

*Millenium, 2(ed espec nº2), 41-56.*

**ESTRUTURA FATORIAL DA ESCALA DE DIGNIDADE EM DOENTES COM NECESSIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**THE FACTORIAL STRUCTURE OF DIGNITY SCALE IN THE CARE OF PATIENTS WITH PALLIATIVE NEEDS**

**ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DE DIGNIDAD EN ENFERMOS CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

*Madalena Cunha<sup>1,2</sup>*

*Nuno Loureiro<sup>1,3</sup>*

*João Duarte<sup>1,2</sup>*

*Fátima Carvalho<sup>1,3</sup>*

<sup>1</sup>*Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal*

<sup>2</sup>*Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, Viseu, Portugal.*

<sup>3</sup>*CHTV, Viseu, Portugal*

Madalena Cunha - madac@iol.pt | Nuno Loureiro – nunodeloureiro@gmail.com | João Duarte - duarte.johnny@gmail.com |  
Fátima Carvalho - fcristinalcarvalho@gmail.com

---

**Autor Correspondente**

*Madalena Cunha*

Escola Superior de Saúde, Rua D. João Gomes Crisóstomo de Almeida, nº102  
3500-843 Viseu, Portugal  
madac@iol.pt

RECEBIDO: 08 de maio de 2017

ACEITE: 25 de maio de 2017

## RESUMO

**Introdução:** A *Escala de Dignidade do Doente (The Patient Dignity Inventory)* de Chochinov et al., (2008) foi projetada para medir várias fontes de sofrimento relacionadas com a dignidade entre os pacientes que se aproximam do fim de vida. Considerando que alguns doentes poderão estar a sofrer e perecer com diminuição da sua dignidade e que o conhecimento acerca desta problemática é ainda deficitário, impõe-se desenvolver investigação clínica e académica neste domínio.

**Objetivos:** Avaliar as propriedades psicométricas, nomeadamente a estrutura fatorial e a consistência interna; Classificar a dignidade autopercebida pela pessoa com necessidade de cuidados paliativos.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional e foco transversal, realizado em contexto paliativo, numa amostra de 83 participantes com uma média de 70,95 anos, sendo 50,6% mulheres.

Foi estudada a consistência interna e realizada uma análise fatorial confirmatória da *Escala de Dignidade do Doente (The Patient Dignity Inventory)*, Chochinov et al., (2008).

**Resultados:** O estudo da consistência interna da escala de dignidade confirmou a estrutura original, apresentando 5 fatores: fator 1- Presença de Sintomas ( $\alpha = 0.902$ ); fator 2 - Sofrimento Existencial ( $\alpha = 0.895$ ); fator 3 - Paz Interior ( $\alpha = 0.701$ ); fator 4 – Dependência ( $\alpha = 0.872$ ); fator 5 - Suporte Social ( $\alpha = 0.962$ ). O valor de Alfa de Cronbach para o global da *Escala de Dignidade do Doente* foi de 0,962.

Cerca de 57% das mulheres e 43 % dos homens autopercebem uma dignidade positiva.

**Conclusões:** Esta investigação constitui mais um passo no estudo das propriedades psicométricas da *Escala de Dignidade do Doente*, numa amostra da população portuguesa. O estudo comparativo da presente investigação com os resultados obtidos por Chochinov et al. (2008) revelou que no presente estudo os valores de consistência interna nos vários fatores e na nota global são mais robustos.

Os resultados obtidos sugerem que a identificação de fatores preditores da dignidade em pessoas com necessidades paliativas potencia o desenvolver e implementação de estratégias clínicas para a sua promoção o que poderá ser um importante contributo para futuras investigações e prática clínica.

**Palavras-Chave:** Estrutura fatorial; Sofrimento; Pessoaalidade; Dignidade; Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The *Patient Dignity Inventory* of Chochinov et al. (2008), was projected to measure sources of dignity related suffering among patients approaching the end of life. Considering that some patients may be suffering and perishing with their dignity decrease and that knowledge about this problem is still deficient, it is necessary to develop clinical and academic research in this field.

**Objective:** Evaluate the psychometric properties, namely the factorial structure and the internal consistency; Classify self-perceived dignity by the person in need of palliative care.

**Methods:** A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was carried out in a palliative context, in a sample of 83 participants (50.6% women), with a mean of 70.95 years.

Internal consistency was studied and the content validated by the *Patient Dignity Inventory (PDI)*, Chochinov et al., (2008).

**Results:** The study of the internal consistency of the dignity scale confirmed the original structure, presenting 5 factors: Factor 1 - Presence of Symptoms ( $\alpha = 0.902$ ); Factor 2 - Existential Suffering ( $\alpha = 0.895$ ); Factor 3 - Inner Peace ( $\alpha = 0.701$ ); Factor 4 - Dependence ( $\alpha = 0.872$ ); Factor 5 - Social Support ( $\alpha = 0.962$ ). The Cronbach's alpha value for the overall Patient Dignity Scale was 0.962.

About 43 % of women and 57% of men self-perceive a positive dignity.

**Conclusions:** This research constitutes a further step, in the study of the psychometric properties of the Patient Dignity Inventory, in a sample of the Portuguese population. The comparative study of the present research, with the results obtained by Chochinov et al. (2008) revealed, that in the present study, the values of internal consistency in the various factors and the overall score are more robust.

The results suggest that the identification of dignity predictive factors, in people with palliative needs, can develop and implement clinical strategies for their promotion, which can be an important contribution to future research and clinical practice.

**Keywords:** Factor structure; Suffering; Personhood; Human Dignity; Palliative care

## RESUMEN

**Introducción:** La *Escala de Dignidad del Enfermo (The Patient Dignity Inventory)* de Chochinov et al., (2008) fue proyectada para medir varias fuentes de sufrimiento relacionadas con la dignidad entre los pacientes que se acercan al final de la vida.

Considerando que algunos enfermos podrán estar sufriendo y pereciendo con disminución de su dignidad y que el conocimiento sobre esta problemática es todavía deficitario, se impone desarrollar investigación clínica y académica en este dominio.

**Objetivos:** Evaluar las propiedades psicométricas, sobre todo la estructura factorial y la consistencia interna; Clasificar la dignidad autopercepcionada por la persona con necesidad de cuidados paliativos.

**Métodos:** Estudio de naturaleza cuantitativa, descriptivo correlacional y foco transversal, realizado en contexto paliativo, en una muestra de 83 participantes (50,6% mujeres), con un promedio de 70,95 años.

Fue estudiada la consistencia interna y realizado un análisis factorial confirmatorio de la *Escala de Dignidad del Enfermo (The Patient Dignity Inventory)*, Chochinov et al., 2008).

**Resultados:** El estudio de la consistencia interna de la *Escala de Dignidad del Enfermo* confirmó la estructura original, presentando 5 factores con consistencia interna adecuada: factor 1 - Presencia de Síntomas ( $\alpha = 0.902$ ); factor 2 - Sufrimiento Existencial ( $\alpha = 0.895$ ); factor 3 - Paz Interior ( $\alpha = 0.701$ ); factor 4 - Dependencia ( $\alpha = 0.872$ ); y factor 5 - Soporte Social ( $\alpha = 0.962$ ).

El valor de Alfa de Cronbach para el global de la *Escala de Dignidad del Enfermo* fue de 0,962.

Cerca de 43% de las mujeres y de 57% de los hombres autopercepcionan una dignidad positiva.

**Conclusiones:** Esta investigación constituye un paso más en el estudio de las propiedades psicométricas de la *Escala de Dignidad del Enfermo*, en una muestra de la población portuguesa. El estudio comparativo de la presente investigación con los resultados obtenidos por Chochinov et al. (2008) reveló que, en el presente estudio, los valores de consistencia interna en los varios factores y en la nota global son más robustos.

Los resultados obtenidos sugieren que la identificación de factores predictores de la dignidad en personas con necesidades paliativas favorece el desarrollar e implementación de estrategias clínicas para su promoción, lo que podrá ser un importante aporte para futuras investigaciones y práctica clínica.

**Palabras-Clave:** Estructura factorial; Sufrimiento; Personabilidad; Dignidad; Cuidados Paliativos.

## INTRODUÇÃO

A dignidade em saúde é uma questão proeminente na contemporaneidade do quotidiano clínico, o que faz surgir a discussão sobre a sua definição enquanto conceito amplo, vasto e complexo e ainda na sua aplicabilidade nos diferentes contextos humanos e de saúde. Dignidade é um conceito para o qual não existe uma definição consensual, apesar de ser utilizado coloquialmente na linguagem diária e em documentos científicos e normativos, (Julião, 2014). É definida como o valor particular que tem todo o homem como homem, isto é, como ser racional e livre, como pessoa ou ainda como uma qualidade moral que infunde respeito, ou ainda um modo digno de proceder, como uma consciência do próprio valor. (Dicionários Porto Editora, 2017)

Como referia Kant (2005, p.77) “no reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade”.

Errasti-Ibarrondo, García, Varcárcel, & Solabarrieta (2014) referem na sua revisão da literatura que estamos sob a alçada de um conceito ambíguo e complexo e dividem, em termos latos, a dignidade em duas grandes categorias: a dignidade humana e a dignidade social. Esta última é consequência da primeira pelo seu reconhecimento e como tal pode ser reconhecida, comparada, experimentada, ganha ou removida pela interação social; pode ser subjetivada e depende da própria experiência e autoconsciência da pessoa.

Jacobson (2009) refere que a dignidade social envolve dois aspetos que se relacionam intimamente, a auto-dignidade, a dignidade que cada um percebe e a dignidade relacional. A primeira reflete um valor, a valorização do indivíduo através dos seus atos e palavras inseridos num contexto temporal e espacial. A segunda diz respeito à interação, à relação da pessoa com os outros e à percepção que tem de si mesma neste círculo. Como daqui se afere a dignidade social pode ser aumentada ou diminuída por atos da própria pessoa ou pela simples interação com os outros.

A dignidade é um termo basilar em Direitos Humanos e em Cuidados de Saúde. Jacobson (2009) afirma a interdependência e a importância entre os dois campos para a plena afirmação do conceito. Também os códigos deontológicos e várias profissões têm como pilar estrutural este conceito. Entende-se assim que a dignidade é uma componente inalienável, inerente e intrínseca da condição humana. (Errasti-Ibarrondo et al. 2014). Advoga-se por isso ser um dos pilares em que assenta a filosofia da ação paliativa na área da saúde.

O considerável salto investigacional qualitativo e quantitativo da dignidade deu-se porém, com o trabalho de Chochinov et al. (2008) com a construção do *Modelo da Dignidade de Doentes em Fim de Vida* e com a posterior criação da *Terapia da Dignidade*, (Julião, 2014), fornecendo orientações para a definição da finalidade e objetivos do seu estudo, bem como para a

implementação de estratégias de intervenção clínica. Na atualidade portuguesa faz particular sentido a sua implementação para efetivação e suporte às intervenções de cuidar dirigidas aos doentes que independentemente do estágio do ciclo vital em que se encontram, manifestam necessidades de cuidados paliativos.

## 1. MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa descritivo correlacional, com foco transversal, realizado em contexto paliativo, numa amostra de 83 participantes (50,6% mulheres), com uma média de 70,95 anos.

Os objetivos deste estudo consistiram em avaliar as propriedades psicométricas e classificar a dignidade auto percebida pela pessoa com necessidade de cuidados paliativos.

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória e estudou-se a consistência interna da *Escala de Dignidade do Doente (The Patient Dignity Inventory)*, (Chochinov et al., 2008).

### 1.1 - Participantes

A amostra em estudo é constituída por doentes adultos com necessidade de cuidados paliativos, hospitalizados em Unidades de Cuidados Paliativos (em serviços de internamento) residentes em Portugal continental. A técnica de amostragem foi não probabilística accidental, ficando a mostra constituída por 83 doentes (41 homens e 42 mulheres) em regime de internamento em unidades de Viseu, Aveiro, Porto, Coimbra, Castelo Branco, Lisboa e Setúbal. A seleção da amostra reuniu os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos, não apresentar alterações neurológicas, estar orientado e necessitar de cuidados paliativos segundo o referencial da Organização Mundial de Saúde cit in Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, (APCP) (2017), que os define como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico, limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”* (APCP, 2006, p. 2). Os cuidados paliativos são por isso *“uma resposta ativa aos problemas decorrentes de doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos rigorosos, que combinam ciência e humanismo”* (APCP, 2017).

O perfil sociodemográfico da pessoa com necessidades paliativas revela ser do género feminino (50,6%), com cerca de 71 anos ( $\pm 12,77$ ), (mínima de 38 anos e máxima de 93 anos), solteiro, divorciado ou viúvo (50,6%), residindo em meio rural (65,1%), auferindo de rendimento profissional semelhante ao ordenado mínimo nacional (75,9%), instrução literária baixa (54,2%), e com prática de uma religião (94,0%).

### 1.2 - Procedimentos ético-legais e formais

O presente estudo obteve parecer favorável nº 12/2014, da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e autorização formal para colheita de dados das instituições com doentes em regime de internamento em cuidados paliativos.

Para o preenchimento dos questionários foi realizada uma explicação sobre os objetivos do estudo, obtendo-se a participação dos doentes de forma voluntária.

Foi assegurado aos participantes, após consentimento informado, confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

Para o tratamento estatístico, recorreu-se ao programa *Statiscal Package Social Science (SPSS) 23*.

### 1.3 - Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de recolha de dados, foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfico (questionário add hoc) e a *Escala de Dignidade do Doente (The Patient Dignity Inventory)* adaptado de Chochinov et al., (2008), versão portuguesa de Gonçalves (2009).

Chochinov, et al. (2008), publicaram no *“Journal of Pain and Symptom Management”*, um instrumento desenvolvido com a finalidade de reconhecer e medir o sofrimento relacionado com a perda de dignidade: o *“Patient Dignity Inventory”*. Esta escala de autoavaliação é constituída por 25 afirmações, que estudam a influência das diferentes dimensões que o modelo apresentado tem no sentimento de dignidade dos doentes, (Gonçalves, 2012).

Cada um dos 25 itens foi classificado numa escala tipo Likert de cinco pontos (1 *“nenhum problema”*; 2 *“um pequeno problema”*; 3 *“um problema”*; 4 *“um grande problema”*; 5 *“um problema enorme”*), sendo que a scores mais elevados corresponde maior presença de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade. Segundo Chochinov, et al., (2011) um score  $\geq 3$ , traduz um elevado sofrimento relacionado com o sentido de dignidade.

No processo de validação da escala, os autores originais aplicaram-na a 253 doentes tendo obtido um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,93, o que permite afirmar que o instrumento apresentou uma muito boa consistência interna. Da análise fatorial realizada resultaram cinco fatores que explicam 58% da variância explicada e que designaram por (1) Presença de Sintomas, constituído pelos itens 3, 5, 6, 7, 8 e 9; (2) Sofrimento Existencial, com os itens 4, 11, 12, 13, 14 e 18; (3) Paz Interior, constituído pelos itens 15, 16 e 17; (4) Dependência, constituído pelos itens 1, 2 e 20; (5) Suporte Social, constituído pelos itens 21, 22 e 25. (Chochinov, et al., 2008)

Após ter sido concedidas a autorização dos autores da escala, iniciou-se a avaliação das suas propriedades métricas principalmente os estudos de validade e de fiabilidade ou fidelidade. Estes dois constructos são essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados de um instrumento (Coutinho, 2014).

A validade refere-se à qualidade dos resultados de investigação no sentido de os podermos aceitar como factos inquestionáveis, enquanto a fiabilidade nos assegura se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador (Coutinho, 2014).

A estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens são as formas mais conhecidas de expressar a fidelidade (confiabilidade) de um instrumento. Contudo, a consistência interna ou homogeneidade dos itens, é a única medida possível de obter quando se possui um único teste que é administrado uma única vez. Esta refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento. Para a sua obtenção, o coeficiente a calcular deverá ter sempre presente a média das correlações entre todos os itens ou partes e o número de itens ou partes.

Reportando ao nosso estudo, a consistência interna ou homogeneidade dos itens foi orientada realizando-se os seguintes passos:

- Determinação do poder discriminativo que é obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global, procurando determinar o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global, dado que um item é tanto mais discriminativo quanto maior discrepância proporcionar entre dois grupos (valores mais altos e mais baixos da escala).

A determinação do coeficiente de correlação de Pearson deriva do facto de possuímos dois meios testes mais curtos que o original. A fidelidade do teste é sensível ao número e questões. Teoricamente, os valores de fidelidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1. Embora não haja regras muito rígidas, o ideal será que o coeficiente seja o mais elevado possível. A partir de 0,8 a consistência interna é considerada de muito boa. Pestana & Gageiro (2008) aponta como valores de referência: superior a 0,9 “muito boa”; entre 0,8 e 0,9 “boa”; entre 0,7 e 0,8 “média”; entre 0,6 e 0,7 “razoável”; entre 0,5 e 0,6 “má”; inferior a 0,5 “inaceitável”.

- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, que é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert. Em termos de procedimento, o alfa de Cronbach exige uma única aplicação do teste, mas em termos matemáticos procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados da prova se associa ao somatório da variância item a item (Coutinho, 2014).

Neste estudo, estudamos apenas algumas das propriedades psicométricas, nomeadamente os estudos de consistência interna dos itens.

Realizámos análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando o software AMOS 22 (Analysis of Moment Structures). Foi considerada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança Maximum-Likelihood Estimation (MLE) para estimação dos parâmetros.

Na análise do modelo fatorial (Maroco, 2014) tivemos em consideração os seguintes indicadores de qualidade de ajustamento global:

- Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de ajustamento, que comprova a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor do  $\chi^2$  estatisticamente significativo indica discrepâncias entre os dados e o modelo teórico que está a ser testado. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o qui quadrado pior o ajustamento.
- Razão entre qui quadrado e graus de liberdade ( $\chi^2/gl$ ), avalia a qualidade do modelo per se. Considera-se ajustamento “perfeito” se ( $\chi^2/gl$ ) for igual a 1, “bom” quando inferior a 2, “aceitável” inferior a 5 e “inaceitável” para valores superiores a 5.
- Índice de Qualidade do Ajuste (GFI – Goodness of Fit Index) e Índice de Qualidade do Ajuste Ajustado (AGFI - Adjusted Goodness of Fit Index), que é ponderado em função dos graus de liberdade do modelo, em relação ao número de variáveis consideradas. São recomendados valores do GFI e AGFI superiores ou próximos a 0,95 e 0,90, respetivamente. Estas estatísticas não são influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes.
- CFI (Comparative Fit Index) é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1 indicadores de melhor ajuste, com 0,90 sendo a referência para aceitar o modelo.

- Raíz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation). Em relação aos valores da RMSEA, recomendam-se valores próximos a 0,06 e 0,08, respetivamente (Hu & Bentler, 1999), com intervalo de confiança de 90%, interpretam-se valores altos como indicação de um modelo não ajustado.
- Root mean square residual (RMR), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento, com o RMR=0 a indicar um ajustamento perfeito.
- Standardized root mean square residual (SRMR), é uma medida absoluta de ajuste e é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0,08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste.

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens ( $r^2$ ). Foi ainda avaliada a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada um dos fatores. Os valores de referência para as cargas fatoriais são de 0,50 e da fiabilidade individual 0,25.

A fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens relativos ao fator, indicando o grau em que estes itens são consistentemente manifestações do fator. De forma geral, considera-se que uma  $FC \geq 0,70$  é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores.

A variância extraída média permite-nos avaliar a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, o comportamento desses itens é explicado essencialmente por esse fator (Maroco, 2014). Como valores de referência é usual considerar valores de  $VEM \geq 0,50$ , como indicadores de validade convergente adequada.

## 1. RESULTADOS

Procedeu-se de acordo com os objetivos delineados à avaliação da consistência interna e análise fatorial confirmatória da *Escala de Dignidade do Doente*. Foram inicialmente estudadas as estatísticas (médias e desvios padrão), as correlações entre cada item e o valor global o que permite observar como o item individual se relaciona com o valor global.

### 2.1 - Estudo Psicométrico da *Escala de Dignidade do Doente* na presente investigação

Os scores mínimos e máximos apresentados na tabela 1, oscilaram em todos os itens entre um (1) e cinco (5) com valores absolutos de assimetria inferiores a 3 variando entre 0,013 e 1,771 e de achatamento inferiores a 7, com uma oscilação entre 0,555 e 2,041 e o coeficiente multivariado de Mardia (6,823) ligeiramente acima do índice de referência (5.0). Quanto aos valores da média e desvio padrão, nos diversos itens é possível verificar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada sendo o menor no item 22 e o maior no item 10. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 25 foi o que apresentou menos estabilidade ( $r=0,341$ ) e a correlação máxima situa-se no item 19 ( $r=0,857$ ) com uma percentagem de variância explicada de 87.1%.

Os valores de Alfa de Cronbach variaram entre 0,959 e 0,963, indicando muito boa consistência interna. O coeficiente de bipartição indica a existência de boa consistência interna com um alfa de Cronbach para a primeira metade de 0.942 e para a segunda de 0.924, para um alfa global de 0.962. (cf. Tabela 1).

**Tabela 1** Estatísticas, teste binomial e consistência interna da *Escala de Dignidade do Doente*

N.º Item	Itens Score Min = 1 Score Max = 5	<3		≥3		Teste Binomial p	Média	Dp	r item/ total	r <sup>2</sup>	α sem item
		n	%	n	%						
1	Não sou capaz de realizar tarefas associadas à vida diária (por exemplo, lavar-me, vestir-me)	15	18,0	68	82,0	0,000	3,65	1,273	0,708	0,957	0,961
2	Não sou capaz de atender às funções/necessidades corporais de forma independente (por exemplo, necessidade de assistência na higiene/sanitário)	16	19,0	67	81,0	0,000	3,63	1,313	0,716	0,959	0,960
3	Experimento fisicamente sintomas aflitivos (por exemplo, dor, falta de ar, náuseas)	19	23,0	64	77,0	0,000	3,49	1,374	0,675	0,683	0,961
4	Sinto que a forma como eu olho para os outros mudou significativamente	37	45,0	46	55,0	0,380	2,59	1,307	0,667	0,674	0,961
5	Sinto-me deprimido(a)	27	33,0	56	67,0	0,002	2,98	1,334	0,815	0,920	0,959



N.º Item	Itens Score Min = 1 Score Max = 5	<3		≥3		Teste Binomial p	Média	Dp	r item/ total	r <sup>2</sup>	α sem item
		Não existência de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade		Elevado sofrimento relacionado com o sentido de dignidade							
		n	%	n	%						
6	Sinto-me ansioso(a)	31	37,0	52	63,0	<b>0,028</b>	<b>2,96</b>	1,301	0,704	0,890	0,961
7	Tenho um sentimento incerto sobre a doença e tratamento	26	31,0	57	69,0	<b>0,001</b>	3,04	1,283	0,652	0,727	0,961
8	Preocupa-me o meu futuro	18	22,0	65	78,0	<b>0,000</b>	3,40	1,278	0,649	0,715	0,961
9	Não sou capaz de pensar com clareza	34	41,0	49	59,0	0,124	<b>2,64</b>	1,235	0,663	0,735	0,961
10	Não sou capaz de continuar com as minhas rotinas habituais	18	22,0	65	78,0	<b>0,000</b>	3,66	1,309	0,781	0,799	0,960
11	Sinto que já não sou quem eu era	21	25,0	62	75,0	<b>0,000</b>	3,40	1,334	0,740	0,755	0,960
12	Não me sinto valorizado(a)	38	46,0	45	54,0	0,510	<b>2,46</b>	1,172	0,680	0,714	0,961
13	Não sou capaz de realizar um papel importante (por exemplo, marido, esposa, pai, mãe)	28	34,0	55	66,0	<b>0,004</b>	3,07	1,463	0,832	0,868	0,959
14	Sinto que a vida não tem sentido ou propósito	36	43,0	47	57,0	0,272	<b>2,66</b>	1,337	0,833	0,835	0,959
15	Tenho a sensação de que eu não estou a ter uma contribuição significativa e/ou duradoura na minha vida	30	36,0	53	64,0	<b>0,015</b>	<b>2,90</b>	1,385	0,847	0,846	0,959
16	Sinto que eu tenho “negócios inacabados” (por exemplo, há coisas que eu ainda tenho que dizer ou fazer, sinto-me incompleto)	34	41,0	49	59,0	0,124	<b>2,83</b>	1,472	0,619	0,652	0,961
17	Preocupa-me que a minha vida espiritual não seja significativa	54	65,0	29	35,0	<b>0,008</b>	<b>2,06</b>	1,130	0,458	0,702	0,963
18	Tenho a sensação de que sou um fardo para os outros	34	41,0	49	59,0	0,124	<b>2,84</b>	1,410	0,731	0,749	0,960
19	Tenho a sensação de que já não tenho controlo sobre a minha vida	30	36,0	53	64,0	0,015	<b>2,98</b>	1,405	0,857	0,871	0,959
20	Sinto que a minha doença e os cuidados que necessito afetam/reduzem a minha privacidade	29	35,0	54	65,0	<b>0,008</b>	3,22	1,432	0,774	0,789	0,960
21	Não me sinto apoiado pela minha comunidade de amigos e familiares	67	81,0	16	19,0	<b>0,000</b>	<b>1,73</b>	1,105	0,474	0,818	0,962
22	Não me sinto apoiado pelos meus prestadores de cuidados de saúde	70	84,0	13	16,0	<b>0,000</b>	<b>1,54</b>	0,991	0,362	0,838	0,963
23	Sinto-me como se já não fosse capaz de mentalmente “combater” os desafios da minha doença	34	41,0	49	59,0	0,124	<b>2,77</b>	1,382	0,813	0,874	0,959
24	Não sou capaz de aceitar as coisas como elas são	39	47,0	44	53,0	0,661	<b>2,58</b>	1,389	0,853	0,893	0,959
25	Não sou tratado com respeito e compreensão pelos outros	64	77,0	19	23,0	<b>0,000</b>	<b>1,66</b>	1,085	0,341	0,763	0,963
Coeficiente de bipartição		Primeira metade = 0,942 Segunda metade = 0,924									
Coeficiente alfa de Cronbach global		0,962									

Testou-se a solução pentafatorial hipotetizada realizando uma análise fatorial confirmatória. O quadro 1 apresenta os rácios críticos das trajetórias entre os diferentes itens e os fatores da Escala de Dignidade do Doente que lhe correspondem e como se observa, são todos altamente significativos.

De acordo com os critérios distância de Mahalanobis, não se observaram problemas relativos à multicolinearidade, nem casos extremos univariados ou multivariados influentes.

**Quadro 1** Trajetórias e rácios críticos dos itens com os fatores

Trajetórias e rácios críticos			Estimativas	S.E.	C.R.	P	λ
pdi3	<---	F1	1,000				0,646
pdi5	<---	F1	1,458	0,203	7,190	***	0,969
pdi6	<---	F1	1,354	0,193	7,029	***	0,923
pdi7	<---	F1	1,035	0,180	5,766	***	0,716
pdi8	<---	F1	0,937	0,176	5,339	***	0,651
pdi9	<---	F1	0,944	0,171	5,527	***	0,678
pdi4	<---	F2	1,000				0,679
pdi11	<---	F2	1,147	0,180	6,359	***	0,763
pdi12	<---	F2	0,907	0,156	5,801	***	0,687
pdi13	<---	F2	1,468	0,202	7,271	***	0,890
pdi14	<---	F2	1,242	0,181	6,857	***	0,824
pdi18	<---	F2	1,200	0,190	6,319	***	0,755
pdi15	<---	F3	1,000				0,932
pdi16	<---	F3	0,785	0,104	7,536	***	0,688
pdi17	<---	F3	0,351	0,107	3,292	***	0,401
pdi1	<---	F4	1,000				0,982
pdi2	<---	F4	1,040	0,033	31,934	***	0,989
pdi20	<---	F4	0,676	0,104	6,499	***	0,590
pdi21	<---	F5	1,000				0,840
pdi22	<---	F5	1,018	0,095	10,746	***	0,954
pdi25	<---	F5	0,985	0,104	9,480	***	0,843

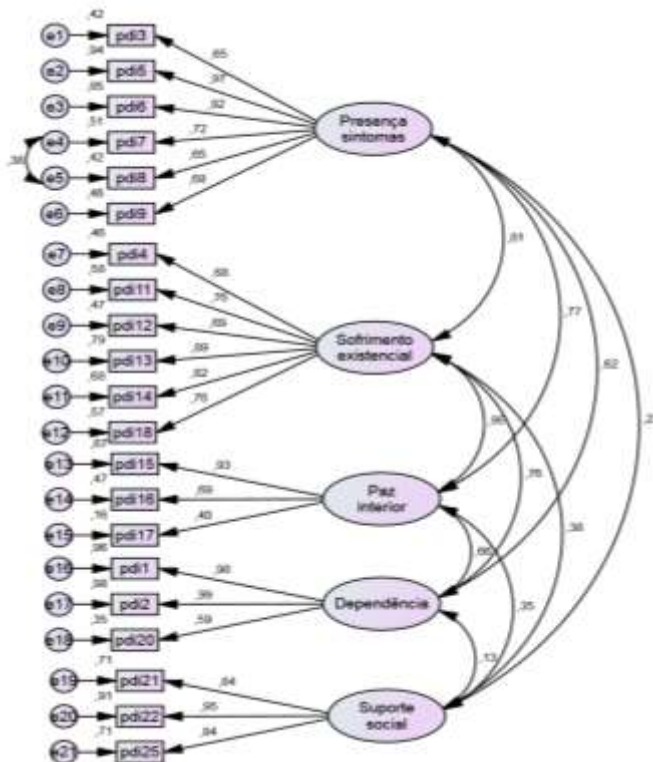
A Figura 1 representa o modelo pentafatorial testado, as correlações os coeficientes da estrutura fatorial da *Escala de Dignidade do Doente*. Os círculos representam os cinco fatores designados também por variáveis latentes. Nos retângulos, figuram os itens que representam a manifestação do respetivo fator, também apelidados de variáveis manifesta. Os círculos menores representam os erros associados a cada item.

A direção das setas unidirecionais indica que cada fator reproduz a resposta dada a cada item. Os fatores estão subjacentes à manifestação observada nas respostas aos itens, mas parte dessa manifestação não é decorrente do respetivo valor, mas de causas desconhecidas, que são designadas por erros que representam a parte da variância não explicada pelo fator. As setas bidirecionais entre os fatores indicam a correlação que estabelecem entre si. Afere-se que as trajetórias entre as variáveis manifestas e as variáveis latentes apresentam cargas fatoriais lambda a situarem-se nos factores 1 2 4 e 5 acima de 0.50. No fator 3 o item 17 mostra carga fatorial inferior a 0.40, mas que de acordo com Maroco (2014) é aceitável em estudos preliminares. O coeficiente de correlação com excepção do item já referido situa-se acima de 0.25. Os índices de modificação propostos pelo AMOS mostram que deveriam correlacionar-se no fator 1 (Presença de Sintomas) os erros e4 vs e5.

Os índices de ajustamento global apresentam um ajuste sofrível para todos os indicadores excepto para o índice  $\chi^2/df$  que é adequado (cf. Quadro 2).

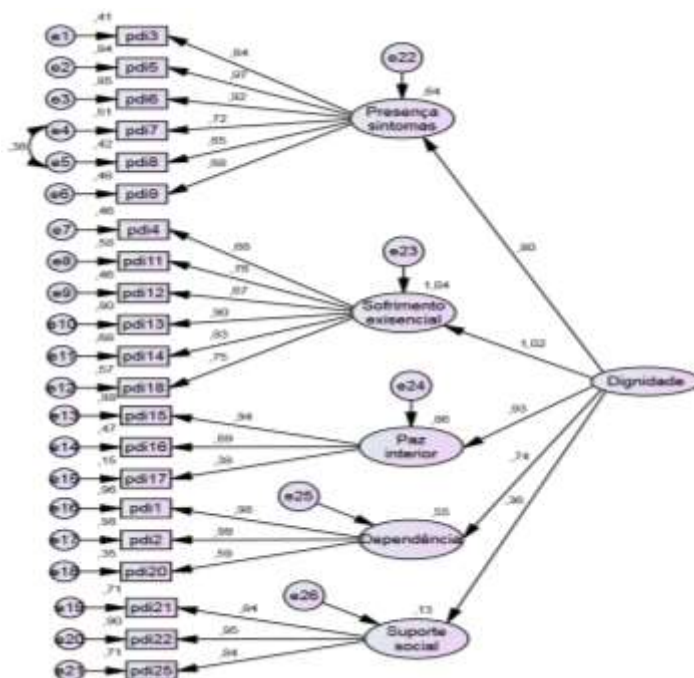


Figura 1 Modelo pentafatorial com índices de modificação da Escala de Dignidade do Doente



Uma vez que se registaram correlações elevadas entre os fatores e uma proposta teórica de um *score* global que aglutine as dimensões da escala, foi testado um modelo hierárquico de segunda ordem, com a introdução dum fator de segunda ordem designado de dignidade. Os pesos fatoriais das diferentes dimensões que constituem o fator latente de segunda ordem permitem sustentar a validade factorial. Os resultados demonstram uma sofrível qualidade de ajustamento global. O modelo hierárquico de segunda ordem pode ser, então, assumido como o modelo final.

Figura 2 Modelo de 2ª Ordem da Escala de Dignidade do Doente



O quadro 2 sintetiza os índices de qualidade de ajustamento dos modelos realizados, denotando-se que os índices no modelo inicial com índices de modificação e o modelo hierárquico de 2ª ordem apresentam índices de ajustamento sofríveis com exceção da razão do qui quadrado com os graus de liberdade. Estes valores poder-se-ão explicar pelo baixo n amostral, pelo que se sugere que o estudo fatorial da escala seja validado numa amostra de maiores dimensões.

**Quadro 2** Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória

Modelo	$\chi^2/ gl$	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 2)	2,363	0,712	0,845	0,129	0,195	0,118
Modelo final (figura 3)	2,330	0,709	0,844	0,127	0,198	0,121

No quadro 3 são apresentados os índices de fiabilidade compósita e variância extraída média (VEM). No que respeita à fiabilidade compósita todos os factores apresentam consistência interna a oscilar entre o adequado no fator 3 e bom a muito bom nos restantes factores. O valor de alfa estratificado pode classificar-se de muito bom ( $\alpha= 0.972$ ).

Quanto à variância extraída média (VEM) todos os factores revelam validade convergente porquanto assumem valores acima de 0.50 bem como para a globalidade da escala (VEM= 0.683). Já no que respeita à validade discriminante a mesma não é observada entre os factores 1 vs fator 2 e entre o factor 2 vs factor 3. (cf. Quadro 3)

**Quadro 3** Fiabilidade compósita e Variância Extraída Média

Fatores	FC	VEM	F1 vs F2	F1 vs F3	F1 vs F4	F1 vs F5	F2 vs F3	F2 vs F4	F2 vs F5	F3 vs F4	F3 vs F5	F4 vs F5
F1	0.897	0.600	0.95	0.59	0.38	0.05						
F2	0.896	0.592					0.90	0.57	0.14			
F3	0.731	0.500								0.43	0.12	
F4	0.902	0.763										0.016
F5	0.911	0.775										

Completa-se o estudo psicométrico da escala procedendo ao estudo da consistência interna os itens por subescala bem como à validade convergente/divergente dos diferentes itens.

Relativamente aos parâmetros de fiabilidade por fator (cf. Tabela 2), e em particular para o fator 1, *Presença de Sintomas*, os valores de Alfa de Cronbach estão classificados de bons a muito bons, uma vez que variam entre 0,866 (item 5) e 0,906 (item 3), com um valor global para o total da escala de 0,902. O item 5 foi o que mais se correlacionou com a presença de sintomas ( $r=0,854$ ). Ao invés do item 3 ( $r=0,596$ ) que é o que menos se correlaciona com o fator 1.

No fator 2, *Sofrimento Existencial* a consistência dos resultados de Alfa, variou entre 0,859 (item 13) e 0,891 (item 4), sendo ambos classificados de bons. O Alfa global para o fator em estudo obteve um valor de 0,895, considerado bom. O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 2 é o item 13 ( $r=0,826$ ) e o que revelou menor correlação foi o item 4 ( $r=0,619$ ).

No que respeita ao fator 3, *Paz Interior*, aferem-se valores de Alfa de Cronbach que variaram entre 0,463 (item 16) e 0,796 (item 17), o que torna a sua classificação, respetivamente, de inadmissíveis e razoáveis, com um valor global para o total da escala de 0,701. Todavia alguns autores consideram como valor mínimo de alfa um valor de 0.42 para uma escala de três itens. O item 15 e o item 16 foram os que mais se correlacionaram com a paz interior ( $r=0,624$ ), ao invés do item 17 ( $r=0,341$ ) que é o que menos se correlaciona com o fator em causa.

No fator 4, *Dependência*, a consistência interna variou entre 0,723, no item 2 e 0,985 no item 20, o que permite classificar os itens com consistência bons a muito bons, como consta da tabela 4. O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0,872, considerado bom. Os itens que mais se correlacionam com os resultados globais do fator 4 são o 1 e o 2 ( $r=0,859$ ) e o que revelou menor correlação foi o item 20 ( $r=0,577$ ).

Quanto ao fator 5, *Suporte Social*, a consistência dos resultados de Alfa variou entre 0,822 (item 22) e 0,891 (item 21), que permitem classifica-los de bons. O Alfa global do fator foi muito bom (0,906). O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 5 é o item 22 ( $r=0,872$ ) e o que revelou menor correlação foi o item 21 ( $r=0,785$ ).

**Tabela 2** Consistência interna dos itens e subescalas da *Escala de Dignidade do Doente*

N.º Item	Itens	r item/ total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Presença de Sintomas</b>		α = 0,902		
3	Experimento fisicamente sintomas aflitivos (por exemplo, dor, falta de ar, náuseas)	0,596	0,388	0,906
5	Sinto-me deprimido(a)	0,854	0,856	0,866
6	Sinto-me ansioso(a)	0,824	0,837	0,871
7	Tenho um sentimento incerto sobre a doença e tratamento	0,734	0,592	0,885
8	Preocupa-me o meu futuro	0,691	0,536	0,891
9	Não sou capaz de pensar com clareza	0,710	0,535	0,888
<b>Sofrimento Existencial</b>		α = 0,895		
4	Sinto que a forma como eu olho para os outros mudou significativamente	0,619	0,406	0,891
11	Sinto que já não sou quem eu era	0,707	0,532	0,878
12	Não me sinto valorizado(a)	0,671	0,469	0,884
13	Não sou capaz de realizar um papel importante (por exemplo, marido, esposa, pai, mãe)	0,826	0,721	0,859
14	Sinto que a vida não tem sentido ou propósito	0,748	0,620	0,872
18	Tenho a sensação de que sou um fardo para os outros	0,743	0,585	0,873
<b>Paz Interior</b>		α = 0,701		
15	Tenho a sensação de que eu não estou a ter uma contribuição significativa e/ou duradoura na minha vida	0,624	0,449	0,466
16	Sinto que eu tenho “negócios inacabados” (por exemplo, há coisas que eu ainda tenho que dizer ou fazer, sinto-me incompleto)	0,624	0,452	0,463
17	Preocupa-me que a minha vida espiritual não seja significativa	0,341	0,116	0,796
<b>Dependência</b>		α = 0,872		
1	Não sou capaz de realizar tarefas associadas à vida diária (por exemplo, lavar-me, vestir-me)	0,859	0,944	0,729
2	Não sou capaz de atender às funções/necessidades corporais de forma independente (por exemplo, necessidade de assistência na higiene/sanitário)	0,859	0,944	0,723
20	Sinto que a minha doença e os cuidados que necessito afetam/reduzem a minha privacidade	0,577	0,334	0,985
<b>Suporte Social</b>		α = 0,906		
21	Não me sinto apoiado pela minha comunidade de amigos e familiares	0,785	0,648	0,891
22	Não me sinto apoiado pelos meus prestadores de cuidados de saúde	0,872	0,761	0,822
25	Não sou tratado com respeito e compreensão pelos outros	0,789	0,658	0,886

Estudou-se também a validade convergente/ discriminante dos itens apresentados, efetuando uma correlação entre todos os itens com os fatores subjacentes e o valor global da escala. Os resultados evidenciam que a grande maioria dos itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme índices salientados a negrito, sendo que esse valor é superior aos restantes, na maioria dos casos superior a 0,20. O segundo valor mais elevado corresponde à correlação do item com o valor global da escola. (cf. Tabela 3).

**Tabela 3** Validade Convergente/divergente dos itens com os fatores e valor global da *Escala de Dignidade do Doente*

Nº Item	Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Total
1	Não sou capaz de realizar tarefas associadas à vida diária (por exemplo, lavar-me, vestir-me)	0,603	0,713	0,498	<b>0,938</b>	0,152	0,734
2	Não sou capaz de atender às funções/necessidades corporais de forma independente (por exemplo, necessidade de assistência na higiene/sanitário)	0,597	0,727	0,511	<b>0,940</b>	0,162	0,743
3	Experimento fisicamente sintomas aflitivos (por exemplo, dor, falta de ar, náuseas)	<b>0,726</b>	0,639	0,566	0,717	0,083	0,706
4	Sinto que a forma como eu olho para os outros mudou significativamente	0,642	<b>0,735</b>	0,606	0,576	0,284	0,697
5	Sinto-me deprimido(a)	<b>0,906</b>	0,744	0,636	0,675	0,262	0,833
6	Sinto-me ansioso(a)	<b>0,884</b>	0,642	0,530	0,583	0,108	0,731
7	Tenho um sentimento incerto sobre a doença e tratamento	<b>0,819</b>	0,558	0,559	0,415	0,329	0,683
8	Preocupa-me o meu futuro	<b>0,788</b>	0,626	0,523	0,449	0,261	0,680
9	Não sou capaz de pensar com clareza	<b>0,799</b>	0,648	0,563	0,481	0,213	0,692
10	Não sou capaz de continuar com as minhas rotinas habituais	0,680	0,763	0,670	<b>0,791</b>	0,151	0,802
11	Sinto que já não sou quem eu era	0,612	<b>0,802</b>	0,665	0,725	0,210	0,765
12	Não me sinto valorizado(a)	0,549	<b>0,764</b>	0,544	0,566	0,539	0,706
13	Não sou capaz de realizar um papel importante (por exemplo, marido, esposa, pai, mãe)	0,675	<b>0,891</b>	0,726	0,771	0,255	0,851
14	Sinto que a vida não tem sentido ou propósito	0,751	<b>0,832</b>	0,731	0,691	0,375	0,850
15	Tenho a sensação de que eu não estou a ter uma contribuição significativa e/ou duradoura na minha vida	0,710	0,828	<b>0,853</b>	0,751	0,306	0,863
16	Sinto que eu tenho “negócios inacabados” (por exemplo, há coisas que eu ainda tenho que dizer ou fazer, sinto-me incompleto)	0,519	0,589	<b>0,865</b>	0,480	0,318	0,656
17	Preocupa-me que a minha vida espiritual não seja significativa	0,382	0,447	<b>0,636</b>	0,260	0,581	0,495
18	Tenho a sensação de que sou um fardo para os outros	0,582	<b>0,832</b>	0,579	0,673	0,332	0,758
19	Tenho a sensação de que já não tenho controlo sobre a minha vida	0,746	<b>0,841</b>	0,696	0,790	0,279	0,873
20	Sinto que a minha doença e os cuidados que necessito afetam/reduzem a minha privacidade	0,617	0,772	0,700	<b>0,812</b>	0,213	0,798
21	Não me sinto apoiado pela minha comunidade de amigos e familiares	0,317	0,452	0,520	0,261	<b>0,908</b>	0,510
22	Não me sinto apoiado pelos meus prestadores de cuidados de saúde	0,185	0,342	0,400	0,140	<b>0,941</b>	0,398
23	Sinto-me como se já não fosse capaz de mentalmente “combater” os desafios da minha doença	0,707	<b>0,746</b>	0,684	0,684	0,368	0,832
24	Não sou capaz de aceitar as coisas como elas são	0,725	<b>0,802</b>	0,711	0,759	0,405	0,869
25	Não sou tratado com respeito e compreensão pelos outros	0,192	0,314	0,419	0,140	<b>0,909</b>	0,382

Efetou-se ainda, uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e o índice global. Dos resultados obtidos, apurou-se que as correlações entre os cinco factores e o valor global da escala são positivas e significativamente correlacionadas ( $r=0,198$ )

com excepção do Suporte Social vs Dependência). O índice correlacionado mais elevado ( $r=0,827$ ) localiza-se entre a Dependência e o Sofrimento Existencial com uma variabilidade de 68,39%.

No que se refere às correlações existentes entre os diferentes factores e o valor global observa-se que são positivas e significativas oscilando entre  $r=0,470$  com o Suporte Social, o que explica 22,09% e  $r=0,954$  no Sofrimento Existencial com uma variabilidade de 91,0%. (cf. Tabela 4).

**Tabela 4** Matriz de Correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala

Factores	Presença de Sintomas	Sofrimento Existencial	Paz Interior	Dependência	Suporte Social
<b>Presença de Sintomas</b>					
<b>Sofrimento Existencial</b>	0,785**				
<b>Paz Interior</b>	0,687**	0,794**			
<b>Dependência</b>	0,678**	0,827**	0,643**		
<b>Suporte Social</b>	0,254*	0,403**	0,488**	0,198	
Dignidade (Nota Global)	0,880**	0,954**	0,858**	0,850**	0,470**

Termina-se o estudo da análise factorial comparando os resultados da consistência interna obtidos na presente investigação com os de Chochinov et al. (2008). Observa-se que os valores de consistência interna, para os vários factores e nota global são mais robustos que os da escala original (cf. Tabela 5).

**Tabela 5** Estudo comparativo da consistência interna na presente investigação com o estudo de Chochinov et al. (2008)

<i>The Patient Dignity Inventory</i> <i>Escala de Dignidade do Doente</i>	Estudo atual	Chochinov et al. (2008)
	$\alpha$	$\alpha$
<b>Presença de Sintomas</b>	0,902	0,80
<b>Sofrimento Existencial</b>	0,895	0,83
<b>Paz Interior</b>	0,701	0,63
<b>Dependência</b>	0,872	0,77
<b>Suporte Social</b>	0,906	0,70
Dignidade (Nota Global)	<b>0,962</b>	<b>0,93</b>

Calcularam-se as estatísticas relativas a cada um dos factores e valor global da escala da dignidade. O valor médio para o global da escala foi de 70,807 ( $\pm 23,62$ ), com oscilação de valores entre um mínimo de 28 e um máximo de 116.

Relativamente aos factores, obteve-se para a *Presença de Sintomas* um valor médio de 18,50 ( $\pm 6,4$ ). Os valores variam entre um índice mínimo de 6 e um máximo de 30. No fator *Sofrimento Existencial* o valor médio foi de 17,02 ( $\pm 6,51$ ), com os valores a oscilarem entre o mínimo de 6 e o máximo de 29. Em relação à *Paz Interior* o valor médio foi de 7,74 ( $\pm 3,17$ ). No fator *Dependência* os valores oscilaram entre 3 e 15 com um valor médio de 10,65 ( $\pm 3,589$ ). Por fim, no fator *Suporte Social*, os valores oscilam entre 3 e 15, com uma média de 4,61 ( $\pm 2,92$ ). (Cf. Tabela 6).

Analisada a relação entre a dignidade (fator global) e sexo não se encontraram significâncias estatísticas ( $t=.577$ ;  $p=.565$ )

**Tabela 6** Estatísticas relativas aos factores e o valor total da *Escala de Dignidade do Doente*

Dignidade	Min.	Máx.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro
<b>Presença de Sintomas</b>	6	30	18,50	6,40	34,58	-0,102	-1,617
<b>Sofrimento Existencial</b>	6	29	17,02	6,51	38,24	-0,568	-1,975
<b>Paz Interior</b>	3	15	7,74	3,17	40,94	-0,382	-1,944
<b>Dependência</b>	3	15	10,65	3,58	33,68	-1,189	-1,652
<b>Suporte Social</b>	3	15	4,61	2,92	63,33	5,893	2,977
Dignidade (Nota Global)	<b>28</b>	<b>116</b>	<b>70,80</b>	<b>23,62</b>	<b>33,36</b>	<b>-0,549</b>	<b>2,045</b>

Em nove das 25 afirmações da escala da dignidade obteve-se um *score médio*  $\geq 3$ , tradutor da presença de um significativo sofrimento relacionado com o sentido de dignidade. Contrariamente em 16 itens, os *scores* médios foram  $<3$ , correspondendo à não existência de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade. O teste Binomial revela que a proporção dos itens a que corresponde sofrimento versus ausência do mesmo, é significativa em 15 itens. (cf. Tabela 1).

Os resultados dos scores da variável Dignidade (valor total) foram ainda operacionalizados tendo por base o valor de corte recomendado por Chochinov, et al., (2011), o que permitiu a obtenção de dois grupos:

- Ausência de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade (Scores médios  $<3 * 25 =$  nota global  $< 75$ );
- Presença de um significativo sofrimento relacionado com o sentido de dignidade (Scores médios  $\geq 3 * 25 =$  nota global  $\geq 75$ ).

Dos resultados obtidos apurou-se que 49,4%, ou seja, 5 em cada 10 dos doentes com necessidades de cuidados paliativos manifestou sofrimento relacionado com o sentido de dignidade, destes 56,1% são homens e 42,9% são mulheres. Autoapercecionam dignidade positiva tradutora de ausência de sofrimento 50,6% dos doentes, sendo que 43,9% são homens e 57,1 mulheres, contudo as diferenças não são significativas ( $X^2_{gl=1} = 1.455$ ;  $p=0.228$ ). (cf. Tabela 7)

**Tabela 7** Prevalência de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade em função do género

Sofrimento relacionado com o sentido de Dignidade	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausência de sofrimento (Scores médios $<3 * 25 =$ nota global $< 75$ )	18	43,9	24	57,1	42	50,6
Presença de um significativo sofrimento (Scores médios $\geq 3 * 25 =$ nota global $\geq 75$ )	23	56,1	18	42,9	41	49,4
Total	41	100,0	42	100,0	83	100,0

A idade não tem impacto estatístico significativo no sofrimento relacionado com o sentido de dignidade, apurando-se que a prevalência do mesmo em função do grupo etário, mostrou que dos 49,4% doentes que apresentaram sofrimento, 44,4% têm idade inferior ou igual a 64 anos e 51,8 anos são idosos (idade  $\geq 65$  anos), ( $X^2_{gl=1} = 0,393$ ;  $p=0,531$ ). (cf. Tabela 8)

**Tabela 8** Prevalência de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade em função do grupo etário

Sofrimento relacionado com o sentido de Dignidade	$\leq 64$ anos		$\geq 65$ anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausência de sofrimento (Scores médios $<3 * 25 =$ nota global $< 75$ )	15	55,6	27	48,2	42	50,6
Presença de um significativo sofrimento (Scores médios $\geq 3 * 25 =$ nota global $\geq 75$ )	12	44,4	29	51,8	41	49,4
Total	27	100,0	56	100,0	83	100,0

## 2. DISCUSSÃO

O estudo da análise fatorial da escala replica a versão original e a comparação dos resultados da consistência interna obtidos na presente investigação com os obtidos por Chochinov et al. (2008), para os vários fatores e nota global, revela que são mais consistentes que os do estudo original.

Em 16 das 25 afirmações da escala da dignidade, os *scores* médios foram  $\leq 3$ , correspondendo à não existência de sofrimento relacionado com o sentido de dignidade. Contrariamente no estudo Julião (2014) apenas nove afirmações obtiveram um *score* médio  $\leq 3$ , significando que os participantes da presente amostra manifestaram menos sofrimento relacionado com o sentido de dignidade.

As pessoas com sentido de dignidade mais positivo tradutor de menor sofrimento (55,6%), têm idades  $\leq 64$  anos, contrariando o estudo de Chochinov et al., (2002), no qual eram os doentes com mais idade (média 70 anos) que possuíam um sentido de dignidade forte ou intacto, enquanto os mais jovens (média de 62 anos), frequentemente internados em regime hospitalar, responderam que a perda de dignidade era um problema grave na sua vida, frequentemente associado a sentimentos de degradação e vergonha.



## CONCLUSÕES

Esta investigação constitui mais um passo no estudo das propriedades psicométricas da *Escala de Dignidade do Doente*, numa amostra da população portuguesa. O estudo comparativo da presente investigação com os resultados obtidos por Chochinov et al., (2008) revelou que neste estudo os valores de consistência interna nos vários fatores e na nota global são mais robustos e que a maioria (50,6%) das pessoas com necessidades paliativas se autoperceciona sem sofrimento relacionado com o sentido de dignidade, considerando-se que vivenciam dignidade positiva.

Este estudo apresenta porém limitações para realização do estudo psicométrico, uma decorrente do tamanho amostral que no presente estudo é baixo (n=83), em comparação com outras que apresentavam maior número de participantes. Por outro lado, a predominância de participantes com idades  $\geq 65$  anos, poderá também ter tido influência nos resultados. É importante que estudos futuros analisem a relação entre as variáveis estudadas nesta investigação para se comparem os resultados obtidos.

A deseabilidade social, não foi uma variável controlada e esta poderá ter influenciado as respostas obtidas, pois o instrumento incorporava a autorresposta. Seria ainda relevante que o estudo fatorial da escala seja replicado em amostras mais alargadas e mais equilibradas em termos de idade e condição clínica, nos quais se proceda ao controle a variável deseabilidade social.

Como implicações para a prática clínica no contexto dos cuidados paliativos, os resultados obtidos sugerem ser estratégico identificar os fatores preditores do sofrimento relacionado com o sentido de dignidade das pessoas com necessidades paliativas, porquanto potencia o desenvolvimento e a implementação de estratégias clínicas para a promoção da dignidade humana o que poderá ser um importante contributo para futuras investigações e práticas clínicas promotoras da pessoalidade e singularidade das pessoas cuidadas.

## ACKNOWLEDGEMENTS

FCT, Portugal, CI&DETS, Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu, Portugal and CIEC, Minho University, Portugal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2017). *O que são cuidados paliativos?*. Retrieved from <http://www.apcp.com.pt/faq.html>
- Chochinov, H., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., McClement, S., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet*, 360(9350),2026-30.
- Chochinov, H., Hassard, T., McClement, S., Kristjanson, L., Harlos, M., Sinclair, S., & Murray, A. (2008). The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6),559-71.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Dicionários Porto Editora. (2017). *Dignidade*. Porto: Porto Editora. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/dignidade>
- Errasti-Ibarrondo, B., García, M., Varcárcel, A., & Solabarrieta, M. (2014). Modelos de dignidade en el cuidado: Contribuciones para el final de la vida. *Cadernos de Bioética*,25, 243-256.
- Gonçalves, A. L. (2009). *Dignidade do doente paliativo em diferentes tipologias de cuidados* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Gonçalves, A. L. (2012). Adaptação Linguística para Português da Escala da Dignidade do Doente. In A. Barbosa (Coord.), *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 63-73). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *In Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: A grounded theory study. *BMC International Health and Human Rights*, 9(3), 1-9.
- Julião, M. (2014). *Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11700/1/ulsd068781\\_td\\_Miguel\\_Juliao.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11700/1/ulsd068781_td_Miguel_Juliao.pdf)
- Kant, I. (2005). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70, 2005.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.