

# O alívio do sofrimento do Doente crónico como foco do cuidar da Enfermagem

Susana Batista<sup>1</sup>; Rosa Martins<sup>2</sup>

1. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto,  
supais@hotmail.com

2. Escola Superior de Saúde de Viseu,  
rmartins.viseu@gmail.com

**Resumo/ Abstract** - Compreender e aliviar o sofrimento humano devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar, constituindo-se mesmo um dever moral e ético para os Enfermeiros. **Objetivos:** conhecer a perceção da pessoa com doença crónica sobre os cuidados de enfermagem no alívio do sofrimento assim como as estratégias de coping utilizadas. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo não experimental, descritivo-correlacional transversal e triangulado, utilizado numa amostra não probabilística por conveniência constituída por 307 doentes crónicos, maioritariamente masculina (51.1%), com uma média de idades de 64.84 anos. Os dados foram colhidos através de um questionário aplicado entre janeiro e junho de 2013 a doentes crónicos internados ou a fazer tratamentos em ambulatório em ambiente hospitalar. Foi solicitada a autorização da comissão de ética do hospital, tal como o consentimento informado de cada participante. O tratamento de dados foi efetuado estatisticamente e com análise de conteúdo. **Resultados:** os resultados revelam que para 74,2% dos doentes, a prestação de cuidados efectivada pelos enfermeiros alivia

significativamente o seu sofrimento, estando este alívio relacionado com a *disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação e atenção demonstradas* por estes profissionais. A estratégia de *coping* com maior impacto no alívio do sofrimento está relacionada com o “*carinho e a companhia da família*” (62.4%). As sugestões que apresentam para a melhoria das práticas de enfermagem, são por ordem de importância: mais carinho, simpatia, interesse, rapidez no atendimento, tempo, respeito pela dignidade das pessoas, bom senso e mais comunicação/ informação.

**Conclusões:** o doente crónico em ambiente hospitalar apresenta de facto níveis elevados de sofrimento, sobretudo quando confrontados com a indiferença perante este, com a violação do princípio de autonomia, e conseqüente violação da dignidade da pessoa humana.

**Palavras-chave/ Key words:** doença crónica; sofrimento; enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a afastar-se gradualmente do modelo biomédico em direção à prática baseada na evidência e conseqüente valorização da Teoria de Enfermagem como base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. “*Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”, assim, os enfermeiros procuram, “*ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os Enfermeiros são os profissionais prestadores de cuidados que, em ambiente hospitalar, passam mais tempo com os doentes e respetivas famílias, testemunhando diariamente o sofrimento humano a todos os níveis. Deste modo, compreender o comportamento do doente e aliviar o seu sofrimento devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar, constituindo mesmo um dever moral e ético para os Enfermeiros.

O sofrimento é resultante de um processo de mudança na vida (intencional ou não) que conduz o indivíduo a um processo de transição (saudável ou patológica) expondo-o a uma vulnerabilidade e a riscos que podem vir a afetar significativamente a sua saúde (Meleis, 2010). Tendo em consideração que as respostas da pessoa às transições de vida em situações de saúde ou doença constituem um foco de atenção para prática de enfermagem, os enfermeiros devem profissionalizar o seu contributo nesta área, de modo a que a pessoa com doença crónica e sua família se adaptem eficazmente à nova situação de vida.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo não experimental, descritivo-correlacional, transversal, do tipo triangulado. A população alvo é composta pelas pessoas com patologia crónica internadas nos serviços de cirurgia, cardiologia, ginecologia, medicina interna ou a fazer tratamentos em ambulatório no hospital de dia oncológico e serviço de hemodiálise no Hospital de São Teotónio de Viseu. Participaram no estudo 326 pessoas, tendo sido excluídos 19 questionários por se apresentarem incompletos ou indevidamente preenchidos, resultando uma amostra final de 307 doentes. A seleção foi efetuada de forma não

probabilística consecutiva, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) possuir mais de 18 anos, (2) não ter comprometimento crítico das funções vitais, (3) inexistência de patologia psiquiátrica diagnosticada, (4) ser portador de doença crónica, (5) estar orientado no tempo e espaço (6) possuir capacidade dar resposta ao questionário e (7) aceitar participar no estudo nos termos em que este se encontra desenhado. Os questionários foram entregues pelo investigador às pessoas referenciadas que aceitaram participar no estudo. Nos serviços de hemodiálise e hospital de dia oncológico não houve referenciação de enfermagem uma vez que todos os doentes cumpriam os critérios de inclusão. De modo a ultrapassar algum problema de interpretação por parte de alguns inquiridos mais idosos e/ou com baixa instrução literária, houve a necessidade de leitura e preenchimento do questionário por parte do investigador.

*Instrumento de Colheita de dados (ICD):* contém uma breve nota introdutória, onde são explicados os objetivos do estudo e é solicitada a colaboração livre do participante, seguindo dois grupos de questões: o primeiro grupo apresenta um breve questionário sociodemográfico de elaboração própria; o segundo grupo surge o “inventário das experiências subjetivas do sofrimento na doença” (IESSD) de *McIntyre* e *Gameiro* (1999) que avalia a intensidade de sofrimento em situação de doença; o terceiro grupo foi construído para determinar a perceção da pessoa acerca da intervenção da enfermagem, utilizando um conjunto de perguntas dicotómicas e na maioria abertas no sentido de os doentes manifestarem de forma qualitativa a sua opinião sobre os enfermeiros, os cuidados e a ajuda que os enfermeiros manifestam para com os doentes

com doença crónica. É também avaliada a perceção de prática religiosa e sentido de vida dos participantes.

O IESSD confirma a natureza multidimensional do sofrimento em situação de doença, pelo que é constituída por 5 subescalas/dimensões: “sofrimento psicológico”, “sofrimento físico”, “sofrimento existencial”, “sofrimento socio relacional” e “experiências positivas do sofrimento”. A nota de cada subescala resulta da soma da pontuação dos itens que a constituem. É uma escala constituída por 44 itens de resposta tipo Likert que varia entre 1 (“é totalmente falso”) e 5 (“corresponde totalmente”), exceto os itens invertidos que são cotados inversamente. A nota global da escala pode variar entre 44 e 220. A última versão da escala apresenta valores de alfa de Cronbach de 0.93 que indicam uma elevada consistência interna (Gameiro, 1999). Na presente investigação, aos valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.913 e 0.923, o que revelou para a nota global da escala uma consistência interna muito boa ( $\alpha=0.918$ ).

*Considerações éticas:* Os participantes foram informados da finalidade e objetivos do estudo, tal como do direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, livre de qualquer coação, visando a proteção contra o desconforto e prejuízo. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido, ficando assegurado o respeito pela autonomia, intimidade, anonimato, e confidencialidade.

*Estratégias de análise:* recorreremos à estatística descritiva, analítica e análise de conteúdo. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação,

coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo. Para a análise inferencial utilizámos o teste de *U-Mann Whitney* (UMW). Para o tratamento qualitativo das respostas às questões abertas, procedeu-se à análise de conteúdo.

## RESULTADOS

Os resultados revelam uma amostra de Doentes com idades que oscilam entre os 26 e os 91 anos, com uma média de idades de 64.84 anos com um desvio padrão de 14.98 anos e um coeficiente de variação de 23.1%, que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

O estudo do sofrimento na doença, efetuado através da aplicação do IESSD, revela que maioria dos participantes apresenta níveis moderados ( $M= 3.01$ ) de sofrimento global, numa escala de 1 a 5 pontos. As dimensões do sofrimento mais afetadas são por ordem decrescente a do foro psicológico ( $M=3.18$ ), dimensão física ( $M=2.96$ ), socio relacional ( $M=2.96$ ) e por fim a dimensão existencial ( $M=2.87$ ). De destacar que a dimensão com maior pontuação é a que se refere às “experiências positivas do sofrimento” ( $M=3.39$ ).

O estudo da perceção do doente crónico acerca dos cuidados de enfermagem revela que a maioria das pessoas (98.4%) considera que os enfermeiros se importam com o seu sofrimento e o aliviam (96.7%).

Quando questionados acerca da forma como os enfermeiros aliviam o sofrimento, 74,2% da amostra refere que é através da “*disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação e atenção demonstradas*”. Para 63.7% das pessoas é

apreciada a “*capacidade de ouvir, conversar*” e de “*apoio emocional*” do enfermeiro. Por sua vez, o “*profissionalismo*” e “*atenção ao estado de saúde*”, controlo de sintomas e a administração de medicação são referidos por 54.2% dos inquiridos. Para 38.6% das pessoas, os enfermeiros “*dão amor*”, “*carinho*”, “*humanizam*” e realçam o “*modo*” como são movimentadas e tratadas. A “*boa disposição*”, “*simpatia*”, “*sorriso*”, “*capacidade de brincar*” dos enfermeiros aliviam o sofrimento a 33.3%, tal como as palavras de “*esperança*” e “*pensamento positivo*” (15.7%). Por sua vez, 11.1% referem que os enfermeiros “*esclarecem*” e “*ajudam a lidar com a doença*”, enquanto uma minoria (8.4%) não respondeu ou não soube responder à questão colocada, (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Perceções dos Doentes sobre o modo como os enfermeiros aliviam o sofrimento**

	Total	
	N	%
	307	100,0
<b>COMO O ENFERMEIRO ALIVIA O SOFRIMENTO (N=307)</b>		
<b>Não sabe/ Não responde</b>	26	8,5
<b>Palavras de esperança/ Pensamento positivo</b>	48	15,7
<b>Conversam/ Sabem ouvir/ Apoio emocional</b>	195	<b>63,7</b>
<b>Boa disposição/ Simpatia/ Sorriso/ Brincalhões</b>	102	33,3
<b>Disponibilidade/ Vontade de ajudar/ Dedicção/ Atenção</b>	227	<b>74,2</b>
<b>Esclarecem/ Ajudam a lidar com a doença</b>	34	11,1
<b>Profissionalismo/ Atenção ao meu estado de saúde/ Dão medicação/ Controlam os sintomas</b>	166	<b>54,2</b>
<b>Dão amor e carinho/ Humanizam/ O modo como nos movimentam e tratam</b>	118	38,6

Para obter o parecer de cada indivíduo em relação ao que mais o faz sofrer e as estratégias pessoais para o alívio do sofrimento, colocámos as seguintes questões: “O que o (a) faz sofrer?”; “O que é que o (a) ajuda a aliviar o sofrimento?”. As respostas foram agrupadas para uma melhor interpretação dos resultados.

De acordo com os resultados do Quadro 2, podemos verificar que o que causa mais sofrimento aos indivíduos da amostra é em primeiro lugar “a doença”, “sintomas”, “tratamentos” e efeitos secundários dos tratamentos para 51.2% da amostra. Em segundo lugar (21.2%), surge “pensar no futuro” e o “sofrimento presente e futuro da família”, seguida da perceção de doença incurável, viver na incerteza da eficácia dos tratamentos (16,0%). Com a mesma frequência são referidos a falta de apoio familiar, a solidão, o abandono, pobreza e a fome. Quanto ao medo de dependência, limitações físicas e restrições alimentares, estas representam 13.1% das pessoas. Por sua vez, 7.2% das pessoas referem que o que mais faz sofrer é a doença ou morte de um familiar.

**Quadro 2 – Respostas á questão “O que o faz sofrer?”**

	Total	
	N	%
	307	100,0
<b>O QUE O FAZ SOFRER (N=307)</b>		
Não sabe/Não responde	21	6,9
<b>A doença/Tratamentos/Sintomas/Efeitos secundários dos tratamentos</b>	157	<b>51,2</b>
Saber que é incurável/ Incerteza eficácia dos tratamentos	49	16,0
Medo de dependência/ Limitações físicas/ Restrições alimentares	40	13,1
Pensar no futuro/ sofrimento presente e futuro da família	65	21,2
Doença ou morte de familiar	22	7,2
Falta de apoio familiar/ Solidão/ Abandono/ Pobreza/ Fome	49	16,0

Relativamente à questão “o que é que o (a) ajuda a aliviar o sofrimento” (cf. Quadro 3) podemos verificar que, o que mais alivia o sofrimento é, em primeiro lugar, o “*carinho e a companhia da família*” com 62.4%, seguindo-se os “*cuidados de saúde*”, “*tratamentos*”, “*medicação*”, “*enfermeiros e médicos*” com 41.2%. Em terceiro lugar surge a “*fé em Deus*”, “*rezar*” com 26.8%, seguindo-se o “*Conviver com amigos*” com 19.0% de representatividade. Por sua vez, 15.4% das pessoas afirma que “*viver um dia de cada vez*”, “*não pensar no futuro*”, “*esquecer*” alivia o sofrimento, tal como “*passear*”, “*arejar*”, “*andar ao ar livre*” (15.0%). Por sua vez, “*conversas alegres*”, “*pensamento positivo*” são apontados por 12.7% da amostra, “*descansar*”, “*estar em casa*”, “*ver televisão*” (11.8%), “*ter atenção*”, “*compreensão das pessoas*” (10.1%). 4,6% Das pessoas “*não sabe/ não responde*”, 3.6% refere que “*nada*” alivia o sofrimento e o “*trabalho*” surge por último com 3.3%.

**Quadro 3 Estratégias de *coping* adotadas pelos participantes**

	Total	
	N	%
	307	100,0
<b>O QUE O AJUDA A ALIVIAR SOFRIMENTO – ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> (N=307)</b>		
<b>Não sabe/Não responde</b>	14	4,6
<b>Passear/ arejar/ andar ao ar livre</b>	46	15,0
<b>Descansar/ estar em casa/ ver televisão</b>	36	11,8
<b>Conviver com amigos</b>	58	19,0
<b>Carinho e/ou companhia da família</b>	191	<b>62,4</b>
<b>Ter atenção/ compreensão das pessoas</b>	31	10,1
<b>Conversas alegres/ pensamento positivo</b>	39	12,7

<b>Trabalho</b>	10	3,3
<b>Enfermeiros/ Médicos/Cuidados de saúde/ Tratamentos/ Medicação</b>	129	<b>42,1</b>
<b>Fé em Deus/ rezar</b>	82	<b>26,8</b>
<b>Viver um dia de cada vez/ Não pensar no futuro/ Esquecer</b>	47	15,4
<b>Nada</b>	11	3,6

A maioria dos inquiridos refere ainda não ter sentido a sua vida ameaçada (58.5%), no entanto 41.5% já teve percepção de morte eminente. Para 89.5% das pessoas a vida tem sentido, ao contrário de 10.5% da amostra que não encontra sentido para a sua vida. É ainda percepção dos inquiridos (64.7%) que os enfermeiros já os ajudaram a encontrar sentido para a vida.

Por fim, foram pedidas sugestões de melhoria para a prática de enfermagem. Depois de lidas as respostas foram agrupadas de acordo com o tipo de resposta para uma melhor visualização dos resultados. Constatamos que a maioria das pessoas com doença crónica (49,7%) refere que os enfermeiros devem “*continuar*”, “*não podem fazer mais*”, “*são impecáveis*”, “*não há palavras*” nos cuidados que realizam. No entanto, 16,0% da amostra considera que “*alguns deviam ser mais carinhosos*”, “*mais simpáticos*”, “*mais comunicativos*”; 15.0% das pessoas considera que os enfermeiros devem “*melhorar a atenção ao doente*”, “*interesse pelo bem-estar*”, “*atender mais rapidamente*”; 10.2% defende que os enfermeiros deveriam “*ter mais tempo para os doentes*” e “*fazer mais companhia*”; 5.2% das pessoas reclamam “*mais dignidade*”, “*bom senso*”, “*cidadania*”, “*paciência*”; 3.9% dizem que os enfermeiros deviam “*esclarecer mais*” e “*fornecer mais informação*”.

Estudo da influência da intervenção de enfermagem no sofrimento

Relativamente à variável “os enfermeiros importam-se com o seu sofrimento”, verificamos que as pessoas que referem que os enfermeiros não se importam com o seu sofrimento, são as que pontuam maior “sofrimento físico”, “existencial”, “socio relacional”, “experiências positivas do sofrimento” e “sofrimento total”, no entanto apenas o “sofrimento socio relacional” evidencia diferenças estatisticamente significativas (U=218.0; Z=-2.201; p=0.028), (cf. Quadro 4). Podemos assim concluir que as pessoas com a perceção de que os enfermeiros não se importam com o seu sofrimento possuem níveis mais elevados de “sofrimento socio relacional”.

**Quadro 4 – Teste de U de Mann Whitney entre o IESSD e “Os enfermeiros importam-se com o seu sofrimento?”**

OS ENFERMEIROS IMPORTAM-SE COM O SEU SOFRIMENTO (N=306)					
	Sim (n=302)	Não (n=4)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>Sufrimento Psicológico</b>	154.14	105.50	412.0	-1.093	.274
<b>Sufrimento Físico</b>	153.12	182.50	488.0	-.661	.509
<b>Sufrimento existencial</b>	152.98	193.00	446.0	-.899	.368
<b>Sufrimento Socio relacional</b>	152.22	<b>250.00</b>	<b>218.0</b>	<b>-2.201</b>	<b>.028*</b>
<b>Experiências positivas do sofrimento</b>	153.37	163.00	566.0	-.217	.828
<b>Sufrimento total</b>	153.24	173.50	524.0	-.455	.649

Quanto à influência da variável os “enfermeiros aliviam o seu sofrimento”, observamos pelos resultados do teste U de Mann Whitney presentes no Quadro 6 que as pessoas da amostra que respondem afirmativamente são as que apresentam níveis mais elevados de “sofrimento psicológico”, “físico”, “existencial”, “experiências positivas do sofrimento” e “sofrimento total”, contudo

as diferenças encontradas são estatisticamente significativas apenas para o “sofrimento psicológico” (U=711.0; Z= 2.797; p=0.005), (cf. Quadro 5).

**Quadro 5 – Teste de U de Mann Whitney entre o IESSD e “Os enfermeiros aliviam o seu sofrimento?”**

OS ENFERMEIROS ALIVIAM O SEU SOFRIMENTO (N=306)					
	Sim (n=296)	Não (n=10)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>Sufrimento Psicológico</b>	<b>156.10</b>	76.60	<b>711.0</b>	<b>-2.797</b>	<b>.005**</b>
<b>Sufrimento Físico</b>	153.93	140.90	1354.0	-.459	.646
<b>Sufrimento existencial</b>	154.55	122.50	1170.0	-1.127	.260
<b>Sufrimento Socio relacional</b>	153.22	161.90	1396.0	-.306	.760
<b>Experiências positivas do sofrimento</b>	154.06	136.90	1314.0	-.605	.545
<b>Sufrimento total</b>	154.94	110.90	1054.0	-1.549	.121

Estudo da influência da prática religiosa no sofrimento.

Quanto à influência da prática de “religião” no “Sofrimento”, verificamos uma associação positiva com diferenças estatisticamente significativas com o sofrimento “físico” (U=3450.0; Z=-4.106; p=0.000), “existencial” (U=4184.0; Z=-2.736; p=0.006), “socio relacional” (U=4570.0; Z=-2.021; p=0.043) e “Total” (U=3978.5; Z=-3.177; p=0.002), (cf. Quadro 6). Ou seja, as pessoas que sofrem mais são as que se confessam praticantes de uma “religião”.

**Quadro 6 – Teste de U de Mann Whitney entre o IESSD e “Pratica alguma religião?”**

PRATICA ALGUMA RELIGIÃO (N=306)			
	Não (n=43)	Sim (n=263)	U de Mann Whitney

	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>Sofrimento Psicológico</b>	131.87	157.04	4724.5	-1.730	.084
<b>Sofrimento Físico</b>	102.23	<b>161.88</b>	<b>3450.0</b>	<b>-4.106</b>	<b>.000***</b>
<b>Sofrimento existencial</b>	119.30	<b>159.09</b>	<b>4184.0</b>	<b>-2.736</b>	<b>.006**</b>
<b>Sofrimento Socio relacional</b>	128.28	<b>157.62</b>	<b>4570.0</b>	<b>-2.021</b>	<b>.043*</b>
<b>Experiências positivas do sofrimento</b>	147.74	154.44	5407.0	-.461	.644
<b>Sofrimento total</b>	114.52	<b>159.87</b>	<b>3978.5</b>	<b>-3.177</b>	<b>.002**</b>

Estudo da influência da percepção de ameaça de vida e atribuição de sentido à vida no sofrimento.

O estudo da influência da percepção de ameaça de vida com o sofrimento revela, através do teste *U* de *Mann Whitney*, que as pessoas com doença crónica que já sentiram a sua vida ameaçada apresentam mais experiências de “sofrimento total” (OM=198.31 vs. OM=156.56) com diferenças estatisticamente significativas (U=5676.0; Z=-7.465; p=0.000), (cf. Quadro 7).

**Quadro 7 – Teste de U de *Mann Whitney* entre o IESSD e “Alguma vez sentiu a vida ameaçada?”**

ALGUMA VEZ SENTIU A VIDA AMEAÇADA (N=306)					
	Sim (n=127)	Não (n=179)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>Sofrimento Psicológico</b>	<b>195.17</b>	123.94	<b>6075.0</b>	<b>-6.944</b>	<b>.000***</b>
<b>Sofrimento Físico</b>	<b>189.08</b>	128.25	<b>6847.5</b>	<b>-5.936</b>	<b>.000***</b>
<b>Sofrimento existencial</b>	<b>187.87</b>	129.11	<b>7001.5</b>	<b>-5.728</b>	<b>.000***</b>
<b>Sofrimento Socio relacional</b>	<b>195.44</b>	123.74	<b>6039.5</b>	<b>-7.003</b>	<b>.000***</b>
<b>Experiências positivas do</b>	149.19	156.56	10818.5	-.721	.471

sofrimento					
Experiências Subjetivas do Sofrimento (nota global)	198.31	121.70	5675.0	-7.465	.000***

O estudo da influência da atribuição de sentido à vida no sofrimento revela que as pessoas que manifestam que a sua vida não tem sentido apresentam valores de ordenação média superiores a nível do “sofrimento psicológico”, “físico” e “existencial”, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Constatamos assim que o “sentido da vida” não influencia o “sofrimento” na doença ( $U=4372.5$ ;  $Z=-0.024$ ;  $p=0.981$ ), porém verificamos que as pessoas que entendem que a sua vida tem sentido são as que manifestam mais “experiências positivas do sofrimento” ( $U=1522.5$ ;  $Z=-6.059$ ;  $p=0.000$ ), (cf. Quadro 8).

**Quadro 8 – Teste de U de Mann Whitney entre o IESSD e “Sente que a sua vida tem sentido?”**

SENTE QUE A SUA VIDA TEM SENTIDO (N=306)					
	Sim (n=274)	Não (n=32)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sofrimento Psicológico	151.49	170.73	3892.5	-1.165	.244
Sofrimento Físico	153.11	159.83	4277.5	-.225	.822
Sofrimento existencial	150.60	178.34	3589.0	-1.680	.093
Sofrimento Socio relacional	155.89	133.06	3729.5	-1.385	.166
Experiências positivas do sofrimento	163.94	64.08	1522.5	-6.059	.000***
Experiências Subjetivas do Sofrimento (nota global)	153.46	153.86	4372.5	-.024	.981

Quanto à influência da variável “os enfermeiros alguma vez o ajudaram a encontrar sentido para a sua vida” no sofrimento, observamos pelos valores do Quadro 9 que as pessoas que responderam afirmativamente são as que apresentam níveis mais elevados de sofrimento, revelando o teste de *U* de *Mann Whitney* diferenças estatisticamente significativas para o “sofrimento psicológico” (U=9205.5; Z=-2.011; p=.044), “existencial” (U=8965.5; Z=-2.336; p=0.019), “socio relacional” (U=8885.5; Z=-2.449; p=.014) e “sofrimento total” (U=8831.0; Z=-2.517; p=0.012). Podemos assim concluir que as pessoas com maior “sofrimento” sentem que os enfermeiros já as ajudaram a encontrar sentido para a vida.

**Quadro 9 – Teste de U de *Mann Whitney* entre o IESSD e “Os enfermeiros alguma vez o ajudaram a encontrar sentido para a sua vida?”**

OS ENFERMEIROS ALGUMA VEZ O AJUDARAM A ENCONTRAR SENTIDO PARA A SUA VIDA (N=306)					
	Sim (n=274)	Não (n=32)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>Sufrimento Psicológico</b>	<b>161.01</b>	139.74	<b>9205.5</b>	<b>-2.011</b>	<b>.044*</b>
<b>Sufrimento Físico</b>	152.80	154.79	10552.5	-.198	.850
<b>Sufrimento existencial</b>	<b>162.22</b>	137.51	<b>8965.5</b>	<b>-2.336</b>	<b>.019*</b>
<b>Sufrimento Socio relacional</b>	<b>162.62</b>	136.77	<b>8885.5</b>	<b>-2.449</b>	<b>.014*</b>
<b>Experiências positivas do sofrimento</b>	153.97	152.63	10598.0	-.127	.899
<b>Experiências Subjetivas do Sofrimento (nota global)</b>	<b>162.90</b>	136.27	<b>8831.0</b>	<b>-2.517</b>	<b>.012*</b>

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Este estudo apresenta dados relativos à percepção do doente crónico em ambiente hospitalar sobre a experiência de sofrimento, estratégias coping e cuidados de enfermagem para o alívio do sofrimento.

Os resultados vêm reforçar o paradigma de que a doença crónica atinge transversalmente o ser humano, desde o adulto jovem até ao grande idoso com uma intensidade de sofrimento que pode variar entre um grau reduzido a um grau elevado. Constatamos que o sofrimento é uma realidade vivida pelos doentes crónicos em ambiente hospitalar, um sofrimento multidimensional vivido na primeira pessoa e que varia de acordo com vários fatores.

De acordo com os achados do nosso estudo, a dimensão do sofrimento mais afetada é a psicológica, seguindo-se a socio relacional e física e por último a espiritual. Comparando com outros estudos, verificamos que a nossa amostra revela os níveis mais elevados de “sofrimento psicológico”: 3.18 vs. 2.66 (Gameiro, 1999), 2.58 (Costa, 2012). O sofrimento psicológico surge com o confronto com a doença, perda de controlo, a possibilidade de morte a curto prazo somatizando-se em ansiedade, medo, depressão, preocupação, irritabilidade, dificuldade de concentração, isolamento psíquico, luto antecipatório, perda de autonomia, sentimento de impotência (Santos, 2009).

São apontados como maior causa de sofrimento os sintomas da própria doença, efeitos secundários dos tratamentos, o sofrimento da família, pensar no futuro, a percepção de doença incurável, incerteza da eficácia dos tratamentos, a falta de apoio familiar, a solidão e abandono, a pobreza, o medo de dependência, as limitações físicas e restrições alimentares, a doença ou morte de um familiar.

As estratégias individuais de enfrentamento ou *coping* com maior impacto no alívio do sofrimento estão relacionadas com o carinho e acompanhamento familiar, com os cuidados de saúde, enfermeiros e médicos, com a Fé em Deus e práticas religiosas. São também apontados o convívio com amigos, conversas alegres, pensamento positivo, ter atenção e compreensão das pessoas, passear, andar ao ar livre e trabalhar. Há quem prefira esquecer, não pensar no futuro, viver um dia de cada vez, descansar, estar em casa. Ainda assim há quem não consiga lidar com o sofrimento, referindo que nada o alivia. A intervenção da enfermagem é considerada fundamental para o alívio do sofrimento. Os participantes gostam de ser tratados humanamente, valorizando a entrega autêntica do enfermeiro, demonstrada pela disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação, capacidade de ouvir e conversar, palavras de esperança e pensamento positivo, apoio emocional, amor, carinho, boa disposição, simpatia, sorriso, capacidade de brincar, profissionalismo, controlo de sintomas e a administração de medicação. Acrescentam ainda que os enfermeiros humanizam, esclarecem e ajudam a lidar com a doença.

As sugestões que apresentam para a melhoria das práticas de enfermagem, são por ordem de importância: mais carinho, simpatia, interesse, rapidez no atendimento, mais tempo, respeito pela dignidade das pessoas, bom senso, paciência e mais comunicação/ informação. Esta forma despersonalizada e apressada de cuidar poderá estar relacionada com más condições de trabalho, exaustão e depressão dos profissionais de saúde (Marôco, et al., 2016). O autor demonstrou que a nível nacional, entre 2011 e 2013, 20,8% dos enfermeiros amostrados apresentaram *burnout* moderado e 49,9% *burnout* elevado, encontrando uma correlação negativa significativa entre a dimensão

despersonalização/*burnout* de enfermeiros e médicos e a satisfação dos doentes.

Outros achados:

- Os doentes crónicos que sentem que os enfermeiros não se importam com o seu sofrimento apresentam maior “*sofrimento socio relacional*”;
- Os doentes crónicos que revelam que os enfermeiros aliviam o seu sofrimento apresentam maior “*sofrimento psicológico*”.
- Os doentes crónicos que mais sofrem mais são as que se confessam praticantes de uma “religião”, no entanto, os que entendem que a sua vida tem sentido são as que manifestam mais “*experiências positivas do sofrimento*”, significando que apesar do sofrimento vivido, muitas pessoas conseguem integrar esse sofrimento, refletindo um reajustamento e a busca de significados de um novo sentido para a vida.
- Os doentes crónicos que já sentiram a sua vida ameaçada apresentam mais experiências subjetivas de sofrimento em todas as dimensões, com exceção das experiências positivas.
- Os doentes crónicos que sentem que os enfermeiros já as ajudaram a encontrar sentido para a vida, são os mais sofredores.

O doente crónico em ambiente hospitalar apresenta de facto níveis elevados de sofrimento, sobretudo quando confrontados com a indiferença perante este, com a violação do princípio de autonomia, e consequente violação da dignidade da pessoa humana. Por sua vez, os enfermeiros e as famílias são reconhecidos como elementos fundamentais no alívio do sofrimento, daí a necessidade de uma maior sensibilização desses atores nos cuidados e apoio que prestam a estes doentes, a necessidade de intervenções ocupacionais que

reduzam a incidência do *burnout* em profissionais de saúde potenciando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, S. R. (Setembro de 2012). Experiencia percibida del sufrimiento y sintomatología psicológica en mujeres con cáncer de mama. *DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD*. Salamanca: FACULDADE DE PSICOLOGIA Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Gameiro, M. G. (1999). *Sufrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (Janeiro de 2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 24-30.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, F. S. (2009). Para Além da Dor Física - Trabalhando com a Dor Total. Em F. S. Santos, *Cuidados Paliativos - Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (pp. 411-426). São Paulo: Atheneu.

