



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RESPOSTAS ESPONTÂNEAS DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO
NO CUIDAR EM FIM DE VIDA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Paliativos

por

Sónia Raquel Ferreira Godinho

Lisboa - 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RESPOSTAS ESPONTÂNEAS DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO
NO CUIDAR EM FIM DE VIDA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Paliativos

por

Sónia Raquel Ferreira Godinho

Sob a Orientação do Professor Doutor José Carlos Bermejo

e Co-orientação do Mestre Manuel Luís Capelas

Lisboa - 2012

RESUMO

Introdução: Existem vários tipos de resposta possível num diálogo de ajuda. O empático, enquanto competência, operacionaliza a relação de ajuda. Este estudo teve como objetivos identificar o tipo de resposta espontânea preferencialmente dado pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida e analisar a sua relação com variáveis demográficas, inerentes à experiência, formação e ao contexto laboral.

Material e Métodos: Estudo descritivo-correlacional, com recurso a um questionário a 242 enfermeiros dos distritos de Leiria, Lisboa e Santarém que exerciam funções no cuidar em fim de vida de adultos e idosos. Efetuou-se análise estatística para intervalos de confiança de 95%.

Resultados: Das 2420 oportunidades de resposta, a maioria, 825, foram empáticas. Obtiveram-se diferenças com significado estatístico entre os diversos tipos de resposta e o serviço, formação e tipo, e estágio em Cuidados Paliativos. Obtiveram-se algumas correlações significativas na relação com o tempo de experiência profissional e número de horas de estágio na área.

A resposta empática manteve-se em maior média nos diversos “grupos” dos enfermeiros.

Discussão: Literatura inerente às atitudes perante a morte corrobora os resultados. A dominância de respostas empáticas não seria expetável pois a literatura refere-se à dificuldade dos enfermeiros em concretizar uma comunicação efetivamente terapêutica.

Conclusões: Respostas do tipo empático, seguido do tipo de investigação, são as mais utilizadas pelos enfermeiros perante situações de diálogo em fim de vida.

Apesar de algumas variáveis relacionarem-se significativamente com determinados tipos de resposta, todas demonstraram ser insuficientes para ocasionar a escolha de determinado tipo de resposta em detrimento de outro sendo o tipo empático dominante em todos os “grupos” de enfermeiros.

A prática em cuidados paliativos adquirida através do contexto de trabalho, estágios ou formações a nível especializado, é o principal fator que parece influenciar na adoção de uma atitude empática.

Palavras-chave: Resposta empática, enfermeiros, estratégias de comunicação, fim-de-vida, relação de ajuda.

ABSTRACT

Introduction: There are several types of response in a help professional dialog. The empathic, while competence, operationalizes counselling. This study aimed to identify the type of spontaneous response preferentially given by nurses in end-of-life care and analyze its relationship with demographic variables and inherent to the experience, education and employment context.

Material and methods: Study descriptive-correlational study, using a questionnaire with 242 nurses in the districts of Leiria, Santarém and Lisbon which had functions in end-of-life care for adults and elderly. Statistical analysis was performed for intervals trust of 95%.

Results: From the 2420 opportunities of response, the majority, 825, were empathic.. It was obtained differences with statistically significant between the various types of response and the local of work, education and its type, and training in palliative care. There were obtained some significant correlations in relation to the length of professional experience and number of hours of training in the area.

The empathic response remained at higher average in the various "groups" of nurses.

Discussion: Literature inherent to the attitudes towards death corroborates the results. The dominance of empathic responses at all "groups" of nurses was not expected since literature refers to the difficulty of nurses in implement an effectively therapeutic communication.

Conclusions: Empathic response type, followed by the type of investigation, is the most used by nurses in situations of dialogue at end of life.

Despite some variables relate significantly with certain kinds of response, all of them have shown being not sufficient to lead the choice of a particular type of response over another being the empathic the dominant type at all "groups" of nurses.

The practice in palliative care acquired either through own work context, whether through internships, or in specialized courses where training communication is considered, is the main factor that seems to influence the adoption of an empathic attitude.

Key-words: Empathic response, nurses, communication strategies, end-of-life, counselling.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre compreenderam e apoiaram as minhas decisões profissionais.

À minha irmã, pela força, carinho e orgulho que me transmitiu durante toda a minha vida e em particular nas minhas “lutas”.

A ti, Jean, pelo incondicional amor nos momentos que menos disponibilidade tive para te dar; por toda a ajuda, carinho e palavras de força que me deste nos momentos em que me parecia tão difícil chegar ao fim desta meta.

À minha amiga de coração, Psicóloga Lídia Rego, que na partilha comigo de uma paixão pelos Cuidados Paliativos, foi minha companheira de estágio em (nuestra) Madrid onde vivemos um conjunto de experiências profissionais e pessoais que nunca esquecerei.

Ao meu co-orientador, Professor Manuel Luís Capelas por todo o enorme e constante apoio, conhecimento e palavras de entusiasmo.

Ao orientador, Dr. José Carlos Bermejo, primeiro responsável pelo meu desejo em conhecer o mundo da Comunicação em Cuidados Paliativos, despoletado na primeira aula na Universidade Católica Portuguesa e mantido à leitura das suas palavras profundas e claras em cada livro seu que tive o prazer de ler.

À Universidade Católica Portuguesa pelo evidente empenho em oferecer aos seus alunos do Mestrado em Cuidados Paliativos, um ensino de qualidade e disponibilidade para atender às nossas necessidades, inclusivamente responsável pelo convénio estabelecido com o Centro de Humanização da Saúde/Unidade de Cuidados Paliativos de San Camilo em Tres Cantos – Madrid, cuja oportunidade de estágio me foi permitida e a quem agradeço também o acolhimento e os enriquecedores momentos de aprendizagem.

Por último, mas não menos importante, às instituições de saúde e enfermeiros que participaram neste estudo retirando um pouco do seu tempo de trabalho para a colaboração nesta investigação.

Muito Obrigado!

ÍNDICE GERAL

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS PERANTE A MORTE E O MORRER	5
2.2 RELAÇÃO DE AJUDA E <i>COUNSELLING</i> NO CUIDAR EM FIM DE VIDA	7
2.2.1 Relação de Ajuda	7
2.2.2 Counselling	9
2.2.3 Cuidados Paliativos	11
2.2.4 Competências de comunicação	13
2.2.4.1 As particularidades da resposta empática	18
2.2.4.2 Outros tipos de resposta	21
2.2.5 Fatores que influenciam na comunicação enfermeiro-doente no cuidar em fim de vida	25
3. PROBLEMA EM ESTUDO	37
4. METODOLOGIA	41
4.1 TIPO DE ESTUDO	41
4.2 POPULAÇÃO	41
4.3 AMOSTRA POPULACIONAL	42
4.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	42
4.5 RECOLHA DE DADOS	46
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO	47
5. RESULTADOS	49
5.1 ANÁLISE DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	49
5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS TIPOS DE RESPOSTA	56
5.3 ANÁLISE DO RELACIONAMENTO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	58
6. DISCUSSÃO	75
7. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

I – Consentimento Informado

II – Questionário

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Idade dos Participantes	49
Tabela 2 - Tempo de Experiência Profissional vs. Tempo de Experiência Profissional em Cuidados Paliativos (em anos)	50
Tabela 3 - Serviço onde trabalham os Participantes	51
Tabela 4- Número de Horas de Formação em Cuidados Paliativos	53
Tabela 5- Tipo de Formação em Cuidados Paliativos	53
Tabela 6 – Número de horas de estágio de Cuidados Paliativos	54
Tabela 7 – Tipo de Formação: Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática	56
Tabela 8 - Número de horas de formação no âmbito das Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática	56
Tabela 9 - Número de respostas obtidas em cada Tipo de Resposta	57
Tabela 10 - Relação entre o gênero e os diferentes tipos de resposta	58
Tabela 11 - Tipos de respostas nos enfermeiros do sexo masculino e do sexo feminino	59
Tabela 12 - Correlação entre Idades e Tipos de Resposta	59
Tabela 13 - Correlação entre o Tempo de Experiência Profissional do Enfermeiros e o Tipo de Respostas	60
Tabela 14 - Correlação entre o Tempo de Experiência Profissional em Cuidados Paliativos e o Tipo de Respostas	60
Tabela 15 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante o serviço	61
Tabela 16 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou ausência de formação em Cuidados Paliativos	62
Tabela 17 - Correlação entre o Número de Horas de Formação e os Tipos de Resposta	63
Tabela 18 – Relação entre Tipo de Formação em Cuidados Paliativos e Tipos de Resposta	64
Tabela 19 – Tipos de respostas dos enfermeiros perante os diferentes tipos de formação em Cuidados Paliativos	66
Tabela 20 – Diferenças estatisticamente significativas na relação entre os tipos de resposta e os de formação em Cuidados Paliativos	67
Tabela 21 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou ausência de estágio em Cuidados Paliativos	68

Tabela 22 - Tipos de respostas dos enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos perante a existência ou ausência de estágio em Cuidados Paliativos	69
Tabela 23 - Correlação entre o Número de horas de estágio em Cuidados Paliativos e o Tipo de Respostas	70
Tabela 24 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou não de formação em Comunicação em Saúde ou Psicologia	71
Tabela 25 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou não de formação em Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática	72
Tabela 26 – Correlação entre os diferentes tipos de resposta	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Gênero dos Participantes	49
Gráfico 2 - Tempo de Experiência dos Enfermeiros vs. Tempo de Experiência em Cuidados Paliativos	50
Gráfico 3 - Serviço onde trabalham os participantes	51
Gráfico 4 - Serviço de Cuidados Paliativos vs. Serviços de Não Cuidados Paliativos	52
Gráfico 5 - Formação em Cuidados Paliativos	52
Gráfico 6 - Tipo de Formação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos	53
Gráfico 7 - Estágio em Cuidados Paliativos	54
Gráfico 8 - Formação em Comunicação em Saúde ou Psicologia	55
Gráfico 9 - Formação em Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática	55
Gráfico 10 - Número de Respostas obtidas em cada Tipo de Resposta	57

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Quadro de preenchimento das respostas inerente ao exercício de identificação de respostas espontânea	43

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do desenvolvimento de uma dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos realizou-se uma pesquisa bibliográfica que pretendeu dar resposta à problemática do impacto das atitudes dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, no cuidado ao doente em fim de vida.

Após uma leitura sobre este tema, verificou-se que existem três eixos possíveis nas atitudes: ao nível das emoções, da cognição e dos comportamentos.

Verificam-se resultados claros acerca do impacto afetivo e cognitivo que a morte tem nas atitudes dos enfermeiros e os respetivos fatores que influenciam nesta relação; no entanto, no que diz respeito à vertente comportamental das atitudes, os resultados reportam-se essencialmente a comportamentos de distanciamento e dificuldades em comunicar:

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia (...) angústia porque não sabe *como* comunicar efetivamente com o doente e seus familiares (Saraiva, 2009 p. 2).

Desta forma, tentado perceber o impacto no cuidado ao doente, foquei o meu interesse particularmente na componente comportamental das atitudes e especificamente na comunicação uma vez que constitui o pilar fundamental nos cuidados que são prestados e parecem existir poucas evidências de como é realmente efetuada – como realmente comunicam os profissionais de saúde perante a morte? E sendo profissionais idealmente situados para facilitar a comunicação (Schulman-Green, et al., 2005), como efetivamente comunicam os enfermeiros?

Fallowfield (2010) assume que aos profissionais que cuidam de pessoas em fim de vida pressupõem-se boas competências comunicacionais, no entanto, o que se verifica é que apesar dessas competências poderem ser excelentes, a comunicação realmente existente é muitas vezes mal sucedida.

Não basta ter os conhecimentos teóricos de como se efetua uma comunicação centrada na pessoa – é necessário realmente “centrar-se naquela pessoa”, na sua situação, no que está a sentir, nas consequências da situação que está a viver na sua vida – é necessário conseguir estabelecer essa relação empática; e o enfermeiro, em posição

privilegiada para desenvolver esta relação de ajuda, deverá realizá-la de forma metódica e intencional, o que o distinguirá de uma pessoa que estabelece uma relação de ajuda não profissional.

Após preparação profissional para desenvolver essa competência, o enfermeiro torna-se capaz de realizar *counselling* enquanto forma de ajuda profissional, realizada metódica e intencionalmente, direcionada a pessoas com um problema específico, com o objetivo de as ajudar a compreender a sua situação e a resolver o seu problema através de uma decisão responsável e dos seus próprios recursos (Bermejo, 1997).

Quizá Dietrich (1998, traduzido de Arranz, Barbero e Bayés, 2003, p.36) descreve-o como uma

“forma de relação auxiliante, interventiva e preventiva, em que um assessor, através de comunicação intencional, num período de tempo relativamente pequeno, provoca numa pessoa desorientada ou sobrecarregada, um processo ativo de aprendizagem de tipo cognitivo-emocional, e no decurso do qual se podem melhorar a sua disposição de autoajuda, a sua capacidade de autodireção e a sua competência operativa”¹.

Mais do que conhecimentos técnicos ou a habilidade do terapeuta, são três as atitudes fundamentais que determinam a eficácia de uma relação terapêutica – também conhecidas pela tríade rogeriana: aceitação incondicional, empatia e autenticidade (Rogers, 1986). Por sua vez, estas deverão concretizar-se em competências de comunicação tornando real o *counselling* (Bermejo, 2011).

São competências comunicacionais a escuta ativa, a resposta empática, a utilização de técnicas de reformulação, de personalização, autorrevelação, confrontação e de ajuda à mudança como a entrevista motivacional.

Além da resposta empática, o trabalho de Roger Mucchielli (1993) contribuiu fortemente para a perceção de tipos de resposta possíveis num diálogo de ajuda e consequentes tendências opostas à empatia, que deverão ser desaprendidas e diminuídas se pretender-se manter um diálogo centrado na pessoa – são elas: resposta de valorização ou juízo moral, resposta interpretativa, resposta de apoio-consolo, resposta de investigação e resposta do tipo “solução do problema”.

Face à evidente importância que a comunicação desempenha no estabelecimento de uma relação de ajuda e portanto no cuidar, questionamo-nos como acontece claramente

¹ Traduzido.

a comunicação dos enfermeiros e particularmente no cuidar de pessoas numa fase tão especial como o fim de vida. Que tipos de respostas são utilizados na comunicação entre um enfermeiro e um doente/familiar numa situação de fim de vida?

E sabendo que existem fatores determinantes nesta comunicação, qual a relação entre esta e alguns fatores de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros?

Este trabalho pretende assim responder a estas inquietações pelo que se expõe de seguida todo o enquadramento teórico que lhe dá base, os métodos utilizados para dar resposta a estas perguntas, os resultados obtidos e sua contextualização nos autores citados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS PERANTE A MORTE E O MORRER

A problemática deste estudo surgiu de uma inquietação relativa ao impacto no cuidado ao doente, das atitudes dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, num contexto de cuidar no qual a proximidade da morte é um fator presente.

Uma atitude corresponde à forma de agir e de pensar daquela pessoa – segundo Andrade (2007), ao seu posicionamento face a determinado aspecto – que neste caso são situações de proximidade da morte, tendo em conta as suas experiências subjectivas.

Rosenberg e Hovland (1960, citado por Andrade, 2007) propuseram um modelo que caracteriza as atitudes e as respostas decorrentes das mesmas defendendo que perante determinados estímulos, as pessoas desenvolvem atitudes sob três formas possíveis – afetiva, cognitiva e comportamentalmente.

Numa fase inicial da revisão de literatura foram lidos diversos estudos² respeitantes às atitudes dos profissionais de saúde perante a morte obtendo-se a noção da proximidade da morte poder alterar os comportamentos destes, por vezes causando até atitudes de distanciamento perante os doentes e seus familiares.

Para a avaliação do perfil de atitudes acerca da morte, Wong, Reker e Gesser, G. (1994, citados por Neimeyer, et al., 2004) construíram uma escala (DAP, ou EAPAM³ na versão validada e traduzida em português pelo Professor Doutor Luís Loureiro) com base num modelo que assenta em três componentes de aceitação da morte: aceitação neutra na qual a morte é tida como parte integral da vida; aceitação de aproximação onde a morte é vista positivamente como uma passagem ao depois da vida; e aceitação de escape em que a morte é encarada como uma alternativa atrativa às condições de vida atuais.

Esta escala permitiu diversos estudos no que concerne às atitudes dos profissionais de saúde em contexto de cuidar em fim de vida. Entre os médicos, níveis mais elevados de ansiedade sobre a morte estão relacionados com atitudes mais negativas perante

² (Lester, 1972; Bruera, et al., 2000; Angerami-Camon, 2002 citado por Siqueira, et al., 2002; Gala León, et al., 2002; Lemos, et al., 2002; Neimeyer, et al., 2004; Antunes, et al., 2005; Herrero, et al., 2006; Andrade, 2007; Rolland, et al., 2007; Saraiva, 2009; Mohamed Ali, et al., 2010; Worden, 2010; Gama, et al., 2012)

³ DAP – Death Attitude Profile; EAPAM – Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

doentes em fase terminal e com maiores dificuldades a anunciar um prognóstico de proximidade de fim de vida ao doente (Cochrane, Levy, Fryer e Oglesby, 1990; Kvale, Berg, Groff e Lange, 1999 citados por Neimeyer, et al., 2004).

Por sua vez, em alunos de enfermagem verificaram-se menores níveis de ansiedade quando se encontram presentes maiores capacidades de compreensão sobre a morte, os seus significados e o morrer enquanto processo natural (Herrero, et al., 2006).

Gama, Barbosa e Vieira (2012), num estudo português recente sobre os fatores que influenciam as atitudes dos enfermeiros perante a morte, identificaram como esta é considerada, em análise com diversas características demográficas.

A previsão da morte do doente conduz frequentemente ao afastamento profissional e emocional de médicos e enfermeiros (Antunes, et al., 2005; Worden, 2010) ou da família, após a morte do doente (Ellison, et al., 2002). De forma consciente ou inconsciente, o enfermeiro, como profissional de estreita e constante ligação com o doente com doença avançada e progressiva, desenvolve estratégias que lhe permitem fazer frente à ideia da inevitabilidade da morte. Citando Rees et al (1983, citado por Saraiva, 2009)

“o enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no trabalho, no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais, com o intuito de afastar expressões de temor e de morte”.

Além destes comportamentos, outros sentimentos e reações são descritos como tendências dos enfermeiros no cuidar em fim de vida: tristeza, angústia, frustração, revolta (Sílvia P., 1995 citada por Rossa, 2007), sofrimento, embaraço, angústia na expressão de sentimentos (Lourenço, Rosário e Varelas, 2001 citados por Rossa, 2007), mecanismos de defesa como a mentira (falsos termos), a racionalização (utilização de termos técnicos complicados), fugir para a frente (informar o doente sem ter em conta a solicitação deste), evitar a pessoa, provocar falsas esperanças e a identificação projetiva deixando de conseguir discernir os seus sentimentos dos do doente (Neves et al, 2000, citados por Rossa, 2007).

Gala León, et al. (2002) fazem mesmo referência a algumas atitudes comportamentais dos profissionais de saúde perante a morte: evitar olhar o doente cara a cara e principalmente nos olhos, evitar falar da morte, muitas vezes em nome de uma “falsa piedade” de proteção do doente, entre outras atitudes, que na verdade são uma fuga do profissional de saúde para comunicar sobre algo que não se sente preparado.

Claramente estas atitudes são sentidas pela pessoa doente sendo a verbalização das suas preocupações pessoais uma das suas maiores dificuldades pois sentem que os profissionais não os escutam ou compartilham dessas preocupações (Barbosa, 2003).

Existem resultados claros acerca do impacto que a morte e o processo do morrer tem nas atitudes dos enfermeiros no que concerne ao seu medo da morte, aos níveis de ansiedade e estratégias de coping desenvolvidas. No entanto, no que diz respeito à vertente comportamental das atitudes – traduzida por comportamentos observáveis e afirmações verbais (Rosenberg e Hovland, 1960, citado por Andrade, 2007) – os resultados reportam-se a alguns comportamentos de fuga, de distanciamento, em dificuldades em comunicar e consequentes conversas superficiais, o que influencia na relação estabelecida com doente e seus familiares.

Esta perceção realçou a necessidade de afunilamento da problemática em questão – Como estabelece de facto o enfermeiro uma relação de ajuda perante tais dificuldades? Como acontece a comunicação entre um enfermeiro e um doente em situações de proximidade da morte?

2.2 RELAÇÃO DE AJUDA E *COUNSELLING* NO CUIDAR EM FIM DE VIDA

2.2.1 Relação de Ajuda

Uma leitura das definições de relação de ajuda de Carl Rogers, Robert Carkhuff e Georg Dietrich, verificou que o seu conceito varia nos seus diferentes autores, no entanto, a sua base é a mesma – uma relação que se estabelece entre duas pessoas na qual uma auxilia a outra no seu processo de autoajuda e maturação mental, promovendo o seu autoconhecimento e a utilização dos seus próprios recursos nesse processo.

Carkhuff, eclético investigador no estudo da relação de ajuda, ampliou o seu conceito considerando-a como um “expoente de aprendizagem interpessoal” que se aplica a todos os tipos de relações humanas, profissionais ou não (Perez, 1991). Pelo mesmo motivo, encarou os conceitos de “paciente” e de “cliente” desadequados quando se fala de relação de ajuda utilizando de forma mais abrangente os termos de “helper” para a “pessoa que ajuda” e de “helpee” para a “pessoa ajudada” (Perez, 1991) – o que não invalidou a utilização dos primeiros, por claros motivos linguísticos, em contexto clínico.

A relação de ajuda portanto não diz respeito necessariamente a uma relação terapêutica profissional; pode ocorrer de forma informal, em relações como pai/mãe-filho, professor-aluno, entre amigos, entre outras.

Em termos profissionais, para um positivo impacto da relação de ajuda, Shaffer e Shoben (1967, citados por Perez, 1991) concluíram que a relação terapêutica se caracteriza por três atitudes do terapeuta: interesse cálido (warm concern), permissividade não punitiva (non retaliatory permissiveness) e comunicação honesta (honesty of communication).

Carkhuff, numa abrangente revisão de literatura concluiu que apesar de teorias divergentes e conceitos linguísticos diferentes, todas as teorias incluíam a importância de genuinidade, maturidade e autenticidade do profissional para com a pessoa ajudada; de aceitação incondicional e cordial da pessoa promovendo-se um ambiente de confiança e seguro para a mesma; e de ser corretamente empático, de se estar realmente “com” a pessoa (Perez, 1991).

Contudo, foi Carl Rogers quem mais relevo deu e explicou as condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica positiva – inicialmente com a proposta de 6 condições, posteriormente reduzidas a 3 principais, diretamente relacionadas com as atitudes do profissional na aplicação dos seus conhecimentos técnicos: congruência ou autenticidade, consideração positiva incondicional ou aceitação incondicional e compreensão empática (Perez, 1991).

Rogers assume que o profissional deverá ter uma atitude de receptividade e aceitação sem que coloque a pessoa numa posição de obrigação, deverá focalizar-se naquilo que a pessoa vive e não nos acontecimentos propriamente ditos, deverá respeitar o ponto de vista da pessoa e mostrar-lhe isso mesmo, que a sabe ouvir e entender não devendo ainda fazer revelações do que considera ser a verdade do seu inconsciente ainda que o já tenha interpretado, mas sim promover a comunicação para melhor aprofundar o problema (Mucchielli, 1993).

Apesar da introdução de Carkhuff de novas variáveis e dimensões no seu modelo, são as três condições básicas de Rogers que permanecem presentes em vários estudos que verificaram a eficácia de vários tipos de modelos, seguidos por diversos profissionais – pelo que foram de facto consideradas de condições certamente necessárias embora não suficientes no processo terapêutico (Perez, 1991).

As restantes condições propostas por Carkhuff, modificaram a ideia da não-diretividade impreterível na relação de ajuda. Segundo este autor (2011), a pessoa que

ajuda pode situar-se em 4 posições diferentes segundo se centre no problema ou na pessoa e segundo o uso que faça do seu poder constituindo uma relação mais diretiva ou mais facilitadora, dando origem aos 4 estilos de counselling: autoritário, democrático, paternalista e empático.

Apesar de não existir um critério específico que distinga os diferentes conceitos, uma relação de ajuda profissional também é frequentemente designada pelo anglicismo *counselling*.

2.2.2 Counselling

A origem do termo *counselling* provém de teorias diretivas na relação médico-doente onde o conselho e a indicação do que seria suposto fazer estava implícito. Até há poucos anos era possível encontrar à pesquisa de definições de *counselling* expressões como “dar conselho” ou “recomendações” (Graham, 1996), no entanto, com o evoluir das diferentes abordagens terapêuticas foi sendo adotada uma postura menos diretiva e, com Rogers, mais centrada na pessoa e nas suas capacidades.

Counselling é atualmente descrito no dicionário de Oxford como “the provision of professional assistance and guidance in resolving personal or psychological problems⁴”.

Carl Rogers (1986) não fez distinção entre counselling e relação de ajuda considerando-os como uma relação onde se procura valorizar os recursos latentes da pessoa ajudada e um uso mais funcional dos mesmos, numa abordagem não diretiva pela pessoa que ajuda, mais tarde reconhecida como teoria “centrada na pessoa”.

Carkhuff (Perez, 1991), mantendo-se na linha de pensamento de Rogers, manteve o uso destes termos de forma permutável, não efetuando explicitamente uma distinção entre os conceitos; no entanto, como já referido, inseriu a noção de uma certa diretividade da pessoa que ajuda neste processo.

Gerard Egan, por sua vez, ao introduzir um modelo de solução de problemas na qual a utilização das diferentes abordagens (cognitivas, de Gestalt, comportamentais, psicodinâmicas) poderiam ser utilizadas para a identificação de problemas da pessoa e posterior desenvolvimento de estratégias comportamentais que propiciavam à mudança; considerava o *counselling* como um processo que conduzia a essa mesma mudança através de abordagens escolhidas pela própria pessoa (Graham, 1996).

⁴ Tradução: A prestação de assistência e orientação profissional para resolver problemas pessoais ou psicológicos (disponível na WWW: <http://oxforddictionaries.com/definition/english/counselling?q=counselling>).

Já Georg Dietrich (1986) define especificamente *counselling* como

una forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva, en la que un consejero, serviéndose de la comunicación lingüística y sobre la base de métodos estimulantes y corroborantes intenta en un lapso de tiempo relativamente corto provocar en un sujeto desorientado, sobrecargado o descargado inadecuadamente un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo-emocional, en el curso del cual se puedan mejorar su disposición a la autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia operatória⁵.

Arranz, et al. (2003) por sua vez, consideram *counselling* como um processo interativo no qual se ajuda a pessoa a tomar as decisões que a mesma considera como mais adequadas tendo em conta a sua autonomia moral.

Bermejo (2011), mais recentemente, faz uma ligeira distinção entre “relação de ajuda” e “*counselling*” correspondendo respetivamente a uma gravidade crescente, no que diz respeito à problemática da pessoa que procura ajuda, embora não na gravidade de uma pessoa que necessita de psicoterapia. Nesta perspectiva, Ivey, Ivey e Simek-Downing (1987, citado por Graham, 1996) distinguem *counselling* enquanto processo mais intensivo de assistência a pessoas normais, de psicoterapia, enquanto processo mais prolongado, relacionado com “a reconstrução da pessoa e mudanças mais significativas na estrutura da personalidade”.

Assim, para este trabalho consideraremos igualmente quer o conceito de “*counselling*” quer o de “relação de ajuda” (subentendendo o seu profissionalismo) quando nos referirmos ao processo realizado pelos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros.

Este processo de “acompanhamento profissional”, mais ou menos formal, é composto por 3 fases, quer no modelo proposto por Egan quer no proposto por Carkhuff (Bermejo, 2011).

Na primeira fase, definida por Egan como etapa presente e por Carkhuff como autoexploração existe uma incapacidade da pessoa em controlar a sua situação e recursos por não compreender procurando-se portanto que haja uma identificação da situação pela pessoa e sua compreensão; na segunda fase, definida por Egan como etapa desejada e por Carkhuff como autocompreensão, existe já uma compreensão da situação

⁵ Tradução: Uma forma de relação auxiliante, interventiva e preventiva, em que um conselheiro, servindo-se da comunicação linguística e sob a utilização de métodos estimulantes e eficazes, tenta num espaço de tempo relativamente curto provocar na pessoa desorientada, sobrecarregada ou descarregada inadecuadamente, um processo ativo de aprendizagem do tipo cognitivo-emocional, no decorrer do qual se pode melhorar a sua disposição para a autoajuda, a sua capacidade de auto direção e a sua competência operatória.

pela pessoa promovendo-se agora a sua responsabilização e definição das suas metas de mudança; por último, a terceira fase, fase de atuação segundo Egan ou de ação segundo Carkhuff, são estabelecidas estratégias para alcançar as metas desejadas incitando-se à ação (Bermejo, 2011).

Em situações de luto e de doença avançada e progressiva, a relação de ajuda ou o counselling é assim um instrumento determinante na busca de sentido, maturação e superação não pretendendo oferecer soluções aos problemas mas sim dar-lhe as ferramentas para que os enfrentem.

Segundo Neuwirth, Z. (1997, citado por Arranz, et al., 2003) a prática de counselling é recomendada nos países Ocidentais uma vez que, além das evidências de preferência pelas pessoas de uma abordagem centrada no doente (Dowsett, et al., 2000), tem-se demonstrado que um dos seus elementos – a empatia – aumenta a satisfação dos doentes, melhora a adesão terapêutica, a capacidade diagnóstica dos profissionais e previne situações de burnout. No entanto, em contextos de saúde nos quais o fim de vida é um aspeto presente, como já referimos, esta comunicação pode estar modificada.

2.2.3 Cuidados Paliativos

A evolução do conceito de vida e de morte ao longo dos anos e as alterações familiares e sociais que se sucederam com o progresso da ciência provocaram alterações na imagem e no estatuto do profissional de saúde; e a morte, acontecimento supostamente natural da vida, passou a ser visto frequentemente como um fracasso destes.

A responsabilidade da doença e do processo de morrer foi progressivamente transferido da comunidade e da família para os hospitais e respetivos profissionais, assim como o sentimento de culpa, desilusão e aumento da ansiedade (Barbosa, 2003), particularmente mais presentes quando o cuidar coloca a sua ênfase numa abordagem acima de tudo física da pessoa.

Numa situação de doença incurável e/ou grave e com prognóstico reconhecidamente limitado, a abordagem de um profissional de saúde fica incoerente se apenas se limitar à dimensão e ao alívio dos sintomas físicos devendo focalizar a sua ação igualmente nas dimensões psicológica, social e espiritual da prevenção e alívio do sofrimento, no sentido de ajudar a pessoa doente e família a enfrentar e adaptar-se à brevidade do seu fim de vida de forma tão completa e construtiva quanto seja possível (Twycross, 2003).

A relação de ajuda que se exige ao profissional de saúde que cuida do doente moribundo e sua família é totalmente distinta de outras exigindo uma perspectiva empática bem desenvolvida, capaz de transmitir o que é desejável em momentos de tamanha fragilidade (Flórez, 1997).

Por sua vez, a enfermagem, disciplina do cuidar, detém num dos seus elementos a importância de conhecer o doente (“getting to know the patient”), o que naturalmente engloba a identificação daquilo que é importante para o mesmo através de uma atitude de procura e compreensão das vivências do doente, onde a comunicação terapêutica desempenha um papel fundamental (McCance, McKenna e Boore, 1997 citados por Dunne, 2005). No cuidar em fim de vida, onde as necessidades psicológicas e a intervenção no sofrimento, é particularmente realçado, o enfermeiro enquanto profissional que deve ter uma visão holística da pessoa, constitui provavelmente o elemento da equipa de saúde com mais oportunidades de estabelecer uma relação de ajuda.

Os Cuidados Paliativos são assim contextos de trabalho evidentemente exigentes em termos pessoais e profissionais – para conseguir cuidar, o enfermeiro necessita compreender as verdadeiras necessidades dos doentes e respetivas famílias e portanto adquirir competências emocionais e de comunicação que lhe permitam manter uma atitude de interesse e relação de ajuda terapêutica, intencional e autêntica.

Sob outra perspectiva, a capacidade de estabelecer relações de ajuda e utilizar uma comunicação eficazmente terapêutica, promove o bem-estar do profissional com diminuição dos seus níveis de stress, constituindo um forte elemento na prevenção de burnout.

Esta ideia é reconhecida por diversos autores quando defendem que deficiente treino comunicacional e respetivo desenvolvimento de competências é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de morbilidades psiquiátricas e burnout entre os profissionais de saúde (Ramirez et al, 1995, citados por Buckman, 2002; Ramirez, et al., 1998).

A comunicação é portanto um instrumento essencial no cuidar do doente, sua família e mesmo do profissional. É determinante nas alianças que este estabelece sendo mesmo considerada imprescindível a uma prática clínica eficaz (Arranz, et al., 2003).

Especificamente direcionado ao papel do enfermeiro, Bushinski e Cummings (2007) referem-se à forma e ao tempo em que ocorre a comunicação entre o enfermeiro e o

doente/família, em situação de cuidar em fim de vida, como fundamental no claro entendimento dos valores, objetivos e planos dos mesmos.

Numa primeira fase, uma entrevista de ajuda pode até iniciar-se de um modo geral e gradual como que numa “conversa”, no entanto, não pode limitar-se a isso sob risco de ser impossível obter informações concretas ou criar-se uma sensação de familiaridade (Mucchielli, 1993), existindo atitudes e competências essenciais ao seu desenvolvimento.

É portanto um facto que a comunicação é essencial ao cuidar e particularmente determinante nos Cuidados Paliativos – mas como poderá ser operacionalizada esta comunicação?

2.2.4 Competências de comunicação

Além das atitudes essenciais ao próprio ser do terapeuta é preciso que o mesmo possua competências de comunicação que podem ser aprendidas e treinadas – designadas por Carkhuff de destrezas. Bermejo (2011) aponta que

se as atitudes constituem disposições interiores do *counsellor*, com a sua dimensão cognitiva, afetiva e comportamental; as habilidades são a forma mais prática em que aquelas se concretizam na relação e se traduzem num modo de articular a comunicação, um modo de torná-la operacional.

Wosket (2006) refere-se às competências de comunicação como as “ferramentas” a utilizar no processo de counselling, embora não o processo em si, reforçando esta ideia com uma citação de Egan (2002): “being good at communication skills is not the same as being good at helping”⁶, reforçando a importância das atitudes previamente abordadas.

Assim, será através das competências de comunicação, que é possível perceber como se operacionaliza o counselling; ainda que não traduzam toda a envolvimento deste processo, sem um bom desenvolvimento das mesmas não haverá uma relação terapêutica.

Uma das competências que mais reflete a aceitação incondicional é a *escuta ativa*. A capacidade para acolher o que o outro diz, não apenas no seu conteúdo mas na sua forma, das emoções e significados que lhe estão inerentes, operacionalizando uma atitude de abertura, interesse e aceitação ao mundo do outro. Este é o motivo pela qual é designada de “Atenção” por Carkhuff e considerada como uma competência prévia ao processo de ajuda (Perez, 1991).

⁶ Tradução: Ser bom em competências de comunicação não é o mesmo de ser bom a ajudar.

Além da recolha de informação essencial ao problema, há demonstração do real interesse em ajudar a pessoa.

Na prática, uma escuta ativa acontece por meio de diversos elementos – Carkhuff (Perez, 1991) distingue 3 tipos de sub-competências na constituição desta competência dissecando aspetos importantes na sua operacionalização: a atenção física – informar da disponibilidade física para o momento, disposição ambiente da sala onde ocorrerá a entrevista e o posicionamento das pessoas envolvidas (por exemplo a inclinação do tronco para a frente, contacto visual, braços e mãos soltos); a observação – relativa à análise do comportamento não-verbal da pessoa (como a postura, congruência externa) e a escuta propriamente dita – relativa às expressões utilizadas pela pessoa e à capacidade do profissional em permanecer em silêncio intrapsíquico no momento da sua escuta ao outro, assim como respeitar o seu silêncio (Back, et al., 2009).

Nesta competência, pressupõe-se igualmente que o profissional pergunte, clarifique e sintetize as suas ideias; no entanto, não se pretende que o diálogo seja um interrogatório fazendo mais perguntas do que as necessárias (Bermejo, 2011).

As perguntas, quando realizadas, deverão manter algumas características que promovam a reflexão da pessoa de forma não diretiva, fomentando respostas ricas de informação acerca dos conteúdos, significados e crenças da situação para aquela pessoa – tudo o que é necessário para o processo de autoexploração e autocompreensão, que se pretende.

Becvar (1978, citado por Bermejo, 2011) afirma que “como receptor de un mensaje verbal su tarea no es imponer lo que usted opine sobre este, sino tratar de entenderlo de la mejor manera posible; es decir intentar aproximarse al significado del que intento transmitirlo⁷”, para tal, as perguntas deverão ser abertas e curtas, deverá ser realizada clarificação através de feedback e sintetizar-se as ideias principais de forma simples e clara (Bermejo, 2011).

Uma outra competência que contribui para a eficácia do *counselling* é a *personalização*. Consiste em concretizar, especificar, auxiliar a pessoa a centrar-se e a tomar consciência da sua situação o mais fielmente possível de forma que consiga responsabilizar-se sobre a mesma, perceber o controlo que tem sobre a situação, assim

⁷ Tradução: Como recetor de uma mensagem verbal a sua tarefa não é impor o que você opina sobre isto, mas tratar de entender da melhor maneira possível; ou seja, tentar aproximar-se do significado do que tentou transmitir-lhe.

como os recursos e capacidades para o enfrentar; trata-se portanto de uma competência adequada à segunda fase do processo de counselling (Bermejo, 2011).

Na prática, o profissional deve evitar expressões abstratas ou considerações racionais, separadas do concreto da situação vivida pela pessoa ajudada; deve resumir numa palavra ou frase o que foi dito pela pessoa ajudada de forma difusa; perguntar sobre o significado do que expõe ajudando a expressar os elementos fundamentais dos problemas a um nível emotivo (Bermejo, 2011).

É uma competência fundamental ao reconhecimento pela pessoa da sua responsabilidade pela situação e sem a mesma não será possível progredir para a terceira fase de counselling no sentido de agir para a mudança.

Também esta competência é subdividida em sub-competências, correspondentes aos diferentes tipos de personalização: *do significado* (do impacto e a razão pela qual este é importante) – através de perguntas abertas e de reformulação, *do problema* – através da confrontação de possíveis discrepâncias de conduta sobre a situação; *do sentimento* (causados pelo problema) e por último, *do fim* – identificando-se as metas e mudanças que se pretendem e seus significados (Perez, 1991 e Bermejo, 2011).

No que diz respeito à *autorrevelação* e à *imediatez* enquanto competências no counselling, também indicadas particularmente na 2ª fase do counselling, são consideradas por Carkhuff como a expressão da atitude de autenticidade.

Na autorrevelação, é dado pelo profissional um exemplo da sua própria experiência dando a entender a sua capacidade de compreender o que a pessoa ajudada está a viver. Já na imediatez procura-se compreender o que sente a pessoa ajudada em relação ao profissional naquele preciso momento – competência particularmente útil em casos de transferência (Bermejo, 2011).

Já na fase de ação, a competência de *confrontação* permite que a pessoa ajudada perceba contradições, atitudes passivas, desconhecimentos ou incoerências. É utilizada reformulação, no entanto, faz-se especial relevo à importância de uma demonstração prévia de compreensão e aceitação incondicional antes da utilização desta habilidade prevenindo que pareça um juízo ou incuta na pessoa sentimentos de humilhação (Bermejo, 2011).

Um modo particular de confrontar é através da intenção paradoxal, propondo-se que a pessoa faça o contrário do que se pretende; outro é a confrontação ética quando o problema coloca conflitos de valores; e a persuasão, questão delicada eticamente pelo perigo de colocar em causa a autonomia da pessoa devendo ser respeitado e facilitado a

compreensão clara dos conceitos em causa, num ambiente de confiança e respeito pelos medos, desejos e aspirações da pessoa ajudada (Cutlip S.M. e Center A.H., 1993 citados por Bermejo, 2011).

A *entrevista motivacional* constitui uma outra competência. Segundo Miller, W. e Rollnick, S. (1999) trata-se de “una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales e presentes⁸” – é portanto uma competência presente não apenas na última fase do counselling mas útil em todas as fases, na identificação e compreensão, procurando-se que ao longo do processo haja um aumento da motivação intrínseca de forma que a mudança ocorra de uma motivação interna e não de uma imposição exterior.

Segundo os citados autores (1999), para que ocorra uma motivação interior são necessários 5 princípios gerais a utilizar nas suas estratégias: *expressar empatia*, escutando, considerando e aceitando a ambivalência como normal; *criar e amplificar discrepâncias* entre o comportamento atual e o desejado com tomada de consciência pela pessoa ajudada das suas próprias razões para mudar; *evitar a discussão*; *reconhecer a resistência e a ambivalência como naturais* e compreensíveis sendo que os novos pontos de vista são apenas sugeridos e nunca impostos e as novas soluções surgem da pessoa ajudada; e por último, *fomentar a autoeficácia* através da crença de que é possível mudar, dando responsabilidade à pessoa nessa mudança, mantendo a esperança e ajudando a procurar o tratamento mais adequado.

No que diz respeito à competência de *iniciar* ou *incitar à ação*, adequada ao final do processo de counselling, como o próprio nome indica, procura-se provocar na pessoa um papel ativo no planeamento das suas ações considerando o seu presente atual e alternativas perante dificuldades que possam emergir no futuro (Bermejo, 2011).

Finalmente, referimo-nos à *resposta empática* como importante técnica para o *counselling*. Apesar de ser uma competência privilegiada na 1ª fase de counselling pelo seu papel na autoexploração da pessoa ajudada, a sua utilização prevalece durante todo o processo de counselling sendo complementado pelas restantes competências já abordadas.

Repetto (1977, citado por Perez, 1991) e Nightingale, Yarnold e Greenberg (1991) corroboram esta importância ao diferenciar empatia de simpatia – enquanto esta se refere a “sentir com”, à partilha de emoções; empatia diz respeito a “sentir-em”, “sentir-desde

⁸ Tradução: Uma forma concreta de ajudar as pessoas para que reconheçam e se ocupem dos seus problemas potenciales e presentes.

dentro”, à partilha de entendimento, como um sentido de conhecimento e partilha da experiência da outra pessoa (Loggia, et al., 2008), o que implica uma forte proximidade entre as mesmas embora sem uma total dissolução.

Para Carkhuff (1967, citado por Perez, 1991) a empatia é a dimensão mais crítica para o estabelecimento da relação de ajuda, trata-se da sua base e descreve-a como a “capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona (...) y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta⁹”.

Citando Egan (2010) “although many people may feel empathy for others – that is, be motivated in many different ways by the value of empathy (...) the truth is that few know how to put empathic understanding into words”¹⁰. A resposta empática exige ao profissional saber coordenar todas as restantes habilidades que lhe permitem manter as atitudes necessárias à relação de ajuda promovendo a expressão de sentimentos, significados e experiências, a sua verdadeira compreensão e a capacidade de inculcar a resolução através dos recursos internos que possui – é através da resposta empática que é possível gerar confiança e fazer com que a pessoa ajudada sinta que o profissional está centrado em si (Bermejo, 2011).

Ao longo da pesquisa efetuada, verifica-se que existe uma certa dissolução entre os conceitos de empatia enquanto condição/atitude terapêutica e empatia enquanto competência. No fundo, o que se exige enquanto atitude necessária ao estabelecimento da relação de ajuda, apenas se torna real quando é operacionalizado, traduzindo-se em respostas verbais que promovem a expressão da pessoa ajudada juntamente com as restantes competências, que apoiam a compreensão da sua situação e a incitam à ação.

Perez (1991) refere que no início dos anos 70, o próprio Carkhuff começou a modificar o seu vocabulário no sentido de construir um modelo que fosse prático e portanto capaz de constituir-se como a base de treino para a aquisição de competências – o que no início se denominava de variável, dimensão ou condição terapêutica, passou a ser designado por destreza.

Esta destreza de resposta assumia as variáveis de empatia e de respeito (ou aceitação incondicional segundo a denominação de Rogers) e manifesta-se por um discurso de cordialidade onde se denota a capacidade de estar a favor da pessoa ajudada enquanto ser

⁹ Tradução: Capacidade de perceber corretamente o que experimenta a outra pessoa (...) e comunicar esta percepção numa linguagem adaptada aos sentimentos desta.

¹⁰ Tradução: Apesar de muitas pessoas poderem sentir empatia por outros – isto é, estar motivado em muitas formas diferentes pelo valor da empatia (...) a verdade é que poucos sabem como colocar compreensão empática em palavras.

humano que é; pela disposição, capacidade e compromisso do profissional para trabalhar com a mesma; pela valorização da sua individualidade e dos seus recursos internos e por fim, pela inexistência de qualquer juízo de valor (Perez, 1991).

Mais tarde Suchman et al (1997, citados por Lussier, et al., 2007) identificam 4 dimensões da empatia: afetiva, relacionada com a capacidade de partilhar os sentimentos da pessoa; dimensão moral, que diz respeito à motivação pela procura do bom da pessoa; dimensão cognitiva relacionada com capacidade de identificar e perceber as emoções da pessoa; e a dimensão comportamental que se associa à capacidade de transmitir à pessoa o entendimento das suas emoções, o que na prática diz respeito à competência de empatia.

Nesta competência, atualmente reconhecida como resposta empática, a sua eficácia é sinónimo de capacidade de compreensão empática e é determinada pelo nível de contributo para a expressão dos sentimentos e significados pela pessoa ajudada (Perez, 1991), ainda que consista unicamente num silêncio mais prolongado, num gesto ou num olhar baixo (Bermejo, 2011).

Não é pretendido na resposta empática dizer-se à pessoa o que quer ouvir nem obrigatoriamente estar-se de acordo com a mesma, no entanto, está implícita a aceitabilidade da sua opinião como ser humano – existe compreensão e respeito, e acima de tudo a pessoa percebe que o profissional está centrado em si. É uma competência fundamental em todo o processo de ajuda terapêutica e prevalecte em todas as suas fases.

Além do aumento da satisfação do doente, com efeitos na sua qualidade de vida e diminuição de stress, a utilização de respostas empáticas melhoram a capacidade de benevolência, de diagnóstico e tratamento, da produtividade da relação terapêutica e diminui o risco de “*burnout*” do profissional de saúde (Rosenberg, et al., 1998; Alexander, et al., 2011).

2.2.4.1 As particularidades da resposta empática

A resposta empática é uma competência fundamental no suporte emocional ao doente e à família (Dunne, 2005). Trata-se da forma comportamental da empatia (Buckman, et al., 2011).

Na realidade, não existem “receitas exatas” de como se dar uma resposta empática, apenas elementos, atitudes e algumas técnicas que auxiliam na sua construção.

Arranz, et al. (2003) fazem referência a habilidades facilitadoras propondo técnicas como perguntas abertas, a utilização de um diálogo que reconheça as emoções do doente, que o motive a comunicar; a utilização da escuta e da exploração de outros problemas que não se identifiquem à partida; o evitar dar conselhos, eleger um lugar tranquilo, centrar a comunicação no que se pode fazer e não no que não é possível, a utilização das suas afirmações positivas e comunicar a verdade, ao ritmo da necessidade da pessoa.

Por sua vez, DeVito, Chassé e Vezeau (2001, citados por Lussier, et al., 2007) recomendam como estratégias auxiliadoras na compreensão das emoções da pessoa uma postura calma e neutra, evitar avaliar o comportamento do outro, ter em atenção à validação do conteúdo e das emoções transmitidas pela pessoa evitando erradas interpretações, e procurar ter o máximo de informação sobre a situação de forma que seja possível entender os seus significados.

A técnica da reformulação é uma das formas que mais operacionaliza o tipo de resposta empática – trata-se de devolver à pessoa ajudada o que mesma nos diz, verbal e não verbalmente, embora de forma mais clara e objetiva. Como refere Bermejo (2011) “como si (*el counsellor*) usase un espejo en el que el interlocutor se ve reflejado¹¹”.

Ao reformular e verbalizar os sentimentos, o profissional está a promover na pessoa ajudada uma sensação de segurança independentemente da atitude que expresse, o que lhe incute ainda mais na sua auto-exploração e auto-compreensão com consequente aceitação de si mesmo (Bermejo, 2011).

A técnica de reformulação é como que um incentivo à comunicação, à exploração pela pessoa – permite fazê-la perceber a sua situação, os sentimentos, as causas e os significados que lhe estão inerentes.

Os tipos de reformulação são diversos: reiteração, dilucidação, devolução do fundo emotivo, repetições, consentimento com monossílabos, entre outros. São os primeiros três tipos os mais explorados na bibliografia – enquanto forma prática de uma resposta empática torna-se fundamental dar uma breve explicação sobre os mesmos.

Assim, a reiteração consiste em devolver à pessoa o que a mesma nos transmitiu mas através de palavras-chave utilizadas pela mesma; a dilucidação diz respeito à devolução do conteúdo mas de forma mais clara e organizada; já a devolução do fundo emotivo pressupõe devolver o conteúdo emocional do que a pessoa transmitiu ainda que esses

¹¹ Tradução: Como se (*o counsellor*) usasse um espelho em que o interlocutor vê o seu próprio reflexo”.

sentimentos não tenham sido explícitos pela mesma; são apontados os sentimentos percebidos, o que pode dar à pessoa ajudada uma forte sensação de ser compreendida ou a oportunidade de o negar dando a possibilidade ao profissional de ajustar a sua compreensão (Bermejo, 2011).

Qualquer que seja o tipo de técnica utilizada na resposta empática deve pelo menos devolver ou o conteúdo transmitido, ou os sentimentos ou o conteúdo e os sentimentos numa lógica de causalidade acontecimentos-sentimentos embora expressos em momentos distintos pela pessoa (Bermejo, 2011). Esta última perspectiva, posta em prática na dilucidação e na devolução do fundo emotivo, pressupõe um certo grau de interpretação uma vez que o profissional converte o que é dito de uma forma que considera mais clara e ordenada associando por vezes acontecimentos aos sentimentos percebidos e/ou pode interpretar sentimentos na atitude da pessoa.

No entanto, esta interpretação, para se manter fiel às atitudes de empatia e aceitação incondicional, nunca poderá converter-se num juízo moralizante ou partir de uma postura diretiva pelo profissional, que impondo a sua interpretação poderia provocar irritabilidade ou desinteresse na pessoa ajudada. Há que ter presente o seu objetivo único de clarificar, compreender e traduzir o que a pessoa diz com o major objetivo de a ajudar a compreender o que está a viver. A validade dos benefícios deste tipo de interpretação apenas é considerada quando é aceite pela pessoa (Rogers, 1970, citado por Bermejo, 2011).

Pelo risco acima descrito, Bermejo (2011), tal como na competência de confrontação, defende a reserva deste tipo de resposta para fases mais avançadas do *counselling*, quando já tenha sido estabelecida uma ligação de segurança maior entre a pessoa que ajuda e a pessoa ajudada.

Apesar da desejável aplicação de respostas empáticas em todas as fases da relação terapêutica, nem sempre é conseguida. Bermejo (2011) indica-nos como sendo o tipo de resposta provavelmente menos espontânea, especialmente para os *counsellors* menos experientes, que chegam por vezes a considerá-la inútil e até prejudicial no avançar do diálogo:

O profissional de saúde ambiciona saber mais informação sobre a situação para que possa desenvolver um plano de ação, no entanto, esta necessidade conduz por vezes a uma diretividade imposta, à colocação de perguntas fechadas e dirigidas. Também a necessidade de proteção dos efeitos da relação terapêutica conduz muitas vezes o profissional a adotar uma postura mais defensiva ao guardar uma certa distância afetiva.

Particularmente nas situações de proximidade da morte, esta reação defensiva é mais suscetível de ocorrer. Buckman (1998, citado por Dunne, 2005) identificou medos sentidos pelos profissionais de saúde quando comunicam com doentes em cuidados paliativos: de serem culpados, do desconhecido, da própria morte, de reações emocionais como raiva ou choro e de provocar essas mesmas reações, de dizer “não sei”.

No cuidado a pessoas em situação de doença avançada progressiva, os medos mais frequentes e comuns a diversos grupos profissionais relacionam-se com temas de “comunicação-informação” (Cabodevilla, et al., 2005). Por sua vez, o luto, dar más notícias, situações problemáticas, dor, temas sobre a sexualidade, ansiedade e injúrias são as áreas na comunicação onde maiores dificuldades são apontadas (Butler et al., 2005 citado por McMillan, 2010).

Field e Copp (1999, citados por Dunne, 2005) também encontraram elevados níveis de ansiedade entre os profissionais quando tinham de comunicar com doentes ou familiares, o que aparentemente constitui uma barreira à comunicação.

Uma postura de distanciamento e frieza chega até a ser considerada como um tipo de resposta expectável entre a classe médica (Fallowfield, 2010).

Também um estudo interessante acerca da relação entre a empatia e a percepção de dor foi desenvolvido por Loggia, Mogil e Bushnell (2008) onde concluíram que um aumento da sensação de empatia aumenta a sensibilidade para a dor, não estando apenas associada à observação de manifestações de dor mas também com o nível de empatia que é sentido no momento.

Desta forma, não sendo um tipo de resposta que seja dada naturalmente, existem outros tipos de resposta possíveis além da empática e tendencialmente mais comuns, que deverão ser reconhecidos.

2.2.4.2 Outros tipos de resposta

Mucchielli (1993), além da resposta empática abordada, apresentou outros tipos de resposta utilizados no counselling, enquanto intervenções verbais que concretamente manifestam a atitude do profissional. São as seguintes:

- Resposta de valorização ou juízo moral – nesta estão implícitas normas, regras e/ou valores do próprio profissional sendo exposta opinião daquilo que é dito, assim como indicado como a pessoa deveria comportar-se.

Segundo o mesmo autor (1993), este tipo de resposta pode incutir na pessoa ajudada sentimentos de inferioridade e desigualdade podendo desencadear reações de inibição, culpa, revolta, dissimulação e angústia, além de ser prejudicial ao entendimento verdadeiro da situação (Rosenberg, et al., 1998).

Este tipo de resposta chega a ser apontado pelo código deontológico do enfermeiro (artigo 81º, 2009) como comportamento a evitar pelo mesmo, destacando a importância de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”.

■ Resposta interpretativa ou de explicação – Neste tipo de resposta, o profissional coloca ênfase no aspeto que ele próprio considerou como essencial fazendo portanto a sua própria interpretação. Esta pode manifestar-se sob 3 formas: num resumo parcial e orientado segundo o “essencial” do profissional; numa distorção do significado global; ou numa interpretação no sentido de uma explicação.

Em qualquer das formas, o profissional projeta a sua própria forma de compreender e portanto distorce o pensamento da pessoa podendo provocar-lhe a sensação de ter sido mal interpretado e reações de desinteresse, irritação ou resistência (Mucchielli, 1993).

É de relembrar, no entanto, como já foi referido anteriormente, que a interpretação poderá ser benéfica no counselling desde que não ocorra por imposição e seja validada pela pessoa ajudada.

■ Resposta de suporte ou apoio-consolo – apesar de realizada com o objetivo de encorajar, consolar ou compreender a pessoa, este tipo de resposta, típica de uma atitude paternalista, induz a comportamentos de rejeição (não querendo ser tratado com pena) ou de regressão e dependência esperando sempre pelas orientações do profissional (Mucchielli, 1993).

Desta forma, a pessoa torna-se um elemento passivo neste processo deixando de haver espaço logo na primeira etapa de autoexploração.

Neste tipo de resposta existe referência a experiências semelhantes e/ou minimização da importância da situação, proporcionando à pessoa ajudada uma sensação de conforto e tranquilidade e portanto sem necessidade de reação (Mucchielli, 1993).

■ Resposta de investigação ou de solicitação de mais informação – neste tipo de resposta são feitas perguntas, insistindo-se em determinados pormenores que o profissional considera essenciais de aprofundar e de terem sido “esquecidos” pela pessoa ajudada. O mesmo autor (1993) considera ser um dos estilos mais utilizados pelos profissionais pela sua necessidade em formular diagnósticos.

Perguntas tipo de investigação como “desde quando começou a ter esse sentimento?” dá ao profissional de saúde a ideia de estar a lidar com a situação através da aquisição de informação necessária à construção de um diagnóstico para que seja adequadamente tratado, no entanto, está a contribuir para bloquear o verdadeiro entendimento da situação (Rosenberg, et al., 1998).

De facto, as perguntas são importantes, no entanto, há que respeitar a perspetiva da pessoa, o que a própria considera essencial devendo-se para tal evitar conduzir o diálogo num interrogatório através de perguntas fechadas, mas sim utilizar perguntas abertas e direcionadas à visão da pessoa, dando-lhe espaço para desenvolver como entenda essencial (Mucchielli, 1993).

■ Resposta do tipo “solução do problema” – neste tipo de resposta é sugerido pelo profissional uma ideia para resolução do problema quer seja no método ou recomendação de outra pessoa que julga poder solucionar o problema, no entanto, muitas vezes este tipo de resposta gera na pessoa a sensação de não-responsabilidade por essa solução, que por vezes até considera inadequada à sua situação, podendo ainda proporcionar-lhe insatisfação e até sensação de obrigação em seguir a proposta (Mucchielli, 1993).

Rosenberg (1998), não fazendo distinção entre respostas solucionadoras do problema e de apoio-consolo, como o faz Mucchieli, refere-se aos tipos de resposta que têm como objetivo major aliviar a dor dessa pessoa através de soluções ou consolo, como “the fix-it attitude”.

Em todos estes 5 tipos de resposta propostos por Mucchielli verifica-se condução da entrevista pelo profissional, seja por opiniões, interpretações extrínsecas à pessoa, expressões de consolo nada motivadoras à mudança, perguntas fechadas ou através da sugestão de soluções.

São tipos de resposta incompatíveis com a exploração interior da pessoa e com uma atitude empática; retiram à pessoa o espaço para a sua exploração, inibindo a compreensão da sua situação e conseqüentemente a sua responsabilidade e busca de recursos próprios para a enfrentar.

No entanto, é essencial acrescentar que, no counselling, apesar destes estilos a desaprender, não se pretende abdicar de todas as respostas que não sejam empáticas mas sim aumentar o número destas (Bermejo, 2011) devendo ser feito um uso adequado dos restantes tipos – “de este modo se comunica comprensión de manera más eficaz y se acompaña al ayudado en una atitude de acogida incondicional que le permite profundizar en su situación y apropiarse de ella, tomando consciencia de su naturaleza como persona que vive una situación muy particular”¹² (Bermejo e Martínez, 1998).

A utilização do conselho, por exemplo, é um dos casos onde não se pode dizer que impreterivelmente não pode ser utilizado – quando uma aliança terapêutica se encontra já forte e com base no respeito daquilo que é a vontade da pessoa, intervenções mais diretivas podem fazer algum sentido com o intuito de incentivar a pessoa à ação, desde que essas recomendações estejam claramente relacionadas com a situação em causa, tenham em conta os recursos da pessoa e não sejam demasiado difíceis (Egan, 2010).

Também as perguntas, apesar de se preferirem abertas, em ocasiões específicas, as do tipo fechadas e circulares demonstram ser úteis no processo de cuidar (Arnold e Boggs, 1999, citados por Bushinski et al, 2007). O estilo de investigação é muitas vezes utilizado como estratégia inicial pelos enfermeiros na comunicação em fim-de-vida com o propósito de perceber de que tópicos a pessoa pretende falar, sendo utilizadas técnicas facilitadoras como a reformulação, validação, clarificação e a exploração de emoções (Bushinski, et al., 2007).

Igualmente em situações de crise ou de grande fragilidade emocional, em que as pessoas se encontram demasiado débeis para agirem, intervenções mais diretivas são por vezes úteis e necessárias (Bermejo, 2011).

É portanto fundamental adequar o nosso diálogo, verbal e não-verbal, a cada pessoa e à sua situação específica. Cada pessoa é uma vida, uma história, uma família; situações de grande sofrimento como a inevitabilidade da morte devem ser tratadas com a delicadeza que merecem.

Se essa experiência causa nos cuidadores posturas e comportamentos de defesa, por vezes causados pelo simples medo da sua própria morte que ainda não é expectável, é difícil imaginar o sufoco de quem vê a morte perto de si, com todas as suas

¹² Tradução: Deste modo comunica-se compreensão de forma mais eficaz e acompanha-se a pessoa ajudada numa atitude de aceitação incondicional que lhe permite aprofundar a sua situação e apropriar-se dela, tomando consciência da sua natureza como pessoa que vive uma situação muito particular.

consequências físicas, sociais, familiares e espirituais, por vezes até com novos sentimentos, oriundos de histórias do seu passado.

A situação de cada doente é especial, é única, os significados são *seus*... Não existem portanto “fórmulas mágicas” de comunicar, palavras que retirem o sofrimento que está a sentir – apenas sabemos pela literatura que há formas de o fazer que ajudam a pessoa na busca de sentido da sua vida, da sua morte, da experiência pela qual está a passar.

É nessa busca que nós, profissionais de saúde, devemos estar atentos e acompanhar... não fazer pela pessoa, não indicar-lhe o caminho (como se fosse nosso, pois não o é), não desvalorizar as dificuldades que sente, não interpretando ou investigando essas dificuldades tendo em conta os nossos padrões de vida. Empatia não é colocar-nos no lugar do outro, é tentar ver pelos olhos da pessoa o que a mesma vê, tendo sempre a noção que são os seus olhos.

Nesta metáfora de acompanhar a pessoa, estar a seu lado, por vezes até ajudamos, sugerimos, consolamos mas sempre mostrando e lembrando-lhe que está em primeiro lugar o respeito pelo caminho que decide escolher por tudo aquilo que considera importante para si, pela sua autonomia, pela sua dignidade, pela sua qualidade de vida; o nosso papel é auxiliar a iluminar esse caminho para que o veja, o compreenda, o tome como seu e decida cada passo que dá na busca das suas próprias metas.

Existem no entanto, fatores que influenciam a forma como cuidamos e como nos relacionamos e comunicamos com os doentes e seus familiares.

2.2.5 Fatores que influenciam na comunicação enfermeiro-doente no cuidar em fim de vida

Sapeta e Lopes (2007) referem-se à comunicação no cuidar em fim de vida apontando que “as dificuldades em manter uma comunicação terapêutica enraízam numa complexa rede de fatores, todos imersos no secular medo da morte e na implícita dificuldade em lidar com o assunto”.

Benner (1984, citado por Dunn, et al, 2005) defende que fatores como experiências pessoais e profissionais anteriores, nível de educação e treino em cuidados de fim de vida, idade, raça, religião, atitudes perante a morte e tempo de experiência profissional no cuidado a pessoas em fim de vida, são variáveis que influenciam as atitudes dos enfermeiros no cuidar em fim de vida.

Pollak, et al. (2010) fazem referência ao tempo de relação estabelecido como igualmente influenciador da comunicação que se estabelece entre os profissionais de saúde e o doente.

De uma forma estruturada, Sapeta, et al. (2007) agruparam os fatores que interferem na interação enfermeiros-doente no cuidar em fim de vida em três grandes grupos: características pessoais do doente e enfermeiro, contexto social, cultural e do serviço de saúde específico, e fatores inerentes à natureza do processo como a comunicação.

Face à dimensão desta investigação e por se pretender compreender na prática como o counselling é efetuado pelos enfermeiros, decidimo-nos focar essencialmente nas características dos mesmos e dos contextos de trabalho. Ainda que não encontrados muitos estudos que se relacionassem com o tipo de respostas dadas pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida, existe referência aos fatores que interferem na relação enfermeiro-doente e nas atitudes perante a morte, e portanto, influenciadores na comunicação estabelecida com pessoas em estado de doença avançada e progressiva.

Assim, no que diz respeito às características nos enfermeiros começamos por fazer referência ao gênero.

De acordo com a hipótese das similaridades de gênero, no que concerne a variáveis psicológicas, os homens e mulheres são mais parecidos do que diferentes (Hyde, 2005); no entanto, em estudos sobre atitudes perante a morte, Lester (1972) verificou que os homens têm menor medo da morte em comparação com as mulheres, e Gama et al (2012) que as enfermeiras-mulheres têm maiores níveis de aceitação religiosa comparativamente aos enfermeiros-homens, o que poderá ter influência na forma como comunicam.

Por sua vez, Mestre et al. (2009) contrariam esta ideia após num estudo, ainda que efetuado em adolescentes, verificarem que as mulheres têm maior tendência em responder empaticamente comparativamente com os homens, tendência essa que defendem acentuar-se com o crescimento.

Mais especificamente, Roter, et al. (2002) e Dindia e Allen (1992, citados por Kissane, et al., 2010) verificaram, num estudo entre médicos e estudantes de medicina (em contextos de saúde geral), que as mulheres, comparativamente com os homens, desenvolvem uma comunicação mais positiva, com maior interesse psicossocial pelo doente, utilizam mais autorrevelação, aceitam mais o que o outro diz, são mais expressivas emocionalmente e focam-se mais também nas emoções do outro utilizando

mais exploração emocional e declarações de empatia e preocupação do que os médicos homens.

Farson (1954, citado por Perez, 1991) era da opinião que as atitudes de um counsellor se encontravam mais presentes nas mulheres por serem, por natureza, mais preocupadas com os aspetos de relação interpessoal do que com as questões de índole material, comparativamente aos homens. Carkhuff contrapôs, colocando em questão a importância da iniciativa no seu modelo de ajuda, enquanto característica mais própria do homem não deixando no entanto, de referir, que nas dimensões de resposta concordava com Farson na sua identificação com o papel feminino.

Nos trabalhos de Bermejo (2012) sobre a identificação de respostas espontâneas nos enfermeiros constatou-se que os homens, antes de formação em relação de ajuda, são tendencialmente mais interpretativos que as mulheres e estas mais solucionadoras de problemas que os homens, apesar de após formação escolherem ambos o tipo de respostas empático em maior média (Bermejo, et al., 2012).

A idade, fator também influenciador, é apontada, a par do maior número de anos de experiência profissional como possíveis elementos que conduzem a uma maior maturidade pessoal e sensibilidade para lidar com as perdas e com a morte (Clarke e Ross, 2006; Graham et al, 2005 citados por Sapeta e Lopes, 2007), conseqüentemente traduzida em atitudes de maior proximidade comunicacional com o doente.

Estudos de Feifel e Nagy (1980, citados por Neimeyer, et al., 2004) corroboram esta ideia sugerindo que as pessoas mais idosas demonstram menor medo da morte e preocupação pela sua própria morte; Gama et al (2012) verificaram níveis mais elevados de aceitação da morte enquanto escape em enfermeiros com mais idade e com mais experiência; noutras investigações comprovam-se não existir correlações significativas entre a ansiedade da morte e a idade (Erlemeier, 1978; Lester, 1967 e 1972; Pollak, 1979; Wittkowski, 1978 citados por Neimeyer, et al., 2004), outras sugerem mesmo que essa ansiedade diminui da idade adulta para a idade idosa (Bengtson, Cuellar e Ragan, 1977; Kallish, 1977 citados por (Neimeyer, et al., 2004).

No entanto, há também resultados que evidenciam respostas empáticas mais frequentes de entre profissionais com menor idade (Pollak, et al., 2007).

Por sua vez, na relação com o tempo de experiência profissional, Terry, Bivens e Neimeyer, 1995 (citados por Neimeyer, et al., 2004) verificaram que *counsellors* com mais experiência em situações de fim de vida e luto respondem mais empaticamente do que os que não lidam tanto com temas de fim de vida.

Kirchberg e Neimeyer (1991, citados por Neimeyer, et al., 2004) verificaram que counsellors com pouca experiência sentem mais desconforto perante situações de fim de vida e luto comparativamente com outras situações (ex. toxicod dependência, abuso sexual) e comparativamente com profissionais com mais experiência nesse tipo de situações, sendo associado ao maior medo em relação à sua morte pessoal.

Por sua vez, Feifel sugere que médicos que pensam menos sobre a morte chegam a ter níveis mais elevados de ansiedade sobre a morte que os próprios doentes (Neimeyer, et al., 2004).

Román, Sorribes e Ezquerro (2001, citados por Dunn, et al., 2005) constataram atitudes mais favoráveis perante o cuidar de pessoas a morrer em enfermeiras que realizam os turnos do dia e com experiência profissional de 17 a 21 anos.

Assim, verifica-se que profissionais de saúde que contactam diariamente com situações de fim de vida, juntamente com condicionantes que facilitam à reflexão sobre os temas a ela associados, na sua própria morte e significados, são progressivamente menos ansiosos perante este tema, mais aptos para comunicar neste contexto e para fazer face a situações que são comumente vivenciadas com bastante apreensão.

A história pessoal anterior, as crenças e as práticas religiosas são outros fatores também indicados na influência da interação estabelecida entre enfermeiro e doente (Blinderman e Cherny, 2005 in Sapeta e Lopes, 2007). Regdon e Epting (1985, citados por Gama, et al., 2012) confirmaram a associação entre convicções religiosas fortes e níveis mais baixos de ansiedade perante a morte, no entanto, outros autores (Dunn, et al., 2005) verificaram que enfermeiras com elevados níveis de religiosidade passavam menos tempo com os doentes em estado grave comparativamente às enfermeiras com níveis mais baixos.

No entanto, estes são fatores que se decide não desenvolver face a decisões metodológicas inerentes a este estudo, abordadas posteriormente em capítulo próprio.

A formação adquirida no âmbito do cuidar em fim de vida é outro fator determinante na interação enfermeiro-doente neste contexto.

A sua falta constitui um dos motivos dificultadores para a execução de uma comunicação terapêutica (Graham et al, 2005; Mohan et al, 2005 e Hopkinson, 2001, citados por Sapeta e Lopes, 2007). Obviamente, também a falta de treino em competências de comunicação são apontados para esta dificuldade (Maguire, et al., 1988).

São muitos os estudos¹³ que incidem no efeito que este tipo de formações tem não só nas atitudes dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros, na relação que estabelecem com o doente, como ainda são apontados enquanto estratégia de prevenção do burnout.

Brock, et al. (1993) e Turner, et al. (2011) são alguns dos autores que se referem ao estabelecimento de uma relação empática e à aquisição de conhecimentos, com treino e desenvolvimento de competências comunicacionais e de cuidado psicossocial como elementos fundamentais à capacidade para responder aos sentimentos e pensamentos do doente mas também para fazer frente ao “*burnout*” .

A formação específica sobre a morte, enquanto processo natural e os seus significados, assim como em comunicação, é um dos fatores determinantes no cuidado do enfermeiro ao doente e sua família, que se encontra em situação de doença avançada progressiva – este tipo de formação permite-lhe desenvolver ferramentas e estratégias conscientes e eficazes perante a ansiedade deste tipo de vivências, e o desenvolvimento de capacidades de responder a desafios comunicacionais presentes no cuidar em fim de vida.

Sentimentos de frustração, culpa, ansiedade e até mesmo de inutilidade podem ser são alguns dos mencionados pelos enfermeiros como resultado de uma inadequada preparação neste âmbito; por outro lado, há um impacto negativo no cuidar verificando-se mais sentimentos de vivências negativas por parte dos doentes e menores resultados terapêuticos (Butler et al., 2005 citado por McMillan, 2010 e Haq, et al., 2004).

Buckman, et al. (2011) justifica o baixo uso de respostas empáticas por parte dos médicos ao deficiente treino em habilidades de comunicação numa abordagem centrada na pessoa; facto é que durante muitos anos este tipo de educação foi colocado de parte por desvalorização do tema, por serem utilizados métodos de ensino e avaliação vagos, por recursos e tempo insuficientes para o desenvolvimento de tais competências, pela falta de professores competentes para o ensino deste tema, por se ter considerado que são competências que se adquirem pela intuição, pela experiência ou por não ser ensinável (Haq, et al., 2004).

No entanto, felizmente esta ideia modificou-se sabendo-se hoje que a empatia pode ser ensinada e com eficácia comprovada pelo aumento de respostas consonantes com

¹³ (Maguire, et al., 1988; Brock, et al., 1993; García de Lucio, et al., 2000; Yedidia, et al., 2003; Haq et al., 2004; Butler et al., 2005 citado por McMillan, 2010; Fallowfield, 2010; Buckman, et al., 2011; Turner, et al., 2011)

uma atitude empática após formação em competências comunicacionais (Buckman, et al., 2011).

A panóplia de investigações neste âmbito é vasta e as conclusões são comuns: formação em comunicação nos currículos escolares contribuem para o aumento das competências comunicacionais e de relação em alunos de medicina (Yedidia, et al., 2003); cursos e workshops na temática melhoram as competências e a confiança de enfermeiros nas avaliações e counselling a doentes com patologia oncológica (Maguire, et al., 1988); o treino de técnicas de autocontrolo e comunicação melhora competências de comunicação de enfermeiros, assim como as atitudes, confiança e competências comunicacionais na relação com doentes seriamente doentes (García de Lucio, et al., 2000; Fallowfield, 2010); aumento dos níveis de habilidades de comunicação empática e de tendência empática avaliada pelas escalas ECSS (Empathic Communication Skills Scale) e ETS (Empathic Tendency Scale) em alunos de medicina e enfermagem após um programa educacional na temática da empatia e competências de comunicação realizado na Turquia (Ozcan, et al., 2012).

Investigações levadas a cabo por Bermejo, et al. (2010 e 2012) no que diz respeito à identificação de respostas empáticas em alunos de medicina e de enfermagem antes e após um curso de relação de ajuda evidenciaram o positivo efeito do mesmo na eleição de respostas espontâneas em harmonia com uma atitude empática.

Assim, no trabalho com alunos de medicina foi evidenciado o efeito de uma disciplina de conteúdo relacional com o aumento de forma estatisticamente significativa do tipo de resposta empática de 6% para 68%, uma diminuição do tipo de resposta de apoio-consolo de 31% para 2%, das respostas do tipo solução do problema de 30% para 4% e das respostas de valorização de 12% para 5% (Bermejo, et al., 2010).

No trabalho com os alunos de enfermagem as conclusões foram semelhantes tendo sido evidenciado o efeito de um curso de relação de ajuda com o aumento dos tipos de respostas empática de 9% para 43%, de investigação de 8% para 12%, com a diminuição do tipo apoio-consolo de 33% para 10%, assim como as respostas do tipo solução-do-problema de 30% para 19% e as respostas de valorização ou juízo moral de 18% para 11% (Bermejo, et al., 2012).

Estes estudos mostraram-se fundamentais no reconhecimento das formações em habilidades de comunicação e relação de ajuda, na modificação de uma tendência de resposta de apoio-consolo e solução do problema para respostas do tipo empático e de investigação (Bermejo, et al., 2012).

Um estudo de Heaven e Maguire (1996, citados por Dunne, 2005) verificou que um treino básico não tem impacto significativo em termos comunicacionais para determinar as preocupações de um doente, no entanto, formações superiores a 26 horas em competências de comunicação determinaram impactos consideráveis no desempenho comunicacional dos enfermeiros (Wilkinson et al., 1998, citados por Dunne, 2005).

Por sua vez, os efeitos de formações mais intensivas (apesar de ter sido feitas em populações de médicos) concluíram que não é através do tempo de experiência profissional que estas competências se adquirem mas sim através de formação e treino verificando-se um aumento do número de técnicas centradas no doente: diminuição de perguntas fechadas, aumento de perguntas abertas, respostas mais apropriadas a determinados sinais dos doentes e mais respostas empáticas (Fallowfield, et al., 2002), o que nos leva também a considerar o treino e os estágios em comunicação e em cuidados paliativos como influenciadores da relação e comunicação que o enfermeiro estabelece com o doente no cuidar em fim de vida.

É portanto atualmente consensual a importância de habilidades comunicacionais no cuidar em enfermagem e a urgente necessidade de incluir este treino nos currículos escolares (Rosenzweig, 2012) uma vez que se encontra pouco considerado nos mesmos apesar dos resultados evidenciados pelas investigações, e dos estudantes mencionarem a comunicação no cuidar em fim de vida como um dos aspetos no qual sentem maior falha (Bushinski, et al., 2007).

Também Cherlin, McCorkle, Fried, Kasl, Cicchetti, et al (2001, citados por Rolland, et al., 2007) apontam que os enfermeiros regularmente não discutem aspetos sobre o fim de vida com os doentes e familiares, justificando-o com a fraca formação que obtêm sobre temas de fim-de-vida nas escolas de enfermagem e nas instituições de saúde.

Ramón Bayés (2005) reforça a importância da comunicação entre os instrumentos terapêuticos fundamentais em Cuidados Paliativos, defendendo que todos os elementos de uma equipa deveriam dominar estratégias de *counselling* e adotar uma atitude empática que permita perceber o estado de ânimo do doente e as suas relações significativas.

A enfermagem, pela inerência de um cuidado holístico no seu conteúdo funcional, é uma disciplina que necessita não apenas de abordar, como aprofundar, a temática da relação de ajuda e das competências de comunicação, cuja influência é direta na

qualidade dos cuidados prestados, especialmente em situações temerosas como as derivadas dos processos de morte e luto.

Pela literatura sabe-se que em algumas escolas de medicina e enfermagem nos Estados Unidos da América incluem já disciplinas de comunicação nos seus currículos escolares, no entanto, a sua aplicabilidade na prática clínica continua a ser uma dificuldade manifestada pelos estudantes e futuros profissionais (Scoles et al., 2003 e Aled, 2007, citados por Rosenzweig, 2012).

Em Portugal, o objetivo final dos planos curriculares de diversos cursos de Licenciatura em Enfermagem prende-se com a aquisição de competências de um enfermeiro de cuidados gerais segundo as linhas orientadoras da Ordem dos Enfermeiros. De acordo com o Conselho de Enfermagem (2004), o seu exercício tem como base uma relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas fazendo parte das suas competências (do enfermeiro de cuidados gerais) comunicar com o cliente e/ou familiares de forma a dar-lhes poder, mediante comunicação apropriada e a utilização de capacidades interpessoais.

Sendo as situações de cuidar em fim de vida as que mais provocam nos enfermeiros dificuldades em comunicar, seria de prever um investimento formativo considerável em comunicação com a pessoa em fim de vida, nos cursos de licenciatura em enfermagem.

No entanto, segundo Sapeta (2004), a maioria das Escolas Superiores de Enfermagem a nível nacional incluem uma formação reduzida e bastante superficial - cerca de 5 a 8 horas – sobre temas como Dor Crónica e Cuidados Paliativos.

Não encontrando literatura que especifique como acontece o ensino da comunicação terapêutica em Escolas de Enfermagem portuguesas, e em particular em contexto de fim de vida, parece-me que, na formação base dos enfermeiros portugueses existe realmente um investimento formativo no que diz respeito ao tema da relação de ajuda, no entanto prevalecem dificuldades na prática da comunicação e particularmente em situações de fim-de-vida, quer nos estudantes, quer nos profissionais. Este facto talvez se deva à pouca inclusão de metodologias de treino de habilidades de comunicação (como por ex. o role-playing) apesar de serem abordados teóricamente temas de fim de vida e relação de ajuda.

Benner (1984, citado por Dunn et al., 2005) afirma que apesar de, em algumas formações serem aprendidas técnicas do cuidar, os comportamentos propriamente ditos, são adquiridos na experiência prática, o que valida a real importância do treino dessas habilidades.

Nas orientações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (2004) para o desenvolvimento do ensino dos cuidados paliativos em enfermagem, estão preconizados itens de comunicação a abordar em todos os níveis de formação, particularmente no que concerne à comunicação de más notícias, à abordagem sistémica e à educação do doente, família e cuidadores; no entanto, é numa formação avançada e especializada que se recomendam oportunidades de treino adicional sobre comunicação verbal e não-verbal.

No processo de interação enfermeiro-doente, e particularmente no que se refere às características dos enfermeiros, Sapeta e Lopes (2007) fazem também referência aos sentimentos vivenciados pelos mesmos na interação estabelecida com o doente em fim de vida, no sentido em que a sensação de fracasso, culpa, ansiedade e incerteza os pode remeter ao silêncio enquanto forma de fuga intencional e autoproteção, escondendo-se dos seus próprios sentimentos (Graham et al, 2005 in Sapeta e Lopes, 2007).

Também as estratégias que os enfermeiros adotam face a esse tipo de sentimento constituem fatores determinantes no processo de interação com o doente (Sapeta e Lopes, 2007).

Como já evidenciado por Neves et al (2000, citados por Rossa, 2007), os enfermeiros utilizam com frequência mecanismos de defesa como a mentira, a racionalização, a fuga para a frente, evitar a pessoa, provocar falsas esperança e a identificação projetiva.

Num estudo efetuado por Libert et al (2006) verificou-se que uma das características pessoais dos profissionais que influenciava o estilo de comunicação e de intervenção com os doentes oncológicos era o tipo de locus de controlo. Os resultados, entre vários aspetos, revelaram que profissionais com um locus de controlo externo têm uma atitude e comunicação mais centrada no doente, são mais empáticos e utilizam mais estratégias de confrontação de do que os médicos com um locus interno.

No que diz respeito ao contexto dos serviços de trabalho, outros fatores parecem influenciar a interação enfermeiro-doente: o tipo de cultura organizacional (muitas vezes centrado na filosofia do curar e portanto desajustado aos doentes com doença avançada e progressiva), as rotinas do serviço, a carga de trabalho, os objetivos da equipa de enfermagem e interdisciplinar no que concerne a cuidados em fim de vida, entre outros, são aspetos desenvolvidos por Sapeta e Lopes (2007).

Concretamente no que diz respeito à relação entre o serviço de trabalho e as atitudes dos enfermeiros perante a morte, Benner (1984, citado por Dunn et al, 2005) e

Dunn et al (2005) concluíram que enfermeiras que contactam mais com doentes em fim de vida apresentam atitudes mais positivas perante este cuidado.

Por sua vez, Rooda, Clements e Jordan (1999, citados por Dunn, et al., 2005) verificaram que enfermeiros que cuidavam em maior percentagem de pessoas em fim de vida, com menor medo em relação à morte, que não evitavam falar dos temas inerentes à morte e que encaravam a mesma como uma saída pós-vida mais feliz, apresentavam atitudes mais positivas perante o cuidar de pessoas em fim de vida.

Mais recentemente, no estudo de Gama et al (2012) constataram-se que os enfermeiros que trabalhavam em cuidados paliativos apresentavam níveis mais baixos de medo em relação à morte, de afastamento e de aceitação da morte enquanto escape, e níveis mais elevados de aceitação neutra da mesma, comparativamente com os enfermeiros que não trabalhavam em serviços de cuidados paliativos, designadamente os serviços de medicina, oncologia e hematologia (Gama, et al., 2012).

Após esta revisão de literatura é possível subentender que a comunicação de um enfermeiro é determinada pela atitude que lhe está inerente. Perante pessoas (e suas famílias), que estão a vivenciar situações de doença avançada e progressiva, este cuidador deverá estar particularmente atento a aspetos psicossociais e espirituais, como a intervenção no sofrimento.

Apenas com uma comunicação adequada, ou seja, terapêutica, é possível não apenas compreender o que a pessoa está a viver mas acima de tudo auxiliá-la nessa exploração própria, na identificação e compreensão dos seus sentimentos, dos seus significados e a estabelecer um conjunto de metas e ações propícias a alcançar o pretendido.

Não podemos pretender retirar todo o sofrimento à pessoa que está a passar uma situação de fim de vida; podemos sim acompanhá-la e apoiá-la na forma como o encara, promovendo a busca de sentido para o que está a viver tendo em conta os seus padrões de vida e dignidade.

A comunicação terapêutica portanto, além de promover um aumento da satisfação dos doentes e suas famílias, permite ao profissional de saúde lidar com situações naturalmente temerosas como o processo de morrer e a morte.

Não existem formas concretas de efetuar uma comunicação terapêutica – cada pessoa e cada momento são únicos; no entanto, são conhecidos os princípios que regem uma relação de ajuda e algumas técnicas que poderão operacionalizar as suas condições básicas necessárias.

Mucchielli, nos seus estudos enquanto psicólogo, psicossociólogo e psicopedagogo, foi o único autor encontrado na bibliografia que classificou os tipos de resposta possíveis num diálogo de ajuda em seis: respostas de apoio-consolo, empáticas, interpretativas, de investigação, de valorização ou juízo moral e de “solução-do-problema”.

Diversos estudos pretenderam perceber a relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente, utilizando, de uma forma mais geral, escalas de avaliação de atitudes ou, de uma forma mais específica e de avaliação comportamental, escalas de tendência e comunicação empática.

Tendo em conta o objetivo inicial de perceber, sob o ponto de vista comportamental, quais as atitudes dos enfermeiros no cuidar em fim de vida e particularmente a forma como comunicam com os doentes e suas famílias, faço ênfase aos estudos de Bermejo, Carabias, Villacieros e Belda na análise da eleição de respostas espontâneas e identificação de respostas empáticas em diálogos-tipo de contextos de cuidar em fim de vida, tendo como base o proposto por Mucchielli.

Desta forma, perguntamo-nos como acontece realmente a comunicação com os enfermeiros portugueses no cuidar em fim de vida e de que forma alguns fatores conhecidos como influenciadores nas suas atitudes, interferem nessa comunicação?

3. PROBLEMA EM ESTUDO

Pretendendo-se perceber a dimensão comportamental das atitudes dos enfermeiros perante o cuidar em fim de vida, aprofundaram-se conhecimentos relacionados com a comunicação e com a relação de ajuda, que se quer inerente a essa comunicação.

Por sua vez, a comunicação engloba uma perspectiva verbal e não-verbal – ambas traduzindo a atitude do enfermeiro. A forma mais objetiva de se operacionalizar uma atitude empática, é através da competência de resposta.

Bermejo, Carabias, Villaceros e Belda (2010), referindo-se à mesma, utilizaram nos seus estudos o termo “resposta espontânea” pelo seu carácter de naturalidade e espontaneidade, próprias de um diálogo onde o tempo para refletir sobre a melhor resposta é limitado.

Ainda que existam poucos estudos que descrevam os fatores influenciadores dos tipos de resposta, são muitos os que analisam na ótica das atitudes perante a morte.

Sapeta, et al. (2007) agrupou-os em três grupos principais e na sua exposição dividiu-os em características dos doentes, dos enfermeiros e sócio-culturais. Outros estudos abordaram de forma isolada o efeito de alguns fatores nas atitudes.

De uma forma geral, verificou-se na revisão de literatura que algumas características pessoais dos enfermeiros como a idade e o gênero; fatores como o tempo de experiência profissional; a formação em cuidados paliativos, formação em comunicação ou na temática da relação de ajuda e o treino em estratégias comunicacionais são alguns dos mais apontados como interferentes na relação entre enfermeiro-doente, nas atitudes dos enfermeiros, no desenvolvimento de competências comunicacionais e na eleição de respostas empáticas na comunicação em fim de vida.

Desta forma, opta-se por eleger estes fatores acima referidos enquanto variáveis independentes do nosso estudo.

Adicionalmente, foram consideradas outras, mais específicas mas relacionadas com as descritas, ou seja, sabendo que a formação interfere nas atitudes, na comunicação e na eleição de respostas espontâneas, faz-nos sentido perceber que tipo de formação: Em comunicação? Em relação de ajuda? Em cuidados paliativos? Que nível de formação em cuidados paliativos?

Por outro lado, não são considerados para esta investigação fatores como os inerentes às características do doente e socioculturais, assim como outras características

dos enfermeiros como o tipo de mecanismos de defesa utilizados, o tipo de lócus de controlo, a religião, as crenças, entre outros.

Perante a revisão de literatura exposta e a inquietação supracitada - como realmente acontece a comunicação com os enfermeiros no cuidar em fim de vida e de que forma alguns fatores conhecidos como influenciadores nas suas atitudes, interferem nessa comunicação – estamos em condições de colocar a nossa questão de investigação principal:

“Que tipos de respostas espontâneas dão preferencialmente os enfermeiros ao comunicar no cuidar em fim de vida?”

E para questões secundárias expomos as seguintes:

- Qual a relação entre o sexo do enfermeiro e o tipo de resposta espontânea que o mesmo preferencialmente dá no cuidar em fim de vida?
- Qual a relação entre a idade do enfermeiro e o tipo de resposta espontânea que o mesmo preferencialmente dá no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o tempo de experiência profissional e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o tempo de experiência profissional em cuidados paliativos e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o serviço onde trabalha o enfermeiro e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre a formação em cuidados paliativos e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o número de horas de formação em cuidados paliativos e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o tipo de formação em cuidados paliativos e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?

- Existe relação entre a realização de estágio em cuidados paliativos e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o número de horas de estágio em cuidados paliativos e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre formações no âmbito da Comunicação em Saúde ou Psicologia, ou no âmbito de técnicas de comunicação, relação empática ou relação de ajuda, e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o nível de formação no âmbito da Comunicação em Saúde ou Psicologia e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?
- Existe relação entre o número de horas de formação em técnicas de comunicação, relação empática ou relação de ajuda e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida?

Desta forma, são definidos como objetivos do estudo:

- Identificar o tipo de resposta espontânea preferencialmente dado pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida;
- Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e variáveis de caracterização idade e gênero;
- Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e a sua formação em Cuidados Paliativos ou áreas de relação;
- Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e o serviço onde exercem funções;
- Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e o tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional em Cuidados Paliativos;

- Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e a realização de estágio ou não em Cuidados Paliativos.

4. METODOLOGIA

Após enquadramento conceptual e definição do problema em estudo, abordaremos de seguida a metodologia do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Há sugestão em resultados descritivos de que poderá existir relação entre as variáveis e o tipo de respostas espontâneas eleitas (espelho de uma atitude) pelo enfermeiro perante o cuidar em fim de vida; no entanto, não há uma clara evidência dessa relação, pelo que se pretende explorar e descrever a relação entre as variáveis, que não serão manipuladas. Os enfermeiros da nossa amostra apenas serão alvo de observação/participação uma só vez.

Desta forma, e segundo o preconizado por Fortin (2009), foi escolhido um tipo de estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal e não experimental para dar resposta à nossa questão.

4.2 POPULAÇÃO

A população deste estudo é formada pelos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses que exercem funções no cuidar em fim de vida de adultos e idosos.

Por uma questão de acessibilidade, a população-alvo inicial corresponde aos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses, das instituições de saúde dos distritos de Santarém, Portalegre, Lisboa e Leiria, que exerçam funções no cuidar em fim de vida de adultos e idosos.

A População-acessível, por sua vez, é constituída pelos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses das instituições de saúde dos distritos de Santarém, Portalegre, Lisboa e Leiria, que exerçam funções no cuidar em fim de vida de adultos e idosos, especificamente nos serviços de internamento de Medicina, Cirurgia, Oncologia e Cuidados Paliativos, nas Equipas Intra-hospitalares ou de Assistência Domiciliária de

Cuidados Paliativos e nas Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Hospital de Dia de Oncologia.

4.3 AMOSTRA POPULACIONAL

Segundo os últimos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, correspondentes ao período 2000-2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2012), existem 64535 enfermeiros no ativo em Portugal (na data de 31 de Dezembro de 2011) e 19587 nos distritos de Lisboa, Santarém, Portalegre e Leiria, o que constituiu a população inicial. Para um erro amostral de 5% calculou-se a necessidade de uma amostra constituída por 392 enfermeiros.

De entre as instituições dos distritos referidos e com os serviços mencionados de não cuidados paliativos, foi feito um sorteio obtendo uma amostra através de um processo probabilístico por clusters.

Para enfermeiros de serviços de cuidados paliativos, por existirem em número inferior comparativamente aos restantes, a amostra coincidiu com a população acessível.

4.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Baseando-nos na estratégia utilizada por Bermejo et al. (2010 e 2012), escolhemos como modelo para elaboração do instrumento de colheita de dados o Exercício de Identificação de Respostas.

Este exercício é composto por 10 casos de situações de diálogo inseridos numa relação terapêutica, e 6 possíveis respostas para cada tipo, devendo o enfermeiro que responde imaginar que cada caso é dirigido a ele próprio e assinalar a resposta que mais se aproxima da que teria respondido espontaneamente (Bermejo, et al., 1998).

Para esta investigação foi elaborado um questionário que, além de questões demográficas e de contexto profissional, incluiu 10 casos tipos de diálogo entre um enfermeiro e uma pessoa doente ou familiar, que enfrentam problemas decorrentes de uma situação de doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado; sendo

sugeridos para cada caso 6 tipos de resposta a dar pelo enfermeiro – correspondentes aos tipos de resposta propostos por Mucchielli.

O original do exercício de identificação de resposta é auxiliado com uma folha de respostas na qual a pessoa deve assinalar com um círculo o número correspondente à sua resposta em cada caso; no final, deverá somar o número de círculos em sentido horizontal, a que corresponde cada tipo de letra, e concluir-se qual a letra com maior número de círculos assinalados e que diz respeito a determinado estilo dominante de resposta espontânea (Bermejo e Martínez, 1998) (Figura 1).

Marcar el número señalado en la gráfica anterior con un círculo en la gráfica siguiente.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
A	6	4	6	3	5	1	3	4	6	3
B	2	2	5	5	1	4	2	3	2	6
C	5	1	1	4	3	3	6	6	1	4
D	3	6	2	2	2	6	4	5	5	1
E	1	3	4	6	6	2	1	2	3	5
F	4	5	3	1	4	5	5	1	4	2

Sumar el número de círculos de cada fila y anotar la puntuación a continuación

Figura 2 - Quadro de preenchimento das respostas inerente ao exercício de identificação de respostas espontâneas

No entanto, para esta investigação, com o intuito de facilitar a colaboração dos participantes, não foi utilizada uma folha de respostas devendo o enfermeiro assinalar a sua opção diretamente no questionário.

Para elaboração dos tipos de respostas foi tido em conta o proposto por Mucchielli determinando-se que: a) uma resposta do tipo apoio-consolo é aquela que tenta minimizar os sentimentos da pessoa numa atitude paternalista; b) uma resposta empática é a que procura compreender e fazer a pessoa compreender-se através da exploração da situação fazendo uso de técnicas como a reformulação; c) uma resposta do tipo interpretativa é aquela onde são feitas explicações próprias da situação da pessoa sem validação pela mesma; d) uma resposta do tipo de investigação é a que questiona de uma forma fechada; e) uma resposta de valorização ou juízo moral é aquela onde é

exposta a opinião do profissional acerca do exposto pela pessoa; por último, f) uma resposta do tipo solução do problema é a que sugere uma ideia que possa resolver a situação.

Para construção do questionário, no que concerne à recolha de dados inerentes à contextualização profissional há que ter presente, que em relação à variável tipo de formação em cuidados paliativos, foram considerados 4 tipos: formação inferior a 18 horas, formação básica, formação avançada e formação especializada.

Segundo o documento desenvolvido pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC – *European Association for Palliative Care*) no que concerne ao desenvolvimento educacional europeu de enfermagem em cuidados paliativos (2004), existem 3 níveis de formação em Cuidados Paliativos – A, B e C.

O nível A, ou nível básico, é recomendado a futuros profissionais de enfermagem assim como aos profissionais que exercem funções em serviços gerais de saúde mas onde podem surgir situações que requerem uma abordagem paliativa.

Já o nível B, um nível avançado, é o indicado para os enfermeiros que já trabalham em contextos de cuidados paliativos ou onde as suas necessidades são frequentes (ex. oncologia, cuidados comunitários), ou ainda em contextos de cuidados gerais mas onde desempenham um papel de elemento ativo e de referência em cuidados paliativos.

O nível C de formação, corresponde a uma formação especializada e é aconselhada aos profissionais de enfermagem responsáveis por serviços de cuidados paliativos, que oferecem consultadoria nesse âmbito, ou que contribuem ativamente para a formação e investigação em Cuidados Paliativos.

Por sua vez, as recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) especificam ainda para estes diferentes tipos de formação um número de horas aproximado. Assim, para uma formação básica preconiza-se um número aproximado de 18 a 45 horas de formação, 90 a 180 horas para formação avançada e mais de 280 horas de Pós-graduação ou Mestrado, associadas a um estágio com a duração mínima de 2 semanas em Unidades de reconhecida credibilidade, para uma formação especializada.

Segundo a Direção Geral do Ensino Superior (2012), o Ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, tem uma duração normal de 3 a 4 semestres, integrando não apenas um curso de especialização com determinadas unidades curriculares, como também uma dissertação de natureza científica, ou um trabalho de projeto ou ainda um estágio, objeto de um relatório final, cuja defesa dos mesmos determinará o seu sucesso.

Desta forma, nesta dissertação consideramos como aspeto determinante para classificação dos diferentes tipos de formação, o número mínimo de horas da atividade formativa proposto pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, enquanto elemento comum e estandardizado na maioria das instituições de ensino.

No entanto, assumimos que o estágio, apesar da sua relevante importância na aquisição de competências profissionais a um grau especializado, é ainda um elemento cujos moldes não são ainda consensuais, além de que os seus contextos, que deveriam ser única e exclusivamente em unidades de reconhecida credibilidade, nem sempre são tomados em conta enquanto local de formação especializada.

Assim, para a elaboração do questionário e respetiva categorização posterior dos dados recolhidos, foi tida em consideração os seguintes parâmetros para a definição dos diferentes tipos de formação em Cuidados Paliativos:

- Formação inferior a 18 horas – Atividade formativa indicada com um número de horas inferior a 18 horas;
- Formação básica – Atividade formativa de pelo menos 18 a 45 horas;
- Formação avançada – Atividade formativa com o mínimo de 90 a 180 horas, correspondente igualmente a formações pós-graduadas;
- Formação Especializada – Mestrado, enquanto atividade formativa de pelo menos 280 horas, associado ou não a um estágio com a duração mínima de 2 semanas.

Antes de um pré-teste, o questionário foi submetido ainda à opinião de 5 peritos (psicólogos e enfermeiros com experiência e formação em Cuidados Paliativos), além da opinião pelo investigador e perito Dr. Carlos Bermejo (teólogo e com formação avançada em humanização da saúde, counselling e luto) e pelo departamento de investigação do Centro de Humanização da Saúde de Tres Cantos (instituição onde decorreram as investigações no âmbito da eleição de respostas espontâneas e identificação de respostas empáticas).

Concluído este processo, foi efetuado pré-teste do questionário a cerca de 25 enfermeiros dos cursos de mestrado em cuidados paliativos e viabilidade tecedular da Universidade Católica Portuguesa, no sentido de se averiguarem falhas existentes, nomeadamente a nível da ambiguidade de perguntas, tempo de resposta, dificuldades e opiniões perante o seu preenchimento.

4.5 RECOLHA DE DADOS

Foram efetuados pedidos de autorização de recolha de dados em enfermeiros a 27 instituições dos respetivos distritos. Ao pedido, foi anexado o projeto inicial de investigação, questionário a aplicar aos enfermeiros e pedido de consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo.

Foram obtidas autorizações de 13 instituições de saúde, pertencentes aos distritos de Lisboa, Santarém e Leiria pelo que a população final diminuiu para 18805 enfermeiros necessitando de igual valor de enfermeiros (392) para um erro amostral de 5%.

Na totalidade, 242 enfermeiros participaram nesta investigação obtendo-se portanto um erro amostral final de 6%.

O processo de recolha de dados implicou na maioria das vezes a presença do investigador junto dos enfermeiros, tendo sido feita explicação do questionário e do consentimento informado. Como preconizado pelo exercício de Identificação de Resposta Espontânea (Bermejo, et al., 1998), foi reforçado o seu carácter de proximidade uma vez que nenhuma resposta corresponde exatamente a que cada enfermeiro teria respondido mas sim semelhante a essa mesma resposta tendo sido feito incentivo à pessoa a responder o que realmente condiz com a resposta mais espontânea e não com a que consideraria mais correta.

Devido à importância do seu carácter de espontaneidade, a presença do investigador torna-se benéfica pois incute no participante não demorar muito tempo a refletir demasiado na sua resposta, segundo as indicações dadas. No entanto, uma das limitações à partida colocou-se no facto de alguns contextos requererem 2 momentos distintos para entrega e recolha dos questionários.

Nestas situações foi feita uma abordagem pessoalmente à equipa de enfermagem que se encontrava no dia e uma ou mais abordagens intermédias antes da sua recolha de forma a manter, o melhor possível, reforçada a importância do carácter espontâneo do questionário sendo inclusivamente mencionado que não deveria ser respondido em partilha com colegas ou em casa após o trabalho, evitando maior tempo para refletir nas respostas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, com o software de tratamento estatístico de dados IBM SPSS Statistics 20, foram efetuadas análises de normalidade às distribuições dos tipos de respostas sobre cada uma das variáveis. Para distribuições não normais ($p < 0,05$) foram realizados testes não paramétricos, nomeadamente o Anova de Friedman, o teste de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis.

Para distribuições normais ($p > 0,05$) foram produzidos testes paramétricos, nomeadamente o One-way Anova e o teste t de Student.

Para análise das correlações, estas foram efetuadas com recurso ao teste de correlação de Spearman. Para determinar o nível de associação dos coeficientes de correlação, foi considerado o proposto por Pestana e Gageiro (2003), ou seja, para um coeficiente de correlação menor que 0,2 existe uma associação muito baixa, entre 0,2 e 0,39 é baixa, entre 0,4 e 0,69 é já considerada uma associação moderada, entre 0,7 e 0,89 alta e por último, entre 0,9 e 1 uma associação muito alta.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Para este estudo foram sempre considerados os principais princípios éticos.

Foi tida em conta a liberdade individual dos participantes através do pedido de consentimento informado onde se destaca a referência a: não hesitar pedir mais informações caso necessitasse tendo sido, na impossibilidade de estar presente, deixado o contato telefónico e de correio eletrónico; a referência ao anonimato dos dados recolhidos assim como a sua utilização exclusiva para este estudo; e por último, a referência a ser uma participação voluntária e passível de desistência a cada momento, sem qualquer tipo de consequências em caso de recusa.

Apesar da assinatura que se exige legalmente ao participante, foi reforçado o seu anonimato no facto do questionário encontrar-se separado da folha de consentimento.

Os princípios da beneficência e não-maleficência, intimamente ligados, combinam o objetivo da própria investigação em trazer proveito aos doentes e famílias que têm direito a cuidados de qualidade, assim como novo conhecimento à comunidade científica de forma a contribuir-se para o desenvolvimento dos cuidados paliativos e dos programas de formação dos enfermeiros no que concerne a habilidades de comunicação,

particularmente no cuidar em fim de vida, tendo em atenção de nunca sobrepôr os interesses desta investigação sobre os interesses dos participantes.

Outro quadro de referência que se deverá ter em conta na bioética é o das virtudes, próprias do profissional de saúde, tais como a compaixão, a sinceridade, a sensatez, consciência e confiabilidade; virtudes que deverão guiar a prática clínica (Kissane, et al., 2010).

No seio da comunicação estas virtudes deverão existir, no entanto, sempre contrabalançadas com o princípio da beneficência para com o doente, para com o que lhe é terapêutico. A utilização de uma resposta empática num momento em que a pessoa ainda necessita de compreender o seu problema, não pode ser substituída por uma de solução do problema, apoio-consolo ou não acordo do profissional (de valorização) em nome da sua sinceridade ou compaixão, correndo o risco de impor valores e ideais à pessoa ou até causar-lhe mal-estar.

No entanto, os resultados desta investigação nunca podem ser vistos na dicotomia beneficência ou maleficência do profissional de saúde sobre o doente/família mas sim numa perspetiva de crescimento da profissão e dos profissionais que promovem e procuram sempre alcançar e prestar o melhor cuidado de qualidade possível. Ainda que haja tipos de resposta a desaprender, além de não se pretender abdicar de todas as respostas que não sejam empáticas mas sim aumentar o número destas (Bermejo, 2011), a expressão “tipo de resposta incorreto” não existe nesta dissertação pois a sua utilização não é encarada como um intuito do enfermeiro em fazer mal à pessoa, não lhe estando inerente portanto uma análise de beneficência-maleficência.

5. RESULTADOS

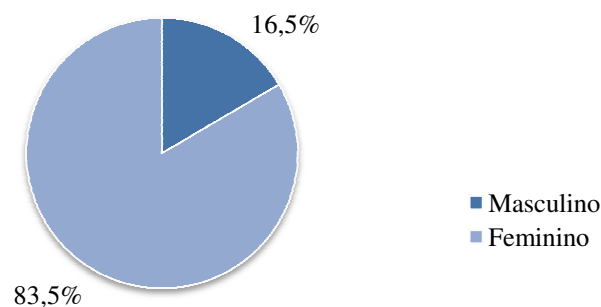
Neste capítulo expõem-se os resultados obtidos na recolha de dados e posterior análise estatística através do auxílio do programa SPSS.

Inicia-se com uma breve contextualização demográfica da nossa amostra seguindo-se para a descrição geral dos diferentes tipos de respostas obtidos e por fim, verifica-se como se relacionam as nossas variáveis em estudo.

5.1 ANÁLISE DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 242 participantes, 40 (16,5%) do sexo masculino e 202 (83,5%) do sexo feminino (Gráfico1).

Gráfico 1 - Gênero dos Participantes (n=242)



As idades variam entre os 23 e os 55 anos, com uma média de 34,94, uma mediana de 33, um desvio-padrão de 7,870 e um intervalo interquartil de 13 (Tabela 1).

Tabela 1- Idade dos Participantes (n=238)

Idade dos Participantes	N.º	%
[23-35]	145	60,9 2
[36-45]	61	25,63
[46-55]	32	13,45
Total	238	100,00

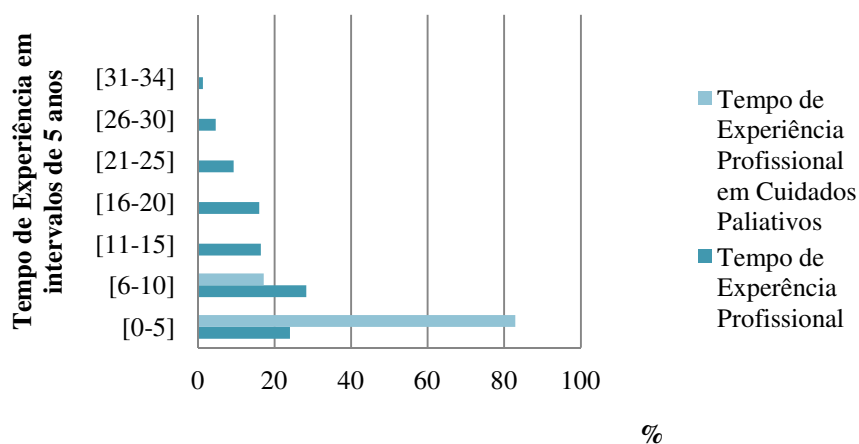
Dos 237 participantes que responderam, verifica-se que o tempo de experiência profissional é em média de 11,89 anos, variando entre o 1 e os 34 anos de experiência, com uma mediana de 10, um desvio-padrão de 7,721 e um intervalo interquartil de 11,5. Já no que diz respeito ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros numa Equipa de Cuidados Paliativos, quer seja em internamento, equipa intra-hospitalar ou de assistência domiciliária, constata-se que, dos 35 participantes que responderam, a média é de 3,8 anos, variando entre os 0 e os 10 anos, com uma mediana de 4, um desvio-padrão de 2,518 e um intervalo interquartil de 4 (Tabela 2 e Gráfico 2).

Tabela 2 – Tempo de Experiência Profissional (n=237) vs. Tempo de Experiência Profissional em Cuidados Paliativos (n=35) (em anos)

Tempo de Experiência Profissional dos Participantes	EP		EP.CP	
	N.º	%	N.º	%
[0-5]	57	24,05	29	82,86
[6-10]	67	28,27	6	17,14
[11-15]	39	16,46		
[16-20]	38	16,03		
[21-25]	22	9,28		
[26-30]	11	4,64		
[31-34]	3	1,27		
Total	237	100,00	35	100,00

Legenda: EP – Experiência Profissional; EP.CP – Experiência Profissional em Cuidados Paliativos

Gráfico 2 – Tempo de Experiência dos Enfermeiros (n=237) vs. Tempo de Experiência em Cuidados Paliativos (n=35)

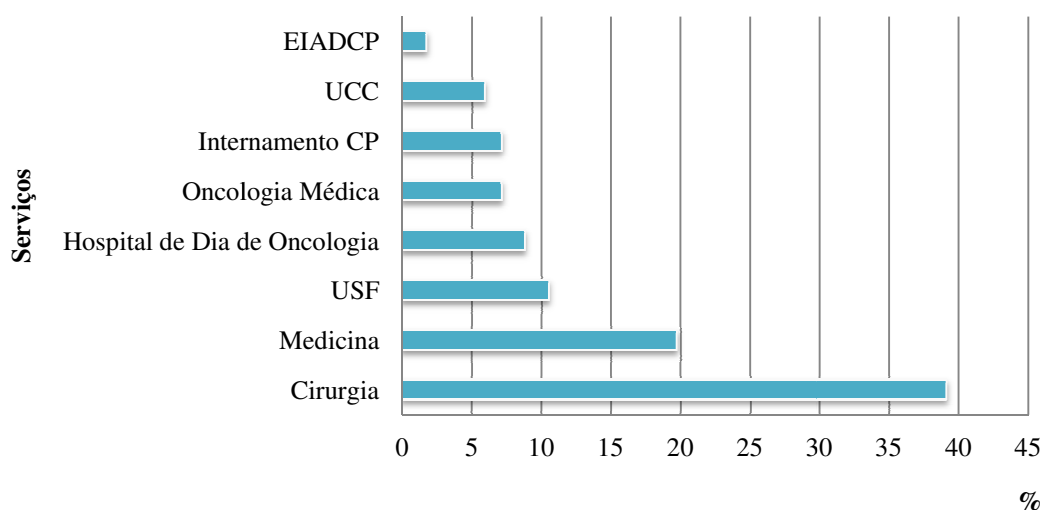


Quanto ao serviço onde trabalham os participantes, dos 238 participantes que responderam, 93 (39,1%) referiram o Serviço de Cirurgia, seguidos de 47 (19,7%) em Medicina, 25 (10,5%) em Unidades de Saúde Familiar (USF), 21 (8,8%) em Hospitais de Dia de Oncologia, e com o igual valor de 17 (7,1%) são enfermeiros a exercerem quer em Serviços de Internamento de Cuidados Paliativos quer em Internamento de Oncologia Médica. Em Unidades de Cuidados Continuados (UCC) encontram-se 14 enfermeiros (5,9%), e por último, 4 enfermeiros (1,7%) trabalham em Equipas Intra-hospitalares ou de Assistência Domiciliária de Cuidados Paliativos (EIADCP) (Tabela 3 e Gráfico 3).

Tabela 3 - Serviço onde trabalham os Participantes (n=238)

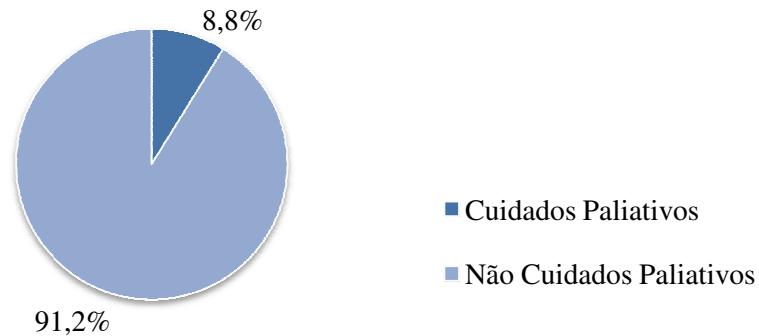
	N.º	%
Cirurgia	93	39,1
Medicina	47	19,8
Unidades de Saúde Familiar	25	10,5
Hospital de Dia de Oncologia	21	8,8
Internamento de Cuidados Paliativos	17	7,1
Oncologia Médica	17	7,1
Unidade de Cuidados Continuados	14	5,9
Equipa Intra-hospitalar ou de Assistência Domiciliária de Cuidados Paliativos	4	1,7
Total	238	100,0

Gráfico 3 - Serviço onde trabalham os participantes (n=238)



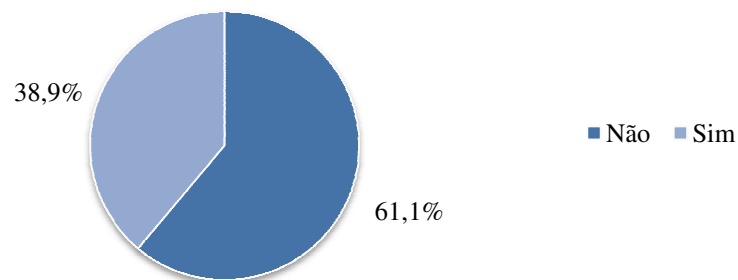
Desta forma, verifica-se que, dos participantes que responderam, 21 enfermeiros (8,8%) trabalham num serviço de Cuidados Paliativos, que engloba quer o internamento, quer a Equipa Intra hospitalar de Cuidados Paliativos quer a de assistência domiciliária; e 217 (91,2%) trabalham em serviços que não são de cuidados paliativos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Serviço de Cuidados Paliativos vs. Serviços de Não Cuidados Paliativos (n=238)



No que diz respeito à formação em Cuidados Paliativos, dos 239 participantes que responderam, 93 (38,9%) têm formação e 146 (61,1%) nunca tiveram qualquer tipo de formação na área (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Formação em Cuidados Paliativos (n=239)



Como se observa na tabela (4) seguinte, dos 93 que referem ter formação em Cuidados Paliativos, 54 especificaram o número de horas observando-se uma média de 52,48 horas ($DP = 90,978$), num mínimo de 8 horas e um máximo de 600 horas.

Tabela 4- Número de Horas de Formação em Cuidados Paliativos

	N	Min.	Máx.	\bar{x}	DP	Med.	IIQ
Número de Horas de Formação	54	8	600	52,48	90,978	27,50	30,50

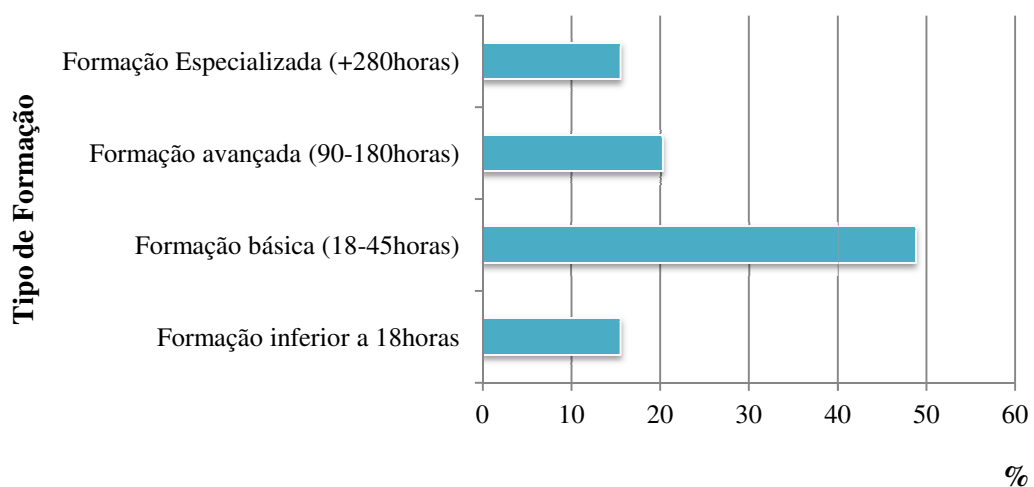
Legenda: Mín. – Mínimo; Máx. – Máximo; \bar{x} - Média; DP = Desvio Padrão; Med. – Mediana; IIQ – Intervalo Interquartil.

Por referência específica feita pelo enfermeiro do tipo de formação que tem em Cuidados Paliativos, ou por inclusão dependendo do número de horas de formação que tem, foi especificado o tipo de formação de 84 enfermeiros. Destes, 41 (48,8%) têm formação básica, 17 (20,2%) formação avançada, e por último, em igual número de enfermeiros – 13 (15,5%) têm atividades de formação inferiores a 18horas e formação especializada (Tabela 5 e Gráfico 6).

Tabela 5- Tipo de Formação em Cuidados Paliativos (n=84)

	N.º	%
Formação inferior a 18horas	13	15,5
Formação básica	41	48,8
Formação avançada	17	20,2
Formação Especializada	13	15,5
Total	84	100,0

Gráfico 6 - Tipo de Formação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos (n=84)



No que concerne à experiência de estágio de Cuidados Paliativos, observa-se que dos 241 participantes que responderam, 212 (88%) nunca tiveram qualquer tipo de estágio em Cuidados Paliativos enquanto 29 (12%) já tiveram um estágio neste âmbito (Gráfico 7).

Destes 29 enfermeiros com estágio, 22 especificaram o número de horas observando-se uma média de 134,91 horas ($DP = 90,635$), num mínimo de 16 horas e um máximo de 360 horas (Tabela 6).

Gráfico 7 - Estágio em Cuidados Paliativos (n=241)

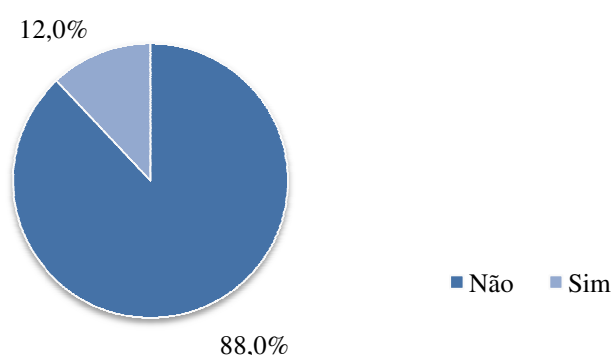


Tabela 6 – Número de horas de estágio de Cuidados Paliativos

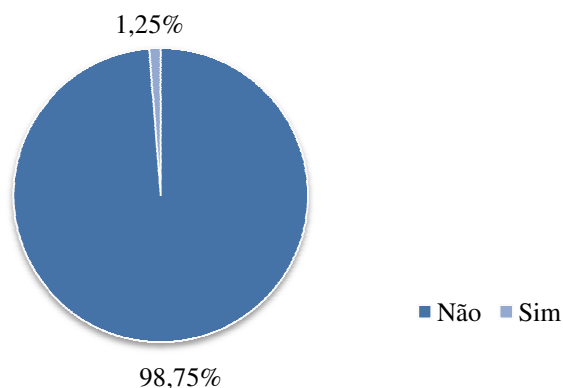
	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	DP	Med.	IIQ
Número de Horas	22	16	360	134,91	90,635	120	102,50

Legenda: Mín. – Mínimo; Máx. – Máximo; \bar{x} - Média; DP – Desvio Padrão; Med. – Mediana; IIQ – Intervalo Interquartil

Relativamente a formação no âmbito da Comunicação em Saúde ou Psicologia, dos 240 participantes que responderam, 237 (98,75%) referem não ter tido enquanto 3 participantes (1,25%) referem tê-la (licenciatura, pós-graduação, mestrado ou doutoramento), especificando corresponder à área de Psicologia (Gráfico 8).

Destes 3 participantes, 1 especificou ter o nível de Mestrado.

Gráfico 8 - Formação em Comunicação em Saúde ou Psicologia (n=240)



No que diz respeito a formação no âmbito da relação de ajuda, técnicas de comunicação ou relação empática, verifica-se que 201 (83,4%) não têm esta formação enquanto 40 (16,6%) têm (Gráfico 9) sendo que destes, 10 especificaram a área de formação: 6 em técnicas de comunicação, 2 em relação de ajuda e 2 em relação empática (Tabela 7); 33 enfermeiros ainda especificaram o número de horas de formação, observando-se uma média de 31,52 horas ($DP = 33,587$), num mínimo de 5 horas e um máximo de 150 horas (Tabela 8).

Gráfico 9 - Formação em Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática (n=241)

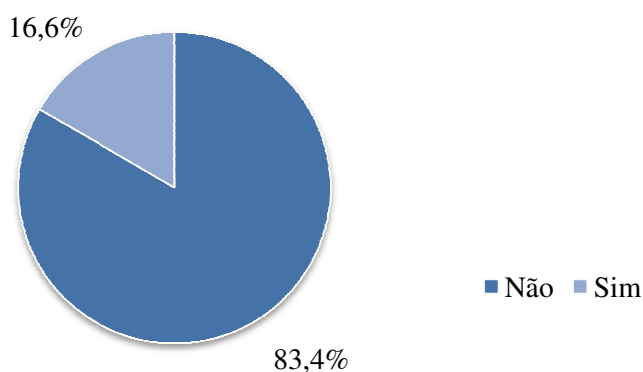


Tabela 7 – Tipo de Formação: Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática (n=10)

	N.º	%
Formação em Técnicas de Comunicação	6	60,0
Formação em Relação de Ajuda	2	20,0
Formação em Relação Empática	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 8 - Número de horas de formação no âmbito das Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática

	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	DP	Med.	IIQ
Número de Horas	33	5	150	31,52	33,587	24	24,5

Legenda: Mín. – Mínimo; Máx. – Máximo; \bar{x} - Média; DP – Desvio Padrão; Med. – Mediana; IIQ – Intervalo Interquartil

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS TIPOS DE RESPOSTAS

No que diz respeito ao número de respostas obtidas em cada tipo de resposta espontânea, como pode observar-se na tabela 9 e gráfico 10, verifica-se que a resposta do tipo empática, das 2420 oportunidades, foi utilizada 825 vezes, representando uma média de 3,40 por participante, com um desvio padrão de 2,154, mediana de 3 e um intervalo interquartil de 3.

Seguidamente encontra-se o tipo de resposta de investigação, utilizada também 480 vezes, com uma média de 1,98 por participante, um desvio padrão de 1,248, mediana de 2 e um intervalo interquartil de 2.

A resposta do tipo apoio-consolo foi utilizada em 351 vezes, representando uma média de 1,45 por participante, com um desvio padrão de 1,639 mediana de 1 e um intervalo interquartil de 2.

Relativamente à resposta do tipo “solução do problema”, foi utilizada 297 vezes, representando uma média de 1,22 por participante, com um desvio padrão de 1,109, mediana de 1 e um intervalo interquartil de 2.

Já a resposta do tipo de valorização ou juízo moral, foi utilizada também 245 vezes, numa média de 1,01 por participante, com um desvio padrão de 0,913, uma mediana de 1 e um intervalo interquartil de 1.

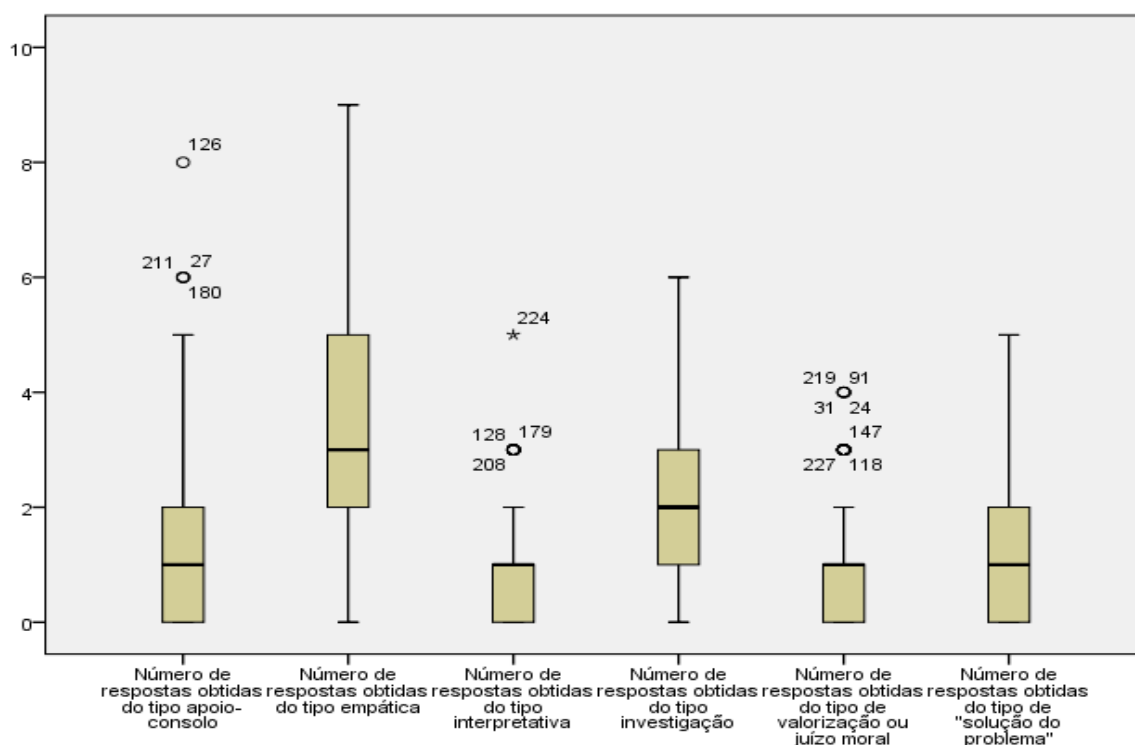
Por último, o tipo de resposta interpretativa foi utilizada 201 vezes, representando uma média de 0,83 por participante, com um desvio padrão de 0,844, mediana de 1 e um intervalo interquartil de 1.

Tabela 9 - Número de respostas obtidas em cada Tipo de Resposta

	N	Mín./ps	Máx./ps	\bar{x} /ps	DP	Med./ps	IIQ
Apoio-Consolo	351	0	8	1,45	1,639	1	2
Empática	825	0	9	3,40	2,154	3	3
Interpretativa	201	0	5	0,83	0,844	1	1
Investigação	480	0	6	1,98	1,248	2	2
Valorização	245	0	4	1,01	0,913	1	1
“Solução do Problema”	297	0	5	1,22	1,109	1	2

Legenda: N – Número de casos válidos; Mín. – Mínimo; Máx. – Máximo; \bar{x} - Média; DP – Desvio Padrão; Med. – Mediana; IIQ – Intervalo Interquartil; ps – pessoa

Gráfico 10 - Número de Respostas obtidas em cada Tipo de Resposta



5.3 ANÁLISE DO RELACIONAMENTO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

De forma a analisar a relação existente entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente, foram efetuados diversos testes estatísticos já descritos no capítulo da metodologia.

Variável Sexo

Iniciando-se esta análise pela variável sexo, através do teste de Mann-Whitney, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de resposta e o gênero obtendo-se um nível de significância superior a 0,05 para cada uma das mesmas (Tabela 10).

Tabela 10 - Relação entre o gênero e os diferentes tipos de resposta

Medidas	Sexo	Resposta AC	Resposta empática	Resposta Interpret.	Resposta Investig.	Resposta Valoriz.	Resposta SP
\bar{x}	M	1,38	3,43	0,63	2,08	0,85	1,33
	F	1,47	3,41	0,81	1,97	1,04	1,21
Med.	M	1,0	4,0	0,5	2,0	1,0	1,0
	F	1,0	3,0	1,0	2,0	1,0	1,0
DP	M	1,531	1,972	0,705	1,207	0,893	1,118
	F	1,664	2,193	0,866	1,259	0,916	1,109
Mín.	M	0	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	0	0	0
Máx.	M	5	9	2	5	4	5
	F	8	9	5	6	4	5
IIQ	M	3	3	1	2	1	1
	F	2	3	1	2	1	2
p		0,739	0,674	0,110	0,698	0,168	0,497

Legenda: M – Sexo Masculino, F – Sexo Feminino, \bar{x} - Média, Med. – Mediana, DP – Desvio Padrão, Mín. – Mínimo, Máx. – Máximo, IIQ – Intervalo Interquartil, AC – Apoio-consolo, Interpret. – Interpretativa, Investig. – Investigação, Valoriz. – Valorização, SP – Solução-Problema, p – Nível de significância.

De forma a analisar-se como se comportam as respostas em cada um dos dois gêneros dos participantes, foi realizado o teste de Anova de Friedman que revelou que, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), é o tipo de resposta empática que domina no sexo masculino, com um valor de 3,43; seguido dos tipos de resposta de investigação, apoio-consolo, solução-do-problema, valorização e por último o tipo interpretativo (Tabela 4).

Já nas enfermeiras, o tipo empático mantém-se dominante com um valor de 3,41 – igualmente com significado estatístico ($p < 0,001$), seguido dos tipos de investigação, apoio-consolo, solução-do-problema, de valorização e por ultimo, interpretativo (Tabela 11).

Tabela 11 - Tipos de respostas nos enfermeiros do sexo masculino e do sexo feminino

Tipos de Respostas	Média		p*
	M	F	
Respostas do tipo apoio-consolo	1,38	1,47	0,739
Respostas do tipo empático	3,43	3,41	0,674
Respostas do tipo interpretativo	0,63	0,87	0,110
Respostas do tipo de investigação	2,08	1,97	0,698
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	0,85	1,04	0,168
Respostas do tipo solução-do-problema	1,33	1,21	0,497
	p**	0,000	0,000

Legenda: M – Sexo Masculino, F – Sexo Feminino, p – Nível de significância; * - Teste de Mann-Whitney; ** - Teste de Anova de Friedman

Variável Idade

Relativamente à variável idade, pela análise estatística, através da Correlação de Spearman, verifica-se que não existe relação entre a idade do enfermeiro e o número de respostas dos diferentes tipos exceto ao nível da resposta do tipo de investigação ($p < 0,05$), com um coeficiente de correlação de -0,276 (Tabela 12).

Tabela 12 - Correlação entre Idades e Tipos de Resposta

		R. AC	R. Emp.	R. Int.	R. Inv.	R. Val.	R. SP
Idade	Cc	,059	,105	-,040	-,276	,009	-,088
	p	,664	,436	,770	,038	,945	,513

Legenda: Cc – Coeficiente de correlação, p – Nível de significância, R. – Resposta, AC – Apoio-consolo, Emp. – Empática, Int. – Interpretativa, Inv. – Investigação, Val. – Valorização, SP – Solução do Problema.

Variável Tempo de Experiência Profissional

No que concerne ao tempo de experiência profissional, para análise estatística entre esta variável e os tipos de resposta foi realizada correlação de Spearman verificando-se que não existe relação entre o tempo de experiência profissional do enfermeiro e o número dos diferentes tipos de resposta exceto ao nível da resposta dos tipos de investigação e de solução-do-problema ($p < 0,05$), cujos coeficiente de correlação são respetivamente de $-0,153$ e $+0,184$ (Tabela 13).

Tabela 13 - Correlação entre o Tempo de Experiência Profissional do Enfermeiros e o Tipo de Respostas

		R. AC	R. Emp.	R. Int.	R. Inv.	R. Val.	R. SP
Tempo de Experiência	Cc	0,012	-0,048	0,072	-0,153	-0,068	0,184
Profissional	p	0,855	0,459	0,271	0,019	0,294	0,004

Legenda: Cc – Coeficiente de correlação, p – Nível de significância, R. – Resposta, AC – Apoio-consolo, Emp. – Empática, Int. – Interpretativa, Inv. – Investigação, Val. – Valorização, SP – Solução do Problema.

Variável Tempo de Experiência Profissional de Cuidados Paliativos

No que diz respeito à relação entre o tempo de experiência em cuidados paliativos e os tipos de resposta foi realizada análise estatística, através da correlação de Spearman, constatando-se que existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de experiência profissional em Cuidados Paliativos e os tipos de resposta empático e de solução-do-problema, com um coeficiente de correlação de $+0,423$ e de $-0,481$ (Tabela 14).

Tabela 14 - Correlação entre o Tempo de Experiência Profissional em Cuidados Paliativos e o Tipo de Respostas

		R. AC	R. Emp.	R. Int.	R. Inv.	R. Val.	R. SP
Tempo de Experiência	Cc	-0,292	0,423	-0,067	0,003	-0,149	-0,481
Profissional em Cuidados Paliativos	p	0,089	0,011	0,701	0,988	0,392	0,003

Legenda: Cc – Coeficiente de correlação, p – Nível de significância, R. – Resposta, AC – Apoio-consolo, Emp. – Empática, Int. – Interpretativa, Inv. – Investigação, Val. – Valorização, SP – Solução do Problema.

Variável Serviço de Cuidados Paliativos vs. Serviços de Não Cuidados Paliativos

Relativamente ao serviço onde trabalham os participantes, escolhendo-se para esta análise a dicotomia entre serviços de Cuidados Paliativos e serviços de não Cuidados Paliativos, através do teste de Mann-Whitney, observa-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de serviço e os tipos de resposta apoio-consolo, empático, de valorização e solução-do-problema. Assim, pelos valores das médias, verifica-se que o tipo de resposta empático está mais presente nos serviços de cuidados paliativos e os tipos de resposta de apoio-consolo, de valorização e de solução-do-problema são mais utilizados nos serviços que não são de cuidados paliativos (Tabela 15).

Através do teste de Anova de Friedman observou-se que o tipo de resposta dominante nos serviços de Cuidados Paliativos é o empático com uma média de 5,81 sendo considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Este tipo é seguido pelos tipos de investigação, interpretativo, solução-do-problema, valorização e apoio-consolo (Tabela 15).

Pelo mesmo teste, verifica-se que existe dominância estatisticamente significativa ($p < 0,001$) do tipo de resposta empática nos restante serviços que não sejam de cuidados paliativos, com uma média de 3,15. Este tipo é seguido por ordem decrescente de médias dos tipos de investigação, apoio-consolo, solução-do-problema, valorização e interpretativa (Tabela 15).

Tabela 15 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante o serviço

Tipos de Respostas	Médias		p*
	CP	NCP	
Respostas do tipo apoio-consolo	0,48	1,55	0,000
Respostas do tipo empático	5,81	3,15	0,000
Respostas do tipo interpretativo	0,95	0,83	0,999
Respostas do tipo de investigação	1,48	2,05	0,050
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	0,62	1,05	0,039
Respostas do tipo solução-do-problema	0,67	1,28	0,001
	p**	0,000	0,000

Legenda: CP – Serviços de Cuidados Paliativos, NCP – Serviço de Não Cuidados

Paliativos, p – Nível de significância; * - Teste de Mann-Whitney; ** - Teste de Anova de Friedman

Variável Formação em Cuidados Paliativos

No que respeita à formação em Cuidados Paliativos, pelo teste de Mann-Whitney, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os enfermeiros com formação e sem formação nos tipos de resposta apoio-consolo, empática e solução-do-problema. Assim, os tipos apoio-consolo e solução-do-problema são mais utilizados pelos enfermeiros que não têm formação em Cuidados Paliativos enquanto o tipo empático esteve mais presente nos enfermeiros que têm essa formação (Tabela 16).

Através do teste de Anova de Friedman, constata-se que nos enfermeiros com formação em cuidados paliativos existe uma dominância estatisticamente significativa do tipo de resposta empático ($p < 0,001$), seguidos dos tipos de investigação, solução-do-problema, valorização, interpretativo, e por ultimo, respostas do tipo apoio-consolo (Tabela 16).

Por sua vez, para perceber o tipo de resposta dominante nos enfermeiros que não têm formação em cuidados paliativos procedeu-se novamente ao teste de Anova de Friedman, através do qual se verificou que o tipo de resposta mais utilizado é o empático, associação significativamente estatística ($p < 0,001$). Segundo os valores das médias, por ordem decrescente, seguem-se os tipos de investigação, apoio-consolo, solução-do-problema, valorização e por fim interpretativo (Tabela 16).

Tabela 16 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou ausência de formação em Cuidados Paliativos

Tipos de Respostas	Médias		p*
	Formação em CP		
	COM	SEM	
Respostas do tipo apoio-consolo	0,71	1,92	0,000
Respostas do tipo empático	4,61	2,66	0,000
Respostas do tipo interpretativo	0,76	0,86	0,397
Respostas do tipo de investigação	1,82	2,09	0,074
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	0,97	1,04	0,823
Respostas do tipo solução-do-problema	1,06	1,33	0,013
	p**	0,000	0,000

Legenda: CP – Cuidados Paliativos, p – Nível de significância; * - Teste de Mann-Whitney; ** - Teste de Anova de Friedman

Variável Número de Horas de formação de Cuidados Paliativos

No que diz respeito ao número de horas de formação em cuidados paliativos, pela análise estatística, através da Correlação de Spearman, verifica-se que não existe qualquer relação estatisticamente significativa entre o número de horas de formação e o número de respostas dos diferentes tipos ($p > 0,05$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Correlação entre o Número de Horas de Formação e os Tipos de Resposta

		R. AC	R. Emp.	R. Int.	R. Inv.	R. Val.	R. SP
Número de Horas de Formação	Cc	,075	,036	-,269*	,127	,107	-,197
	p	,592	,796	,050	,361	,440	,154

Legenda: Cc – Coeficiente de correlação, p – Nível de significância, R. – Resposta, AC – Apoio-consolo, Emp. – Empática, Int. – Interpretativa, Inv. – Investigação, Val. – Valorização, SP – Solução do Problema.

Variável Tipo de Formação em Cuidados Paliativos

No que diz respeito ao tipo de formação em Cuidados Paliativos, verificou-se que existe uma distribuição normal do tipo de resposta empática pelo tipo de formação em cuidados paliativos, assim, foi efetuado o teste paramétrico de One-Way Anova verificando-se que existe diferenças entre os mesmos ($p < 0,05$), nomeadamente a utilização em maior média deste tipo de resposta pelos profissionais com formação especializada apresentando um valor de média de 6,15; um desvio padrão de 2,375; uma mediana de 6 e um intervalo interquartil de 4 (Tabela 18).

Tabela 18 – Relação entre Tipo de Formação em Cuidados Paliativos e Tipos de Resposta

		AC	Emp.	Int.	Inv.	Val.	SP
	N.º	13	13	13	13	13	13
Formação inferior a 18horas	\bar{x}	0,38	4,46	1,23	1,62	0,77	1,38
	DP	0,870	2,332	1,013	1,387	0,927	0,870
	Med.	0	4	1	1	1	1
	IIQ	0,5	4	2	2	1	1
	N.º	41	41	41	41	41	41
Formação básica	\bar{x}	1,10	4,07	0,61	1,93	1,05	1,22
	DP	1,319	1,916	0,542	1,292	0,705	1,275
	Med.	1	4	1	2	1	1
	IIQ	2	2	1	2	0	2
	N.º	17	17	17	17	17	17
Formação avançada	\bar{x}	0,71	4,71	0,65	2,00	1,00	0,94
	DP	0,920	1,724	0,702	1,061	0,791	0,966
	Med.	0	5	1	2	1	1
	IIQ	1	3	1	1,5	2	1
	N.º	13	13	13	13	13	13
Formação especializada	\bar{x}	0,08	6,15	1,08	1,54	0,92	0,23
	DP	0,277	2,375	1,441	0,776	1,115	0,599
	Med.	0	6	1	1	1	0
	IIQ	0	4	2	1	1,5	0

Legenda: \bar{x} - Média, DP – Desvio Padrão, Med. – Mediana, IIQ – Intervalo Interquartil, AC – Apoio-consolo, Int. – Interpretativa, Investig. – Investigação, Valoriz. – Valorização, SP – Solução-Problema, p – Nível de significância.

Por se tratarem de amostras com dimensões diferentes, realizou-se como “post-hoc” o teste de Scheffé onde podemos observar que existem diferenças significativas na obtenção de resposta empática entre os participantes com formação básica e os que têm formação especializada ($p < 0,05$) sendo mais presente nos enfermeiros com formação especializada, numa média de 6,15 (Tabelas 19 e 20).

Sendo a distribuição dos restantes tipos de resposta sobre o tipo de formação em Cuidados Paliativos não normal, foi realizado o teste Kruskal-Wallis que demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nos tipos de resposta apoio-consolo e

solução-do-problema sendo que o primeiro tipo está mais presente nos enfermeiros com formação básica, numa média de 1,10 e o tipo de resposta solução-do-problema é mais encontrado no grupo dos enfermeiros com formação de cuidados paliativos inferior a 18 horas, numa média de 1,38 (Tabelas 19 e 20).

De forma a perceber como se relacionam os diferentes tipos de formação nos tipos de resposta onde se observaram diferenças estatisticamente significativas foram realizados como post hoc testes de Mann-Whitney entre cada dois tipos de formação. Assim, relativamente ao tipo de resposta apoio-consolo verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a formação básica e a formação especializada, sendo um tipo de resposta mais encontrado nos enfermeiros com formação básica, com uma média 1,10 (Tabelas 19 e 20).

Relativamente ao tipo de resposta de solução-do-problema, existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com formação inferior a 18 horas e formação especializada; participantes com formação básica e formação especializada e participantes com formação avançada e formação especializada sendo que se destas relações é encontrada em menor média nos enfermeiros com formação especializada, com um valor de 0,23 (Tabelas 19 e 20).

De forma a entender-se qual o estilo dominante em cada tipo de formação foi operacionalizado o teste de Anova de Friedman onde se verificou que (Tabela 19):

- Nos enfermeiros com formação de cuidados paliativos inferior a 18 horas o tipo de resposta dominante é o tipo empático, seguido do tipo de investigação, interpretativo, solução-do-problema, valorização e por ultimo, o tipo apoio-consolo; sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$);
- Nos enfermeiros com formação básica constatou-se que o tipo de resposta dominante é o tipo empático, seguido dos tipos de investigação, solução-do-problema, valorização, apoio-consolo e por ultimo, o tipo interpretativo; diferenças estas estatisticamente significativas ($p < 0,001$);
- Para os enfermeiros com formação avançada, revelou que, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) que o tipo de resposta dominante é o tipo empático, seguido dos tipos de investigação, valorização, solução-do-problema, apoio-consolo e interpretativo;
- Nos enfermeiros com formação especializada, o tipo de resposta dominante é o tipo empático, seguido dos tipos de investigação, interpretativas, de valorização,

solução-do-problema e por último o tipo apoio-consolo; diferença estas estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabela 19 – Tipos de respostas dos enfermeiros perante os diferentes tipos de formação em Cuidados Paliativos

Tipos de Respostas	Médias				p*
	FI	FB	FA	FE	
Respostas do tipo apoio-consolo	0,38	1,10	0,71	0,08	0,010
Respostas do tipo empático	4,46	4,07	4,71	6,15	0,019***
Respostas do tipo interpretativo	1,23	0,61	0,65	1,08	0,205
Respostas do tipo de investigação	1,62	1,93	2,00	1,54	0,537
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	0,77	1,05	1,00	0,92	0,462
Respostas do tipo solução-do-problema	1,38	1,22	0,94	0,23	0,007
	p**	0,000	0,000	0,000	0,000

Legenda: FI – Formação inferior a 18horas, FB – Formação Básica, FA – Formação Avançada, FE – Formação Especializada, p – Nível de significância; * - Teste de Teste de Kruskal-Wallis; ** - Teste de Anova de Friedman; *** - Teste de One-Way Anova

Tabela 20 – Diferenças estatisticamente significativas na relação entre os tipos de resposta e os de formação em Cuidados Paliativos

Tipos de Respostas	Tipo de Formação	p	Post Hoc
Respostas do tipo apoio-consolo	Formação inferior a 18 horas	0,010**	- Teste de Mann-Whitney: F. Básica/F. especializada (p<0,05)
	Formação básica		
	Formação avançada		
	Formação especializada		
Respostas do tipo empática	Formação inferior a 18 horas	0,019*	- Teste de Scheffé: F. básica/F. especializada (p<0,05)
	Formação básica		
	Formação avançada		
Respostas do tipo solução-do-problema	Formação inferior a 18 horas	0,007**	- Teste de Mann-Whitney: • F. inferior a 18horas/F. especializada (p<0,05) • F. básica/F. especializada (p<0,05) • F. avançada/F. especializada (p<0,05)
	Formação básica		
	Formação avançada		
	Formação especializada		

Legenda: p – Nível de significância; F. – Formação; * - Teste de One-way Anova; ** - Teste de Kruskal-Wallis

Variável Estágio em Cuidados Paliativos

Relativamente à realização ou não de estágio em Cuidados Paliativos, através do teste de Mann-Whitney procedeu-se à análise estatística verificando-se existir uma relação estatisticamente significativa entre a realização ou não de estágio em cuidados paliativos e os tipos de resposta empática e de solução-do-problema (p<0,05). Constatou-se pois que no tipo de resposta empática predominam os enfermeiros que já tiveram estágio em cuidados paliativos e no tipo de resposta de solução-do-problema os enfermeiros que nunca tiveram estágio em cuidados paliativos (Tabela 21).

Para se analisar qual o tipo de resposta dominante em cada situação – ter ou não ter estágio em cuidados paliativos – foi realizado o teste de Anova de Friedman que revelou uma dominância estatisticamente significativa do tipo de resposta empática tanto na situação do enfermeiro ter feito estágio em Cuidados Paliativos como na situação de nunca o ter feito (p<0,001) (Tabela 21).

Através dos valores das médias se percebe ainda que entre os participantes que não efetuaram qualquer estágio em cuidados paliativos, a seguir ao estilo empático, encontramos com significado estatístico ($p < 0,001$) e por ordem decrescente os tipos de investigação, do tipo de apoio-consolo, solução-do-problema, seguido do tipo de valorização e interpretativo (Tabela 21).

Também com uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), após o tipo empático encontramos nos enfermeiros que já realizaram estágio em cuidados paliativos, os tipos de resposta de investigação, de valorização, apoio-consolo, solução-do-problema e por último a utilização do estilo interpretativo (Tabela 21).

Tabela 21 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou ausência de estágio em Cuidados Paliativos

Tipos de Respostas	Médias		p*
	Estágio em CP		
	COM	SEM	
Respostas do tipo apoio-consolo	0,93	1,52	0,067
Respostas do tipo empático	4,66	3,24	0,002
Respostas do tipo interpretativo	0,79	0,83	0,308
Respostas do tipo de investigação	1,72	2,02	0,150
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	1,00	1,01	0,857
Respostas do tipo solução-do-problema	0,86	1,28	0,023
	p**	0,000	0,000

Legenda: CP – Cuidados Paliativos, p – Nível de significância; * - Teste de Mann-Whitney; ** - Teste de Anova de Friedman

De forma a perceber-se a relação entre os diferentes tipos de resposta utilizados, pelos enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos, e a realização ou não de estágio na área, foi executado o teste de Mann-Whitney verificando-se existir diferenças estatisticamente significativas com o tipo de resposta empática ($p < 0,05$), ou seja, este tipo de resposta, dentro dos enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos, foi mais encontrado nos que tinham já tido um estágio na área com uma média de 4,05 (Tabela 22).

Através dos testes de Anova de Friedman verificou-se que o tipo de resposta predominante nos enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos, quer tenham realizado estágio ou não, é o empático, com uma média de 5,16 e 4,69 respetivamente – relações estatisticamente significativas ($p < 0,001$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Tipos de respostas dos enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos perante a existência ou ausência de estágio em Cuidados Paliativos

Tipos de Respostas	Médias		p*
	Estágio em CP		
	COM	SEM	
Respostas do tipo apoio-consolo	1,23	1,59	0,463
Respostas do tipo empático	4,05	3,05	0,044
Respostas do tipo interpretativo	0,64	0,85	0,183
Respostas do tipo de investigação	1,86	2,07	0,366
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	1,23	1,03	0,165
Respostas do tipo solução-do-problema	0,95	1,31	0,078
	p**	0,000	0,000

Legenda: CP – Cuidados Paliativos; p – Nível de significância; * - Teste de Mann-Whitney; ** - Teste de Anova de Friedman

Foi realizada também análise estatística para se avaliar os tipos de resposta mais utilizados pelos enfermeiros que já trabalham em cuidados paliativos, perante um estágio ou não de cuidados paliativos – assim, com uma distribuição normal do tipo de resposta empático foi realizado o teste de t de Student que demonstrou não haver diferenças significativas entre quem teve ou não estágio de cuidados paliativos, dos enfermeiros que trabalham neste contexto ($p > 0,01$).

Nos restantes tipos de resposta, através de teste não paramétrico Mann-Whitney, verificou-se não existir relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com a realização de estágio em cuidados paliativos nos enfermeiros que trabalham neste contexto.

Variável Número de Horas de Estágio em Cuidados Paliativos

Realizando análise estatística através de correlação de Spearman, entre os tipos de resposta e o número de horas de estágio em Cuidados Paliativos, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre este e o tipo de resposta de solução do problema, com um coeficiente de correlação de -0,538 (Tabela 23).

Tabela 23 - Correlação entre o Número de horas de estágio em Cuidados Paliativos e o Tipo de Respostas

		R. AC	R. Emp.	R. Int.	R. Inv.	R. Val.	R. SP
N.º de horas de estágio	Cc	-,411	,358	-,032	,213	,054	-,538
em Cuidados Paliativos	P	,058	,101	,888	,341	,811	,010

Legenda: Cc – Coeficiente de correlação, p – Nível de significância, R. – Resposta, AC – Apoio-consolo, Emp. – Empática, Int. – Interpretativa, Inv. – Investigação, Val. – Valorização, SP – Solução do Problema.

Variável Formações no âmbito Comunicação em Saúde ou Psicologia

No que diz respeito a formações no âmbito da Comunicação em Saúde ou Psicologia, foi executado o teste de Kruskal-Wallis que demonstrou não haver diferenças estatisticamente significativas entre estes tipos de formação e os tipos de resposta utilizados, com exceção do tipo de resposta solução do problema ($p < 0,05$) percebendo-se pelos valores das médias que foi mais utilizada pelos enfermeiros que têm este tipo de formação comparativamente com os que não têm (Tabela 24).

Através do teste de Anova de Friedman verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) nos tipos de resposta utilizados pelos enfermeiros que não apresentam formação em Comunicação em Saúde ou Psicologia – utilizam em maior média respostas do tipo empáticas, seguidos dos tipos de investigação, apoio-consolo, solução-do-problema, valorização e por último, interpretativo (Tabela 24).

Por sua vez, os enfermeiros que têm algum grau deste tipo de formação, através do mesmo teste, não utilizam predominantemente nenhum tipo de resposta que seja considerado com diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabela 24).

Tabela 24 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou não de formação em Comunicação em Saúde ou Psicologia

Tipos de Respostas	Médias		p*
	Formação em Comunicação em Saúde ou Psicologia		
	COM	SEM	
Respostas do tipo apoio-consolo	2,67	1,44	0,081
Respostas do tipo empático	1,33	3,43	0,079
Respostas do tipo interpretativo	0,67	0,83	0,867
Respostas do tipo de investigação	1,00	1,99	0,168
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	2,00	1,00	0,068
Respostas do tipo solução-do-problema	2,33	1,22	0,049
	p**	0,284	0,000

Legenda: p – Nível de significância; * - Teste de Kruskal-Wallis; ** - Teste de Anova de Friedman

Variável Formação no âmbito de Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática

Relativamente à existência de formação no âmbito de técnicas de comunicação, relação empática ou relação de ajuda, para análise estatística foi executado o teste de Kruskal-Wallis que revelou existir relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os tipos de resposta apoio-consolo e empático verificando-se que o primeiro tipo está mais presente pelos enfermeiros que não têm qualquer tipo de formação neste âmbito e o tipo de resposta empático, em enfermeiros que têm este tipo de formação (Tabela 25).

Para se compreender o tipo de resposta dominante nos enfermeiros que não têm este tipo de formação, realizou-se o teste de Anova de Friedman que constatou existir uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o tipo de resposta empático, com uma média de 4,73; seguidos dos tipos de investigação, apoio-consolo, solução-do-problema, valorização e por fim, interpretativo (Tabela 25).

Pelo mesmo teste de Anova de Friedman verificou-se igualmente uma dominância estatisticamente significativa ($p < 0,001$) do tipo de resposta empático nos enfermeiros que têm este tipo de formação, com uma média de 5,40 seguido dos tipos de investigação, interpretativa, solução-do-problema, valorização e por último, o tipo apoio-consolo (Tabela 25).

Tabela 25 - Tipos de respostas dos enfermeiros perante a existência ou não de formação em Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática

Tipos de Respostas	Médias		p*
	Formação em Técnicas de Comunicação, relação de ajuda ou empática		
	COM	SEM	
Respostas do tipo apoio-consolo	2,35	3,39	0,000
Respostas do tipo empático	5,40	4,73	0,001
Respostas do tipo interpretativo	3,09	2,56	0,262
Respostas do tipo de investigação	4,25	4,16	0,764
Respostas do tipo de valorização ou juízo moral	2,84	2,95	0,130
Respostas do tipo solução-do-problema	3,08	3,21	0,159
	p**	0,000	0,000

Legenda: p – Nível de significância; * - Teste de Kruskal-Wallis; ** - Teste de Anova de Friedman

Variável Número de Horas de Formação em Técnicas de Comunicação, Relação de Ajuda ou Relação Empática

Relativamente ao número de horas de formação em técnicas de comunicação, relação empática ou relação de ajuda, foi efetuada correlação de Spearman verificando-se não existirem relações estatisticamente significativas entre si.

Relações entre os Tipos de Respostas

Por fim, apesar de não responder a questões de investigação previamente colocadas, não deixa de ser interessante observar como os diferentes tipos de resposta se relacionam entre si. Para tal foi efetuada correlação de Spearman onde se verifica (Tabela 26) a relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de resposta apoio-consolo e os tipos empática, interpretativa, de investigação, de valorização e de solução-do-problema, com coeficientes de correlação de -0,627; -0,169; -0,231; 0,182 e 0,140 respetivamente.

Da mesma forma, observa-se também uma relação com significado estatístico ($p < 0,05$) entre o tipo de resposta empática e os tipos de valorização e de solução-do-

problema (além do tipo apoio-consolo supracitado), com coeficientes de correlação de Spearman de -0,341 e -0,510 respectivamente.

Além da relação já referida, o tipo de resposta de investigação também se relaciona significativamente ($p < 0,05$) com o tipo de resposta de valorização com um coeficiente de correlação de -0,201.

Tabela 26 – Correlação entre os diferentes tipos de resposta

		R. AC	R. Emp.	R. Int.	R. Inv.	R. Val.	R. SP
Respostas tipo AC	Cc p	1,000	-,627 ,000	-,169 ,008	-,231 ,000	,182 ,004	,140 ,029
Respostas tipo Emp.	Cc p	-,627 ,000	1,000	-,106 ,101	-,109 ,092	-,341 ,000	-,510 ,000
Respostas tipo Int.	Cc p	-,169 ,008	-,106 ,101	1,000	,012 ,852	-,063 ,330	-,097 ,131
Respostas tipo Inv.	Cc p	-,231 ,000	-,109 ,092	,012 ,852	1,000	-,201 ,002	-,010 ,876
Respostas Val.	Cc p	,182 ,004	-,341 ,000	-,063 ,330	-,201 ,002	1,000	,052 ,420
Respostas SP	Cc p	,140 ,029	-,510 ,000	-,097 ,131	-,010 ,876	,052 ,420	1,000

Legenda: Cc – Coeficiente de correlação, p – Nível de significância, R. – Resposta, AC – Apoio-consolo, Emp. – Empática, Int. – Interpretativa, Inv. – Investigação, Val. – Valorização, SP – Solução do Problema.

6. DISCUSSÃO

À luz dos resultados obtidos, verificou-se que foi o tipo de resposta empático que esteve dominante com um maior número de respostas, seguido dos tipos de resposta de investigação, apoio-consolo, solução do problema, de valorização, e por último, o tipo interpretativo.

Não foram encontradas evidências na literatura que nos fizesse esperar determinado tipo de resposta em maior número, em detrimento de outros.

Deveremos ter em consideração que a nossa população são enfermeiros, profissionais do cuidar que têm na sua base relações terapêuticas de ajuda, pelo que poderíamos pressupor que as respostas empáticas estariam em maior número, no entanto, não será assim tão evidente face aos estudos (Cabodevilla et al, 2005; Saraiva, 2009; Fallowfield, 2010; Butler et al., 2005 citado por McMillan, 2010) que demonstram dificuldades destes profissionais em comunicar de uma forma efetivamente terapêutica e evidenciam a necessidade de formação e treino para a aquisição de competências de resposta empática, em detrimento de outras utilizadas antes das formações (Bermejo et al, 2010 e 2012).

É interessante verificar que apesar do tipo de resposta empático ser dominante com uma média e mediana do n.º de respostas superiores, também é o tipo que apresenta um intervalo interquartil maior, logo com uma distribuição mais dispersa, supondo-se portanto que existiram mais participantes com n.º de respostas mais dispersas neste tipo de resposta.

Parece-nos que esta circunstância é coerente no sentido em que cada profissional deverá ter uma disposição consoante tenha tendência a centrar-se no problema ou na pessoa e faça um uso do poder de forma mais facilitadora ou mais diretiva (Bermejo, 2011).

Assim, se um profissional tem maior tendência a centrar-se na pessoa, nos seus sentimentos, nos significados que a mesma atribui à situação, tenderá a utilizar mais estratégias que permita este conhecimento e compreensão. Trata-se de uma “disposição”, de uma tendência, e não de uma opção ao acaso.

Não faria sentido portanto, existir um maior número médio de respostas do tipo empático seguido por exemplo pelo tipo de solução do problema, no qual está inerente uma proposta de solução dada pelo profissional e portanto, além de uma postura mais diretiva, também mais centrada no problema – o oposto do estilo empático.

Por sua vez, seguir-se ao tipo empático, o tipo de resposta de investigação pressupõe-nos que continua a existir um interesse pela situação embora mais diretivo ou mais centrado no problema, implicando a formulação de perguntas fechadas de acordo com o que o profissional considera importante saber (quer seja relacionado com a situação ou com os sentimentos), ao invés de perguntas abertas mais focadas naquilo que a pessoa quer exprimir.

Desta forma, apesar de não terem sido encontradas evidências que nos fizessem esperar uma ordem de presença dos tipos de resposta, parece-nos lógico a encontrada no sentido em que se encontra em maior número médio de respostas uma postura mais facilitadora e centrada na pessoa, e em menor presença, uma postura mais diretiva e centrada no problema, como os tipos de resposta de valorização e interpretativos (que encontramos em menor número de média de respostas) no qual o profissional utiliza o seu próprio quadro de valores e a sua interpretação para continuar o diálogo.

De seguida, como fio condutor desta discussão decidiu-se seguir as perguntas de investigação previamente colocadas. Assim, iniciamos com a relação entre o sexo do enfermeiro e o tipo de resposta espontânea que o mesmo preferencialmente dá, no cuidar em fim de vida.

Tendo em conta os resultados obtidos, verificou-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre os diversos tipos de resposta e o gênero, no entanto, com significado estatisticamente significativo, tanto nos enfermeiros como nas enfermeiras, o tipo de resposta dominante é o empático.

Alguns estudos (Roter, et al., 2002 e Dindia e Allen, 1992, citados por Kissane, et al., 2010) demonstram que as mulheres desenvolvem uma comunicação que revela maior interesse psicossocial pelo doente, com mais técnicas de empatia como a autorrevelação sendo mais expressivas emocionalmente e igualmente interessadas nas emoções do outro, utilizando mais exploração emocional e declarações de empatia, comparativamente com os homens.

Por outro lado, outros autores (Lester, 1972; Gama et al, 2012) constataram menores níveis de medo e ansiedade perante a morte nos homens, o que pode predispor atitudes tendencialmente mais próximas na relação com o doente e influenciar na comunicação com um maior aumento de respostas empáticas.

De facto, à observação dos resultados existe uma média discretamente superior de resposta empática nos homens, no entanto, é realmente uma diferença discreta e não estatisticamente significativa, o que vai de encontro à hipótese das similaridades de

gênero que defende a maior similaridade do que a diferença entre homens e mulheres, no que diz respeito a variáveis psicológicas (Hyde, 2005), como é o caso, não havendo portanto relação entre os tipos de resposta eleitos e o sexo do enfermeiro.

Para analisar a relação entre a idade do enfermeiro e o tipo de resposta espontânea que o mesmo preferencialmente dá no cuidar em fim de vida, verificamos que o mais encontrado na teoria¹⁴ indica uma crescente maturidade pessoal e sensibilidade para lidar com as perdas e com a morte, sendo portanto de esperar que haja progressivamente maior tendência para eleição de respostas do tipo empático.

No entanto, este tipo de resposta apesar de apresentar um coeficiente de correlação positivo com a idade, não tem significado estatístico relevante. Por sua vez, obtiveram-se dados significativos em relação à resposta de investigação, numa associação baixa e em sentido negativo, ou seja, quanto maior é a idade do participante, menor será a tendência de utilização de respostas do tipo de investigação e vice-versa.

Se tivermos em conta o preconizado por Rosenberg et al. (1998) no que concerne a perguntas de investigação enquanto instrumento que dá ao profissional de saúde a ideia de estar a lidar com a situação através da aquisição de informação necessária à construção de um diagnóstico, poderemos talvez pensar (não tendo sido encontrado claro suporte bibliográfico que o justifique) que com a idade são desenvolvidas outras competências pessoais e profissionais que lhe permitem obter essas mesmas informações sem que seja necessário fazer diretamente perguntas/tipos de respostas do tipo de investigação.

Relativamente à relação entre o tempo de experiência profissional e o tipo de resposta espontânea preferencialmente dada pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida, verificou-se na análise estatística que apenas há relação com significado estatístico com dois tipos de resposta – o tipo de investigação, numa associação muito baixa e em sentido negativo; e o tipo de solução-do-problema, numa associação muito baixa em sentido positivo.

Tal como referido anteriormente, a tendência observada de menor eleição de respostas do tipo de investigação com o aumento da experiência profissional, não se encontrando suporte bibliográfico que o justifique, talvez possa ser justificado com o desenvolvimento de competências pelo enfermeiro ao longo da sua experiência

¹⁴ (Bengtson, Cuellar e Ragan, 1977; Kallish, 1977 e Feifel e Nagy, 1980, citados por Neimeyer, et al, 2004; Clarke e Ross, 2006; Graham et al, 2005 citados por Sapeta e Lopes, 2007; Gama et al, 2012)

profissional, que lhe permitam aceder a informação sem que faça diretamente perguntas fechadas.

Já em relação à tendência progressivamente mais elevada em eleger respostas do tipo solução-do-problema, tipos de resposta que têm como objetivo major aliviar a dor da pessoa através de consolo numa atitude de “fix-it” (Rosenberg, 1998), não se encontraram evidências científicas que nos fizessem esperar este aumento transversalmente ao tempo de experiência profissional, o que nos leva a pensar que se deva a um possível aumento de sentimentos de compaixão do enfermeiro ao longo da sua vida profissional perante o doente no cuidar em fim de vida tendo portanto como observamos de forma progressiva um objetivo major de aliviar a dor dessa pessoa.

Seria de esperar que a experiência profissional levasse o enfermeiro a um amadurecimento no que respeita a temas sobre a morte, com diminuição dos níveis de medo e ansiedade perante situações de cuidar em fim de vida e progressivamente elege-se mais respostas do tipo empático em detrimento de outros tipos, no entanto, tal não se observou na relação com o tempo de experiência profissional em geral mas sim em relação com o tempo de experiência profissional em cuidados paliativos.

Obteve-se neste âmbito uma associação estatisticamente significativa e moderada, com os tipos de resposta empático, em sentido positivo, e de solução-do-problema, em sentido negativo.

É interessante verificar como de facto em situações de cuidar em fim de vida, a experiência prática deste tipo de situações, e não a experiência profissional no geral, constitui um elemento determinante nas atitudes e na comunicação que realmente se estabelece com os doentes e seus familiares. Estes dados vão claramente de encontro ao que é defendido por Benner (1984, citado por Dunn, et al, 2005) que considera o treino, fator fundamental no que respeita à influência nas atitudes dos enfermeiros perante a morte, defendendo que, independentemente da existência de determinados elementos conducentes a uma atitude positiva, como por exemplo a formação em cuidados paliativos, os comportamentos propriamente ditos, são adquiridos na experiência prática.

Apesar disto, verificou-se que trabalhar em serviços de cuidados paliativos ou não, não é determinante na eleição preferencial de um determinado tipo de resposta em detrimento de outro.

A análise estatística revela que existem diferenças entre os dois grupos de enfermeiros nos tipos de resposta apoio-consolo, empático, de valorização e solução-do-problema, sendo que nestes, os enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos têm mais respostas dos tipos apoio-consolo, de valorização e solução-do-problema do que os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos e estes, por sua vez, têm mais respostas do tipo empático que os primeiros. No entanto, a resposta empática é a dominante em ambos os contextos.

Tendo em conta o descrito na literatura, ainda que não seja diretamente explícita a relação entre os tipos de resposta e os diferentes tipos de serviço, Bermejo faz alusão à diminuição de uma tendência de respostas apoio-consolo e solução-do-problema após a aquisição de competências comunicacionais num curso de relação de ajuda, para tendencialmente mais respostas do tipo empático; o que pode pressupor que estar num contexto com essas características conduza igualmente à mesma tendência.

Mais específico em relação aos serviços, mas numa perspetiva de atitudes perante a morte, Gama et al (2012) verificaram níveis mais baixos de medo em relação à morte, de afastamento, de aceitação da morte enquanto escape, e níveis mais elevados de aceitação neutra da mesma, nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos, comparativamente com os enfermeiros que não trabalhavam em serviços de cuidados paliativos, designadamente nos serviços de medicina, oncologia e hematologia.

Desta forma, e na direção dos resultados obtidos, seria de esperar que houvesse uma dominância mais acentuada de respostas empáticas nos enfermeiros que, com melhores atitudes perante a morte, trabalham em serviços de cuidados paliativos.

Relativamente à formação em Cuidados Paliativos, verifica-se que só existe relação entre os dois grupos nos tipos de resposta apoio-consolo, empática e solução-do-problema. Nestes, os enfermeiros com formação em cuidados paliativos têm mais respostas do tipo empático enquanto os enfermeiros sem formação têm mais respostas dos tipos apoio-consolo e solução-do-problema. No entanto, ambos os grupos apresentam o mesmo tipo de resposta empático como dominante.

A relação das médias do número de respostas enquadradas entre os tipos apoio-consolo e solução-do-problema, mais utilizados pelos enfermeiros que não têm formação em Cuidados Paliativos, e o tipo empático, mais presente nos enfermeiros que têm essa formação vai claramente ao encontro das conclusões de Bermejo et al (2012) onde se observa a mudança de uma tendência de resposta de apoio-consolo e solução do problema para respostas do tipo empático (e de investigação) após cursos de comunicação e relação de ajuda.

Também Gama et al (2012), no que respeita às atitudes dos enfermeiros perante a morte, no que concerne ao grau de formação dos enfermeiros, verificou existirem maiores níveis de aceitação da morte em enfermeiros com formação pós-graduada e especializada comparativamente com os enfermeiros apenas licenciados. Menores níveis de medo e atitudes de evitação perante a morte podem significar portanto menos comportamentos de evitação e portanto maior abertura e exploração para falar de temas sobre a morte.

Devemos no entanto, ter em atenção que uma parte dos enfermeiros que responderam ter formação em Cuidados Paliativos são também enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos (23,3%), o que poderá condicionar este resultado no sentido em que poderão responder mais empaticamente como resultado da experiência e não da formação, ou vice-versa, se pensarmos que a totalidade dos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos têm algum tipo de formação no âmbito.

Face às evidências já existentes que um treino básico não tem impacto significativo em termos comunicacionais, mas formações superiores a 26 horas em estratégias de comunicação determinaram impactos consideráveis na comunicação dos enfermeiros (Wilkinson et al., 1998 e Heaven e Maguire, 1996, citados por Dunne, 2005), poderíamos pensar na possibilidade de, apesar da formação em cuidados paliativos não determinar uma preferência diferente do tipo de resposta empática, haver uma relação com o tempo dessas formações. No entanto, não se verificaram relações estatisticamente significativas nos tipos de resposta quando nos referimos ao número de horas desse tipo de formação.

Face ao supracitado, contrariamente ao que seria expectável, o facto de o enfermeiro ter ou não formações no âmbito das técnicas de comunicação, relação de ajuda ou relação empática não é determinante na eleição de um tipo de resposta.

Verificou-se existirem diferenças entre os dois grupos de enfermeiros (com ou sem formação) nos tipos de resposta apoio-consolo e empático. Nestes, os enfermeiros que não têm formação têm mais respostas do tipo apoio-consolo do que os enfermeiros que têm formação, e estes têm mais respostas do tipo empático que os enfermeiros que não têm formação neste âmbito.

No entanto, ambos os grupos de enfermeiros apresentam o mesmo tipo de resposta empática como dominante.

Na relação com o número de horas deste tipo de formação, não se verificaram relações estatisticamente significativas com os tipos de resposta eleitos.

No que diz respeito a formações no âmbito da comunicação em saúde ou psicologia, constatou-se existirem diferenças entre os grupos de enfermeiros que já tiveram e os que não tiveram este tipo de formação no tipo de resposta de solução do problema; neste, o grupo dos enfermeiros com formação têm mais resposta deste tipo comparativamente aos que não têm formação neste âmbito.

No entanto, não existe uma resposta dominante no grupo de enfermeiros com formação enquanto o tipo de resposta que domina nos enfermeiros sem qualquer tipo de formação em comunicação em saúde ou psicologia é o tipo empático.

Face à vasta literatura que apoia um aumento das competências comunicacionais após cursos no âmbito da comunicação (Yedidia, et al., 2003; Maguire, et al., 1988; García de Lucio, et al., 2000; Fallowfield, 2010; Ozcan, et al., 2012), apesar de esperarmos encontrar o inverso, teremos de ter em atenção que a amostra inerente aos enfermeiros com este tipo de formação é bastante reduzida, de apenas 3 enfermeiros, o que provavelmente condicionou a não identificação de uma resposta dominante.

No que diz respeito ao tipo de formação em Cuidados Paliativos, verificou-se que só existem diferenças entre os 4 grupos de enfermeiros (correspondentes aos 4 tipos de formação) nos tipos de resposta empática, apoio-consolo e de solução-do-problema.

Nestes, de forma estatisticamente significativa, constata-se que:

- O grupo de enfermeiros com formação inferior a 18 horas teve mais respostas do tipo de solução do problema comparativamente ao grupo de enfermeiros com formação especializada;

- O grupo de enfermeiros com formação básica teve mais respostas do tipo apoio-consolo e de solução do problema que o grupo de enfermeiros com formação especializada;
- O grupo de enfermeiros com formação avançada teve mais respostas do tipo de solução do problema que o grupo dos enfermeiros com formação especializada;
- Por último, o grupo dos enfermeiros com formação especializada teve mais respostas do tipo empático que todos os restantes grupos embora a diferença seja estatisticamente significativa em relação aos enfermeiros que têm formação básica em cuidados paliativos.

No entanto, todos os grupos de enfermeiros apresentaram o mesmo tipo de resposta empática como dominante pelo que o tipo de formação não pode ser considerado um fator determinante na escolha de um tipo de resposta em detrimento de outros.

No que diz respeito ao tipo de resposta empática, parece-me que mais uma vez, estas diferenças poderão estar acentuadas essencialmente devido ao treino comunicacional, que é exigido a formações mais especializadas (segundo as orientações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, 2004), e não ao número de horas de formação e/ou à teoria que é exposta, facto realçado pela diferença essencialmente significativa entre formação básica e formação especializada.

Seria mais lógico, que as diferenças para a formação especializada fossem mais relevantes com o tipo de formação inferior (menos de 18 horas), no entanto, é com a formação básica que as diferenças se acentuam o que nos conduz à ideia dos conteúdos deste tipo de formações, poderem ser muito variados não se encontrando estandardizados.

Não havendo evidências na literatura sobre a relação entre os tipos de resposta apoio-consolo e de solução do problema com os diferentes níveis de formação em cuidados paliativos, apenas poderemos fazer alusão ao facto de serem ambos tipos de respostas mais frequentes antes de se ter formação em cuidados paliativos (Bermejo et al, 2010 e 2012), correspondendo, antes de a uma necessidade de compreensão da pessoa, a uma atitude de “fix-it”, numa tentativa de lhe aliviar o sofrimento, sugerindo mais uma vez que os conteúdos expostos nos tipos de formação em cuidados paliativos,

com exceção da formação especializada, não determinam a adoção de uma atitude tendencialmente mais empática.

As relações encontradas entre esses tipos de resposta e os respetivos grupos de enfermeiros podem estar relacionadas com a possibilidade de em formações inferiores a 18 horas se exporem conteúdos essencialmente direccionados ao controlo da dor e restantes sintomas, determinando uma postura mais solucionadora de problemas; enquanto nas formações básicas, talvez abrangendo um pouco mais conteúdos psicossociais, motivem os enfermeiros a adotar uma postura de maior consolo perante a pessoa em fim de vida, no entanto, trata-se de uma interpretação pessoal sem fundamento bibliográfico.

Relativamente ao facto do grupo de enfermeiros com formação básica ter apresentado mais respostas do tipo apoio-consolo e de solução do problema que o grupo de enfermeiros com formação especializada reforça o já anteriormente referido no que diz respeito à maior eficácia de formação especializada, provavelmente por pressupor mais treino no âmbito da comunicação.

No que diz respeito ao estágio em cuidados paliativos, verificou-se que apenas existem diferenças entre os 2 grupos de enfermeiros (os que tiveram e os que não tiveram estágio) nos tipos de resposta empática e de solução do problema; nestes, o grupo de enfermeiros que já tiveram estágio em cuidados paliativos tem mais respostas do tipo empático que os enfermeiros que nunca tiveram estágio, e estes, por sua vez têm mais respostas do tipo de solução do problema comparativamente aos enfermeiros que tiveram já estágio em cuidados paliativos.

No entanto, em ambos os grupos de enfermeiros, o tipo de resposta que dominou foi o empático.

Também dos enfermeiros que não trabalham em cuidados paliativos, o tipo de resposta empático foi mais encontrado nos que tinham já tido um estágio, apesar do tipo de resposta predominante, quer tenham realizado estágio ou não, manter-se o empático.

Mais uma vez, apesar do facto de ter estágio ou não em cuidados paliativos não ser determinante para uma eleição específica de resposta espontânea, o treino e a prática demonstram uma escolha mais elevada do tipo de resposta empática, em detrimento de

respostas do tipo solução do problema – facto já constatado nos trabalhos de Bermejo (2010 e 2012).

Apesar de ser expectável a não relação dos diferentes tipos de resposta com a existência de estágio em cuidados paliativos, nos enfermeiros que já trabalham em serviços de cuidados paliativos, foi desenvolvida esta análise estatística confirmatória verificando-se que de facto não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem já teve ou não estágio de cuidados paliativos.

Este resultado seria o mais lógico e esperado uma vez que, havendo evidências que o tipo de serviço não determina o tipo de resposta preferencialmente eleito (ainda que mais enfermeiros de cuidados paliativos elejam o tipo de resposta empática), não faria sentido que a prática de estágio nestes serviços, em quem já trabalha nos mesmos, influenciasse o tipo de resposta utilizado.

Relativamente ao número de horas de estágio em Cuidados Paliativos observou-se uma associação moderada e estatisticamente significativa em sentido inverso com tipo de resposta de solução do problema; ou seja, quanto maior for o número de horas de estágio, menor será a tendência dos enfermeiros em dar respostas espontâneas do tipo solução problema, e vice-versa.

Novamente, a diminuição da tendência em eleger respostas do tipo solução do problema após a aquisição de formação e treino adequados em comunicação, constatada pelos autores, é evidenciada.

Apesar de não responder a questões de investigação previamente colocadas, não deixa de ser interessante observar alguns dados obtidos na correlação entre os diferentes tipos de resposta. Verifica-se pois, em ordem ascendente de grau de associação, que:

- Existe uma correlação muito baixa em sentido negativo entre o tipo de resposta de apoio-consolo e o tipo interpretativo;
- Existe uma correlação muito baixa em sentido positivo entre o tipo de resposta de apoio-consolo e o tipo de valorização;
- Existe uma correlação muito baixa em sentido positivo entre o tipo de resposta de apoio-consolo e o tipo solução-do-problema;
- Existe uma correlação baixa em sentido negativo entre o tipo de resposta de apoio-consolo e o tipo de investigação;

- Existe uma correlação baixa em sentido negativo entre o tipo de resposta de empático e o tipo de valorização ou juízo moral;
- Existe uma correlação moderada em sentido negativo entre o tipo de resposta de empático e o tipo apoio-consolo;
- Existe uma correlação baixa em sentido negativo entre o tipo de resposta de investigação e o tipo de valorização ou juízo moral.

Havendo apenas evidências teóricas de uma substituição de respostas do tipo apoio-consolo e de solução-do-problema por empáticas, após a aquisição de competências comunicacionais, assim como do proposto por Mucchielli no que concerne à verbalização de respostas empáticas numa relação de ajuda, em detrimento dos restantes tipos “a desaperceber”, verifica-se que faz algum sentido as relações inversas entre o tipo empático e os tipos apoio-consolo e de valorização.

Por outro lado, seria de esperar que os restantes tipos a “desaperceber” se relacionem em sentido positivo, em conformidade com estilos opostos ao empático, como se verifica entre o tipo apoio-consolo e os tipos de valorização e solução do problema.

As correlações negativas que se verificam entre o tipo de resposta de investigação e os tipos de valorização e de apoio-consolo, podem sugerir a tendência de utilizar as perguntas a par de um estilo comunicacional empático, como tentativa de compreender a pessoa, ainda que não elaboradas de forma aberta. Verifica-se através do número médio de respostas, que de facto, em todas as situações, foi o tipo de resposta mais utilizado pelos enfermeiros, a seguir à resposta empática que dominou todos os grupos especificados, indo de encontro à ideia de Mucchielli (1993) que considera ser um dos estilos mais utilizados pelos profissionais de saúde devido à sua necessidade em formular diagnósticos.

Esta investigação permitiu assim perceber que, apesar de não se poderem generalizar os resultados à população de enfermeiros portugueses, a resposta empática é utilizada de forma dominante tendo em conta todos os fatores em questão, e não sendo estes determinantes na eleição de um tipo de resposta diferente.

Soohbany (1999) corrobora esta evidência ao considerar que existe uma tendência crescente na enfermagem em considerar-se as habilidades de counselling na relação

terapêutica, ainda que possam ser combinadas com outras atividades de enfermagem ao mesmo tempo.

Tendo em conta o panorama atual do país, onde a diminuição dos recursos humanos nas instituições de saúde coloca peso sobre o trabalho dos enfermeiros, é importante que mesmo desenvolvendo outras atividades, não sejam esquecidas as estratégias de “counselling”; no entanto, não esquecendo que as mesmas de nada servem sem as atitudes básicas de autenticidade, aceitação incondicional e empatia, demonstradas não só pela técnica de resposta, como por outras, como a escuta ativa.

Ao serem respondidas todas as questões de investigação previamente elaboradas percebemos que o estilo de “counselling” mais encontrado nos enfermeiros é o empático, numa abordagem centrada na pessoa e com um uso de poder fundamentalmente facilitador/não diretivo apesar de em determinados grupos de enfermeiros serem encontrados mais tipos de resposta (sendo ou não do tipo empático) em detrimento de outros tipos.

A prática em cuidados paliativos parece ser o principal fator que influencia na eleição de maior número de respostas empáticas ainda que não fossem encontrados fatores estatisticamente determinantes na eleição deste tipo de resposta. Este facto pode estar relacionado com o reduzido número de enfermeiros participantes em determinados grupos, nomeadamente os do sexo masculino, os que têm experiência em cuidados paliativos, os que trabalham em serviços de cuidados paliativos e os dos diferentes tipos de formação, limitando a validade da comparação entre os mesmos, na relação com os diferentes tipos de resposta.

7. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

O presente estudo apresenta algumas limitações.

Como referido no capítulo anterior, o reduzido número de enfermeiros participantes em determinados grupos, poderá ter constituído uma limitação à validade da comparação entre os mesmos, na relação com os diferentes tipos de resposta.

Por sua vez, um erro amostral de 6% limita a generalização dos resultados para a população definida.

O instrumento de colheita de dados, com base no modelo do Exercício de Identificação de Resposta Espontânea, embora submetido a validação de conteúdo por diferentes peritos, está limitado à medição das suas variáveis e ao controlo de outras variáveis não consideradas e que poderiam influenciar na eleição de determinado tipo de resposta como sendo as características da pessoa ajudada ou do contexto.

Em futuras investigações sugere-se uma validação de constructo do instrumento de colheita de dados a analisar os tipos de resposta espontânea na comunicação em fim de vida na relação com diferentes variáveis que não foram contempladas neste estudo como as características da pessoa ajudada e sócio culturais do contexto de trabalho.

Na base da utilização deste tipo de questionário, a presença do investigador é desejável, no entanto, como já referido, alguns contextos de trabalho requereram 2 momentos distintos para entrega e recolha dos questionários. Esta condicionante pode ter limitado em certo grau a espontaneidade das respostas, ainda que tenham sido feitas diversas abordagens pessoalmente aos enfermeiros antes da recolha dos questionários, de forma a manter reforçada, o melhor possível, a importância do carácter espontâneo do questionário e inclusivamente mencionando que não deveria existir partilha entre colegas ou ser respondido em casa após o trabalho, evitando maior tempo de reflexão nas respostas.

Considero que, no questionário, a questão inerente ao tempo de experiência profissional em cuidados paliativos foi incorretamente elaborada uma vez que se questiona há quanto tempo trabalha o enfermeiro numa unidade de cuidados paliativos, não estando implícita a hipótese de experiência em caso de já ter trabalhado e não trabalhar atualmente; no entanto, aquando da entrega dos questionários esta questão foi sendo esclarecida pelo que se considerou inerente quer ao tempo presente quer ao passado, de experiência profissional em cuidados paliativos.

8. CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu perceber os tipos de respostas espontâneas que são dados preferencialmente pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida na relação com as variáveis demográficas sexo e idade, e as variáveis tempo de experiência profissional no geral e em cuidados paliativos, exercer funções em serviço de cuidados paliativos vs. serviço de não cuidados paliativos, formação em cuidados paliativos e respetivo número de horas e nível, formação em comunicação em saúde, psicologia, relação de ajuda e empática e em técnicas de comunicação, estágio em cuidados paliativos e respetivo número de horas.

Concluiu-se através dos resultados obtidos que, no geral, o tipo de resposta tendencialmente mais utilizado pelos enfermeiros perante situações de diálogo com pessoas ou familiares a viverem situações decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico reconhecidamente limitado, é o tipo empático seguido do tipo de investigação.

Verificou-se que todas as variáveis demonstraram não ser suficientes para ocasionar a escolha de determinado tipo de resposta espontânea em detrimento de outros tipos, no entanto, verificou-se a presença em maior número médio de respostas de determinado tipo em enfermeiros com características específicas.

Assim, constatou-se com significado estatístico a presença em maior número médio de resposta do tipo empático nos enfermeiros a exercerem funções em serviços de cuidados paliativos, nos enfermeiros com formação em cuidados paliativos e particularmente a um nível especializado, nos enfermeiros com formação no âmbito das técnicas de comunicação, relação de ajuda ou relação empática, nos enfermeiros sem qualquer tipo de formação em comunicação em saúde ou psicologia, e nos que já tiveram estágio em cuidados paliativos.

De uma forma estatisticamente significativa foi evidenciado também que os grupos dos enfermeiros que não têm formação em cuidados paliativos, que têm formação em cuidados paliativos a um nível básico, e os que não têm qualquer tipo de formação no âmbito das técnicas de comunicação, relação de ajuda ou relação empática foram os que tiveram mais respostas do tipo apoio-consolo.

Os grupos de enfermeiros com formação de cuidados paliativos inferior a 18horas, os que nunca tiveram estágio de cuidados paliativos e os que têm formações no âmbito

da comunicação em saúde ou psicologia foram os que apresentaram mais respostas do tipo de solução do problema.

Verificaram-se ainda algumas correlações estatisticamente significativas: uma menor tendência de respostas do tipo de investigação com o aumento da idade e do tempo de experiência profissional em geral, uma maior tendência de respostas do tipo de solução do problema com o aumento do tempo de experiência profissional mas menor tendência com o aumento do número de horas de estágio em cuidados paliativos e do tempo de experiência em cuidados paliativos; este também se relaciona com um aumento da tendência de eleição de respostas empáticas.

Desta forma, e face ao pouco consenso ainda existente no que se refere aos conteúdos das formações em cuidados paliativos e disciplinas associadas, verificou-se que a prática em cuidados paliativos adquirida quer através do próprio contexto de trabalho, quer através de estágios, ou em formações a nível especializado onde o treino comunicacional é considerado; é o principal fator que parece influenciar na adoção de uma atitude empática traduzindo-se em maior número médio de respostas empáticas, ainda que não fossem encontrados fatores estatisticamente determinantes na eleição de um tipo de resposta (empático ou não) em detrimento de outros, uma vez que em todos os grupos se verificou a dominância do tipo de resposta empático.

Face aos resultados obtidos, este estudo poderá contribuir para uma adequação em termos de conteúdo e métodos das formações existentes em cuidados paliativos, comunicação em fim de vida e temas associados, no sentido de se dar ênfase à prática das competências de comunicação.

A divulgação dos seus resultados, quer sob a forma de artigo científico, quer através da divulgação direta nas instituições de saúde que participaram no estudo, entre outras, permitirá alertar os profissionais para esta temática promovendo curiosidade, pesquisa e desenvolvimento profissional.

A aquisição de competências comunicacionais permitirá aos enfermeiros, perante situações temerosas como o final da vida, estabelecer relações terapêuticas mais eficazes na prevenção do sofrimento, contribuindo portanto para um aumento da satisfação quer dos profissionais, quer dos doentes e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, S. C., et al. 2011. How do non-physician clinicians respond to advanced cancer patients' negative expressions of emotions? *Supportive Care in Cancer: official journal of the multinational association of Supportive care in Cancer*. 2011, Vol. 19 (1), pp. 155-159.

Andrade, Teresa. 2007. *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2007. Tese de Doutoramento em Psicologia.

Antunes, Maria Inês e Moeda, António. 2005. Ao encontro da Morte - o impacto das emoções do médico no cuidados ao doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2005, Vol. 21, pp. 353-357.

Arranz, Pilar, et al. 2003. *Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelos y protocolos*. . Barcelona : Editorial Ariel Ciencias Medicas, 2003.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos. 2006. *Recomendações - Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos*. 2006.

Back, Anthony L., et al. 2009. Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. *Journal of Palliative Medicine*. 2009, Vol. 12 (12), pp. 1113-1117.

Barbosa, António. 2003. Pensar o Morrer nos Cuidados de Saúde. *Análise Social*. 2003, Vol. XXXVIII (166), p. 166.

Bayés, Ramón. 2005. Psicología y Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. 2005, Vol. 12 (3), pp. 137-138.

Bermejo, José Carlos e Martínez, Ana. 1998. *Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud - 2*. Maliaño (Cantabria) : Editorial Sal Terrae, 1998.

Bermejo, José Carlos. 1997. *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid : SanPablo, 1997.

Bermejo, José Carlos. 2011. *Introducción al counselling (relación de ayuda)*. Maliaño : Editorial Sal Terrae, 2011.

Bermejo, José Carlos, Carabias, Rosa Maza e Villaceros, Marta Durbán. 2012. Efecto de un curso de relación de ayuda sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de enfermería. *Gerokomos - Revista de la sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica y del grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas*. 2012, Vol. 23 (1), pp. 23-28.

Bermejo, José Carlos, et al. 2010. Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de Medicina. *Medicina Paliativa*. 2010, Vol. 17 (5), pp. 262-268.

Bernes, Kerry B. 2005. The Elements of Effective Counselling. *National Consultation on Career Development*. 2005.

Brock, Clive D. e Salinsky, J. 1993. Empathy, an Essential Skill for Understanding the Doctor-Patient Relationship in Clinical Practice. *Family Medicine*. 1993, Vol. 25 (4), pp. 245-249.

Buckman, Robert. 2002. Communications and emotions. Skills and effort are key. *British Medical Journal*. 2002, Vol. 325, p. 672.

Buckman, Robert, Tulskey, James e Rodin, Gary. 2011. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition? *Canadian Medical Association Journal*. 2011, Vol. 183 (5), pp. 569-571.

Bushinski, Robyn e Cummings, Kathleen. 2007. Pratices of Effective End-of-Life Communication between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings. *Creative Nursing*. 2007, Vol. N.º3, pp. 9-12.

Bushinski, Robyn L. e Cummings, Kathleen M. 2007. Pratices of effective End-of-life communication between Nurses and Patient/Families in two care settings. *Creative Nursing*. 2007, Vol. 3, pp. 9-12.

Cabodevilla, I., et al. 2005. Temores del profesional de atención primaria en el cuidado a la persona y su familia. *Medicina Paliativa*. 2005, Vol. 6 (3), pp. 104-107.

Conselho de Enfermagem. 2004. *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais - 2003*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2004.

2012. Definição termo Counselling in Oxford Dictionaries. *Oxford Dictionaries - The world's most trusted dictionaries*. [Online] Oxford University Press. , 2012. [Citação: 28 de Setembro de 2012.] <http://oxforddictionaries.com/definition/english/counselling?q=counselling>.

Dietrich, Georg. 1986. *Psicología general del counselling*. Barcelona : Herder, 1986. p. 14.

Direcção-Geral do Ensino Superior. 2012. *Ciclo de Estudos Conducente ao Grau de Mestre* . Lisboa : s.n., 2012.

Dowsett, S. M., et al. 2000. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psychooncology*. 2000, Vol. 9 (2), pp. 147-156.

Dunn, K. S., Otten, C. e Stephens, E. 2005. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 2005, Vol. 32 (1), pp. 97-104.

Dunne, K. 2005. Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*. 2005, Vol. 20 (13), pp. 57-64.

Egan, Gerard. 2010. *The Skilled Helper: a problem management and opportunity development approach to helping*. 9ª Edição. Belmont, USA : Brooks/Cole, Cengage Learning, 2010.

Ellison, Neil M. e Ptacek, J. T. 2002. Physician Interactions with Families and Caregivers After a Patient's Death: Current Practices and Proposed Changes. *Journal of Palliative Medicine*. 2002, Vol. 5 (1), pp. 49-55.

Fallowfield, Lesley. 2010. Communication with the patient and family in palliative medicine. [autor do livro] Geoffrey Hanks, et al. *Oxford Textbook of Palliative Care*. 4ª Edição. Oxford : Oxford University Press, 2010, 6.

Fallowfield, Lesley, et al. 2002. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2002, Vol. 359, pp. 650-656.

- Flórez, José António. 1997.** *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico.* Madrid : Azprensa, 1997.
- Gala León, F. J., et al. 2002.** Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense.* 2002, Vol. 30, pp. 39-50.
- Gama, Georgena, Barbosa, Filipe e Vieira, Margarida. 2012.** Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing.* 2012, Vol. 18 (6), pp. 267-273.
- García de Lucio, L., et al. 2000.** Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *Journal of advanced nursing.* 2000, Vol. 32 (2), pp. 425-431.
- Graham, Dexter Linsey. 1996.** *A critical review of the impact of counselling training: courses on trainees.* Durham : Durham Theses, Durham University, 1996.
- Hall, Judith A., et al. 1994.** Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology.* 1994, Vol. 13 (5), pp. 384-392.
- Haq, Cynthia, et al. 2004.** Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Family Medicine.* 2004, Vol. 36, pp. S43-S50.
- Herrero, Amor Aradilla e Tomás-Sábado, Joaquín. 2006.** Efectos de un programa de educación emocional. *Enfermería Clinica.* 2006, Vol. 16 (6), pp. 321-326.
- Hyde, Janet Shibley. 2005.** The gender similarities hypothesis. *American Psychologist Journal .* 2005, Vol. 60 (6), pp. 581-592.
- Kissane, David W., et al. 2010.** *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care.* Oxford : Oxford University Press, 2010.
- Lester, David. 1972.** Studies on death attitudes. *Psychological Reports.* 1972, Vol. 30, p. 440.

- Loggia, Marco L., Mogil, Jeffrey S. e Bushnell, Catherine M. 2008.** Empathy hurts: Compassion for another increases both sensory and effective components of pain perception. *Pain - International Association for the Study of Pain*. 2008, Vol. 136, pp. 168-176.
- Lussier, Marie-Thérèse e Richard, Claude. 2007.** Felling understood - expression of empathy during edical consultations. *Canadian Family Physician*. 2007, Vol. 53, pp. 640-641.
- Maguire, Peter e Faulkner, Ann. 1988.** Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *British Medical Journal*. 1988, Vol. 297 (6652), pp. 847–849.
- McMillan, Libba. 2010.** Teaching Nursing Students Empathic Communication: A Mandate from the Code of Ethics for Nursing. *The Online Journal of Health Ethics*. 2010, Vol. 6 (1), pp. 1-12.
- Mestre, María Vicenta, et al. 2009.** Are women more empathetic than man? A longitudinal study in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology* . 2009, Vol. 12 (1), pp. 76-83.
- Miller, William R. e Rollnick, Stephen. 1999.** *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona : Paidós, 1999. 8ª Impressão, 2011.
- Morse, Diane S., Edwardsen, Elizabeth A. e Gordon, Howard S. 2008.** Missed Opportunities for Interval Empathy in Lung Cancer Communication. *Arch Intern Med*. 2008, Vol. 168 (17), pp. 1853-1858.
- Mucchielli, Roger. 1993.** *Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio d'aiuto*. Trento : Edizioni Erikson, 1993.
- Neimeyer, Robert A., Wittkowski, Joachim e Moser, Richard P. 2004.** Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*. 2004, Vol. 28 (4), pp. 309-340.
- Nightingale, Stephen D., Yarnold, Paul R. e Greenberg, Michael S. 1991.** Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine*. 1991, Vol. 6 (5), pp. 420-423.

- Ordem dos Enfermeiros. 2009.** *Código Deontológico - Inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro.* 2009.
- Ozcan, C. T., Oflaz, F. e Bakir, B. 2012.** The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. *International Nursing Review.* 2012.
- Perez, Manuel. 1991.** *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff.* 2ªEdição. Bilbao : Ediciones Mensajero, 1991.
- Pestana, Maria Helena e Gageiro, João Nunes. 2003.** *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS.* 3ª Edição. Lisboa : Edições Sílabo, Lda., 2003.
- Pollak, K. I., et al. 2007.** Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 2007, Vol. 25 (36), pp. 5748-5752.
- Pollak, Kathryn I., et al. 2010.** Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? *Supportive care in cancer.* 2010, Vol. 18 (11), pp. 1405-1411.
- Ramirez, Amanda, Addington-Hall, Julia e Richards, Michael. 1998.** ABC of Palliative Care. The carers. *BMJ - British Medical Journal.* 1998, Vol. 316 (7126), pp. 208-211.
- Rogers, Carl. 1986.** *El proceso de convertirse en persona.* Barcelona : Paidós, 1986.
- Rolland, Roberta A. e Kalman, Melanie. 2007.** Nurses attitudes about end-of-life referrals. *Journal of the New York State Nurses Association.* 22 de Setembro de 2007.
- Rosenberg, M. e Molho, P. 1998.** Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia.* 1998, Vol. 4, pp. 335-340.
- Rosenzweig, Margaret Quinn. 2012.** Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *The Nurse Practitioner.* 2012, Vol. 37 (2), pp. 1-4.
- Rossa, Maria José Nobre Martins. 2007.** *A pessoa em fim de vida - vivências dos enfermeiros.* Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa -

Departamento de Bioética. 2007. Trabalho de investigação realizado para obtenção do grau de Mestre em Bioética.

Roter, Debra L., Hall, Judith A. e Aoki, Yutaka. 2002. Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. *JAMA - The Journal of the American Medical Association*. 2002, Vol. 288 (6), pp. 756-764.

Sapeta, Ana Paula Gonçalves Antunes. 2004. *Curriculo de Cuidados Paliativos. Linhas Gerais de Orientação para o nível pré-graduado em Enfermagem*. 2004.

Sapeta, Paula e Lopes, Manuel. 2007. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referência*. Junho de 2007, Vols. IIª Série - nº 4.

Saraiva, Dora Maria. 2009. Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*. Portuguesa, 2009, Vol. 244, pp. 1-11. Disponível na WWW: <URL:http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte&catid=205:abril-a-maio-2009>..

Schulman-Green, D., et al. 2005. Nurse's Communication of Prognosis and Implications for Hospice Referral: A study of Nurses Caring for Terminally ill Hospitalized Patients. *American Journal of Critical Care*. 2005, Vol. 14.

Soohbany, Mohammad S. 1999. Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'live. *Nurse Education Today*. 1999, Vol. 19 (1), pp. 35-40.

Task Force, European Association for Palliative Care. 2004. *A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe*. 2004.

Turner, J., Kelly, B. e Girgis, A. 2011. Supportive oncology health professionals: a review. *Psycho-oncologie*. 2011, Vol. 5 (2), pp. 77-82.

Twycross, Robert. 2003. *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2003.

Worden, William J. 2010. *Grief Counselling and Grief Therapy*. Hove East Sussex, UK : Routledge, 2010.

Wosket, Val. 2006. *Egan's skilled helper model: developments and applications in counselling.* Canada & USA : Routledge, 2006.

Yedidia, Michael J., et al. 2003. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA - The Journal of the American Medical Association.* 2003, Vol. 290 (9), pp. 1157-1165.

ANEXOS

I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar 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.

No âmbito de um Mestrado em Cuidados Paliativos, realizado através da *Universidade Católica Portuguesa – Lisboa*, encontramos-nos a desenvolver um trabalho de investigação que se intitula “Respostas Espontâneas dos Enfermeiros na Comunicação no Cuidar em Fim de Vida”.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal e não experimental, ou seja, basear-nos-emos num determinado referencial teórico pretendendo-se descrever variáveis, não manipuladas, e identificar possíveis relações entre as mesmas, através da aplicação de um questionário num único momento.

Para tal delimitamos como objetivos do estudo:

- ✓ Identificar o tipo de resposta espontânea preferencialmente dado pelos enfermeiros no cuidar em fim de vida;
- ✓ Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e a sua formação em Cuidados Paliativos;
- ✓ Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e o tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional em Cuidados Paliativos;
- ✓ Analisar a relação entre os tipos de resposta espontânea dados pelos enfermeiros e variáveis de caracterização.

Desta forma, viemos por este meio requerer a sua participação neste estudo através do preenchimento de um questionário cujos dados obtidos permanecerão confidenciais e serão exclusivamente utilizados para o estudo. A sua participação neste estudo é voluntária e passível de desistência a qualquer momento que deseje.

Com melhores agradecimentos,

Sónia Raquel Ferreira Godinho

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. 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.

Assinatura:

Data: / /

II – Questionário

Questionário

O presente questionário integra-se num projeto de Investigação desenvolvido no âmbito de um Mestrado em Cuidados Paliativos, na *Universidade Católica Portuguesa – Lisboa*, com o título “Respostas Espontâneas dos Enfermeiros na Comunicação no Cuidar em Fim de Vida”.

Com este questionário pretende-se conhecer os tipos de resposta mais comumente dados pelos enfermeiros num diálogo com um doente/família que vivenciam no momento uma situação de fim de vida.

O questionário é composto por algumas perguntas iniciais de resposta aberta, que permitem realizar alguma caracterização da população que responde ao questionário, e por 10 perguntas de resposta fechada, correspondentes a 10 situações exemplo de diálogo no âmbito do cuidar em fim de vida, no qual são propostas em cada uma delas 6 hipóteses de resposta, devendo escolher apenas uma para cada situação. Leia com atenção cada pergunta na sua totalidade antes de responder. Algumas respostas parecerão à primeira vista iguais, no entanto, diferem, ainda que seja apenas na sua pontuação e portanto na sua intenção.

Estamos interessados nas suas respostas espontâneas pelo que lhe pedimos que opte pela resposta mais aproximada ao que diria em situação idêntica, sem partilhar ideias com outras pessoas e sem refletir muito na sua resposta ou na que considera ser a mais correta. Agradecemos que responda às perguntas de forma sequencial e não volte atrás para mudar respostas anteriores.

Se aquilo que pretendemos saber com alguma questão não for claro, por favor, não hesite em pedir esclarecimento no momento. Para maior sustentabilidade dos resultados deste estudo, é importante que responda a todas as questões, no entanto, a participação neste estudo é voluntária e passível de desistência a qualquer momento que deseje.

A informação recolhida permanecerá confidencial sendo exclusivamente utilizada para o estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Sónia Godinho

Idade: _____

Sexo: F M

Serviço onde exerce funções: _____

Tempo de experiência profissional em Enfermagem (em anos): _____

Se trabalha numa equipa de Cuidados Paliativos, refira há quanto tempo (em anos): _____

Tem ou teve alguma formação em Cuidados Paliativos?

Sim Não

Se sim, que tipo de formação e o número de horas aproximado? _____

Já realizou algum estágio de trabalho numa Unidade de Cuidados Paliativos?

Sim Não

Se sim, refira o número de horas do mesmo. _____

Tem alguma licenciatura/pós-graduação/mestrado/doutoramento no âmbito da *comunicação em saúde/psicologia*? Sim Não

Se sim, refira qual: _____

Tem alguma formação no âmbito da relação de ajuda/técnicas de comunicação/relação empática? Sim Não

Se sim, refira qual e número aproximado de horas: _____

Situações-exemplo

Nas páginas seguintes encontrará 10 situações-exemplo de um diálogo entre um enfermeiro e um doente/familiar a vivenciar uma experiência de fim de vida, seguidos de 6 propostas possíveis de resposta. Assinale na quadrícula respetiva com um “X” de entre as mesmas, apenas 1 opção – a que corresponda ao exemplo mais semelhante com o que daria nesta situação. Relembramos que o objetivo deste questionário não se trata de o avaliar pelo que não deverá escolher a opção que pensa ser a mais correta mas sim a que corresponderia à sua resposta mais espontânea!

Situação 1

Sr. Joaquim (34 anos), internado com diagnóstico de carcinoma do estômago em estado avançado.

Após o período de visitas num hospital, ao aproximar-se do Sr. Joaquim, repara que este se encontra a chorar e ao olhar para si, diz-lhe: “Estou cansado! Por muitos psicólogos que falem comigo, não consigo aceitar a minha morte!”

Respostas:

- “Compreendo o que me diz! Mas acho que devia tentar ser mais positivo, as pessoas estão a dar-lhe todo o apoio, não acha...”
- Está a ser muito difícil para si...”
- “Diz isso porque acabou de estar com o seu filho...”
- “Vá...não diga isso, verá que tudo irá correr bem!”
- “Sabe...eu acho que apesar de tudo deveria continuar a ver o psicólogo...parece-me sempre melhor após estar com ele, e a sua família também fica mais descansada!”
- “Cansa-o continuar a ver o psicólogo?”

Situação 2

D. Beatriz (75 anos), acamada há 2 anos, diagnóstico de carcinoma da mama com metástases ósseas. Após executar cuidados à ferida trocantérica, em contexto domiciliário, D. Beatriz diz-lhe: “Nem sei porque é que ainda continua a vir cá!”.

Respostas:

- “Diz isso porque tem falta de esperança...”
- “Oh D. Beatriz...se isso alguma vez se diz! Faço todo o gosto em cá vir; poderá apenas agradecer-me...”
- “Acha que a minha vinda cá não a ajuda?”
- “Não diga isso D. Beatriz! Isto não é nada e a sua ferida está muito melhor!”
- “Porque me diz isso D. Beatriz?”
- “Acho que deveria continuar o tratamento pois quando a ferida cicatrizar, vai sentir-se melhor.”

Situação 3

Sr. António (69 Anos), internado pela 4ª vez em 6 meses por Insuficiência Cardíaca Crónica Descompensada. Encontra-se com dispneia e diz: “Tenho medo de morrer!”

Respostas:

- “Não posso imaginar o que está a passar pois só você o está a viver, mas percebo que tem muito medo...”
- “Acha que vai morrer de falta de ar?”
- “Sente medo agora pois está com falta de ar mas a seguir vai passar...verá!”
- “Não diga uma coisa dessas Sr. António!”
- “Calma...já vai passar... Lembra-se do senhor Joaquim? Na noite passada também estava assim e agora já está bom!”
- “Tente acalmar-se e respire fundo!”

Situação 4

A D. Fernanda (42 anos), com esclerose lateral amiotrófica e internada na Unidade de Cuidados Paliativos, encontra-se com a visita do seu esposo. A meio da conversa entre os dois, você aparece e a D. Fernanda diz acenando com a cabeça para si: “Os enfermeiros não me vão deixar morrer, pois não, Sr.(a) enfermeiro (a)?”

Você responde:

Respostas:

- “Não pense nisso agora D. Fernanda...num momento tão bom agora com o seu marido, aproveite! *(sorriso para ela)*”
- “E se deixar de falar na morte e falar mais na sua vida? *(sorriso para ela)*”
- “Sempre tão positiva... *(sorriso para ela)*”
- “ *(sorriso para ela)* Mas o que tem estado a conversar com o seu marido?”
- “Estaremos sempre aqui para o acompanhar em qualquer fase *(sorriso para ela)* ...mas parece-me estar preocupada com a evolução da sua saúde...é isso?”
- “Parece querer confirmar que sempre estaremos aqui a seu lado... *(sorriso para ela)*”

Situação 5

Sr. Nuno (82 anos), internado por carcinoma do pulmão. Queixa-se de anorexia e astenia, principalmente à hora do jantar. Ao aproximar-se junto da mesa de refeição onde o Sr. Nuno se encontra com a filha, esta aborda-o, dizendo: “Sr.(a) Enfermeiro(a), não sei mais o que fazer...Nunca come nada!”

Respostas:

- “Poderia negociar com ele a quantidade que come a cada refeição...”
- “Percebo que se tem esforçado bastante para apoiar o Sr. Nuno...”
- “Acha que comendo mais, irá melhorar...”
- “Acho que faz muito bem preocupar-se...mas na fase em que se encontra deixe que seja o Sr. Nuno a decidir o que quer comer...”
- “Gostaria que lhe trouxesse outro tipo de comida?”
- “Não se preocupe, ele comeu melhor hoje ao almoço!”

Situação 6

Carmo (27 anos), irmã de Rosário (29 anos) que faleceu por carcinoma do útero em estado avançado, foi ao serviço onde a sua irmã esteve internada antes de morrer para agradecer à equipa de saúde. Numa conversa consigo diz: “Não consegui dizer-lhe adeus... (chora) ”

Você coloca a mão no seu ombro e diz:

Respostas:

- “É normal que se sintá assim...”
- “Tenho a certeza que ela sabe tudo o que lhe queria dizer...”
- “Parece-me que ainda está a ser muito difícil para si...”
- “É sempre difícil conseguirmos dizer adeus a quem gostamos tanto...”
- “Poderia falar com ela quando reza ou na sua cama e dizer-lhe tudo o que sente que poderia ter dito e não disse...”
- “Mas agora que ela já foi, e depois de tanto tempo, já se sente um bocadinho melhor?”

Situação 7

Sr. José (53 anos), com diagnóstico de doença incurável, vai a consulta da dor fazer reavaliação. Na avaliação de enfermagem é recebido por si com um “Bom dia Sr. José! Como se encontra?”

Ao que responde: “Bom dia Sr. (a) Enfermeiro (a)! Olhe, para aqui ando...”

Você responde:

Respostas:

- “Para aqui anda...”
- “Sim, é aborrecido andar sempre a caminhar para o hospital...”
- “Não acho que esteja assim tão mal para me dizer isso!”
- “Vai ver que tudo vai melhorar...”
- “Fazemos a consulta rápida para poder ir à sua vida!”
- “Anda aborrecido de ter de vir às consultas todas as semanas?”

Situação 8

Maria (70 anos), com esclerose múltipla, recorre ao serviço de urgência por febre e queixas urinárias. Aquando da avaliação de enfermagem refere, suspirando e com voz baixa: “Deus tem-me castigado bem!”

Respostas:

- “Não diga isso, Deus ama-a e irá ajudá-la a sentir-se melhor...”
- “Acha que é Deus o culpado pelo que está a viver?”
- “A D. Maria é uma pessoa muito religiosa...”
- “A D. Maria é uma pessoa muito religiosa?”
- “Castigado...? (*pausa*)”
- “Se tem a ideia que é um castigo, poderia fazer algo que pensa que O irá agradar...”

Situação 9

Sr. Vítor (35 anos), internado na Unidade de Cuidados Paliativos por dor não controlada e doença temporária da sua esposa, que é a sua cuidadora principal.

*Num momento de prestação de cuidados de higiene ao Sr. Vítor este refere-lhe:
“Mais valia morrer...ando a fazer mal à minha mulher!”*

Você responde:

Respostas:

- “Pelo que me diz, entendo que está a ser muito difícil para si ver a sua esposa doente...”
- “A sua esposa está a melhorar e sempre que ela se sentir mais em baixo, você poderá passar uns dias connosco até ela recuperar.”
- “Acho que está a pensar mal Sr. Vítor...e penso que morrer também não seria a melhor solução para aliviar a sua esposa...”
- “Sente que é uma cruz para a sua mulher...”
- “A sua esposa não está melhor?”
- “Não pense essas coisas Sr. Vítor...você e a sua esposa vão melhorar e em breve já estarão novamente juntos na vossa casa.”

Situação 10

D. Manuela (36 anos), internada na Unidade de Cuidados Paliativos, cerca das 04h está deitada na cama de luz acesa, olhos abertos parecendo pensativa.

Numa ronda pelos quartos você pergunta: “D. Manuela, como está?”, ao que a mesma responde “Sem sono!”.

Você aproxima-se da sua cama e diz:

Respostas:

- “Você tem sempre dificuldade em adormecer no princípio da noite...Daqui a nada sem se aperceber já estará a dormir...”
- “Já é tarde...devia dormir!”
- “Quer que lhe traga algum medicamento para ajudar a descansar?”
- “Humm...Sem sono...”
- “Trago-lhe já um comprimido para a ajudar a descansar...”
- “Está a pensar muito...e perde o sono.”

Muito obrigada pela sua colaboração!