

**Jornadas de Enfermagem  
da Escola Superior de Saúde do IPB**  
Bragança, 7-8 de junho 2013



**Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do  
IPB**

**LIVRO DE ATAS (EBOOK)**

**COORDENADORA:** Maria Helena Pimentel

**Colaboradores:**

André Novo

Angela Prior

Carlos Magalhães

Celeste Antão

Eugénia Anes

Leonel Preto

Lúcia Pinto

Manuel Brás

Maria Augusta Mata

Maria Gorete Baptista

Maria José Gomes

Norberto Silva

## **FICHA TÉCNICA**

### **Título**

Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

### **Data**

junho de 2013

**ISBN:** 978-972-745-159-3

**Editora:** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, eletrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

## Nota Introdutória

As primeiras jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança pretendem constituir-se num momento de encontro de todos os que se interessam pela prestação de cuidados em Saúde: professores, investigadores, profissionais da saúde e estudantes. Pretendem, ainda, aprofundar o conhecimento nas diversas áreas de intervenção e formação de Enfermagem em particular e de Saúde em geral. A parceria da ULS do Nordeste na organização do evento permitirá alargar e fomentar a interação entre o contexto de trabalho, a investigação e os contextos educativos, numa abordagem multidisciplinar e de compromisso.

As temáticas abordadas nestes dois dias de trabalhos acompanham o ciclo vital desde a saúde materno infantil, passando pelos cuidados à família e comunidade, a assistência da pessoa em situação crítica, a assistência na doença terminal e morte digna. Os cursos temáticos aprofundam o conhecimento em áreas específicas. Em suma serão abordados os diferentes modos de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes tendo em conta o papel privilegiado que os enfermeiros desempenham junto de quem recorre aos serviços de saúde. Ou, dito de outra forma, reforçar o compromisso que assumimos todos os dias com o cidadão.

Para assinalar a realização deste evento e congregar sinergias, elaborou-se o presente livro de atas. Este documento pretende assumir o compromisso da partilha e da divulgação do conhecimento. Para além da atualidade e relevância científica, constituem pontos de contato de estudiosos destas matérias, que respondendo ao nosso apelo submeteram comunicações sob a forma de comunicações orais e *posters*, que teremos oportunidade de acompanhar ao longo destes dois dias.

Se a produção de qualquer evento, direta ou indirectamente, nunca é um ato isolado o que aqui apresentamos contou com a colaboração e a conjugação de esforços de muitas pessoas. É de justiça, por isso, que se felicitem as comissões científica e organizadora que, por sua vez, contaram com o envolvimento ativo dos Dirigentes da Escola Superior de Saúde do IPB e da Unidade de local de Saúde do Nordeste Transmonstano.

Saudamos e agradecemos a presença de todos(as) os que quiseram juntar-se a nós, pela participação viva e empenhada.

Helena Pimentel

<b>RECURSOS E RESPOSTAS PESSOAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CUIDADOS CONTINUADOS DA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO PARA LIDAREM COM O FIM DE VIDA.....</b>	<b>423</b>
Lia Marcos, Maria Helena Pimentel, Maria Gorete Batista	
<b>REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. UM NOVO MODELO DE GOVERNANCE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?.....</b>	<b>430</b>
Maria Patrocínia Ferreira Sobrinho Correia	
<b>RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA E OS NÍVEIS DE CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DO COLESTEROL TOTAL EM JOVENS DO ENSINO SUPERIOR.....</b>	<b>444</b>
Maria Isabel Barreiro Ribeiro, Andreia Patrícia Afonso Ferreira, Diana Patrícia da Silva Domingues, Rita Sofia Padilha Martins, Susana Maria Silvestre Martiniano, Olívia Rodrigues Pereira	
<b>RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO.....</b>	<b>455</b>
Leonel São Romão Preto, Marco Paulo Correia Barata, Ana Cristina Neves Duarte Nunes Barata, Paula Eduarda Lopes Martins	
<b>ROTAVÍRUS- UMA REALIDADE PEDIÁTRICA.....</b>	<b>464</b>
Ângela Maria Moreira Lopes, Maria Filomena G. Sousa, Celeste da Cruz Meirinho Antão	
<b>SATISFAÇÃO DOS UTENTES DOS HOSPITAIS DE UMA ULS DO NORTE DE PORTUGAL FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>472</b>
Carina A.S. Ferreira, Manuel Alberto Morais Brás, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes	
<b>SER ENFERMEIRO: MOTIVAÇÕES E EXPETATIVAS DOS ESTUDANTES FINALISTAS DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA.....</b>	<b>487</b>
Maria Filomena Grelo Sousa, Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Celeste da Cruz Meirinho Antão, Maria Augusta Pereira da Mata	
<b>SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UM GRUPO DE UTENTES DIABÉTICOS.....</b>	<b>495</b>
Flávia Patrícia Vaz Lage, Carla Cristina Alves Afonso Martins, Maria Augusta Pereira da Mata	
<b>SOFRIMENTO NA DOENÇA CRÓNICA.....</b>	<b>503</b>
Maria Gorete Batista, André Pinto Novo, Ana Maria Nunes Galvão	
<b>SUICÍDIO - MITOS E FACTOS.....</b>	<b>518</b>
Almeida, E.C.	
<b>SUICÍDIO: UM PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA.....</b>	<b>524</b>
Eugénia Maria Garcia Anes, Natália Silva, Sandra Silva	
<b>TENSÃO ARTERIAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, ANTES E APÓS EXAME.....</b>	<b>533</b>
Eugénia Maria Garcia Jorge Anes; Adília Maria Pires Fernandes; Celeste da Cruz Meirinho Antão; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata; Maria Helena Pimentel; Maria Filomena G. Sousa, Maria de Fátima Pereira Geraldes	
<b>UM OLHAR SOBRE O OMBRO AOS CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PORTUGUESES SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES NO FINAL DA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI.....</b>	<b>539</b>
Manuel Alberto Brás, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes, Maria de Fátima Brás, Maria Isabel Praça, Sandra Cristina Mendo Moura	

## SOFRIMENTO NA DOENÇA CRÓNICA

Maria Gorete Batista<sup>1</sup>, André Pinto Novo<sup>1</sup>, Ana Maria Nunes Galvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

### RESUMO

**Introdução:** O depender de uma máquina para viver é, sob o ponto de vista psicossocial, "aterrador". O indivíduo sofre no mais interno do seu ser o que, apesar de não ser visível para os que o rodeiam, é o mais dramático. A doença renal terminal é uma das doenças crónicas mais exigentes pela natureza dos tratamentos e pela necessidade de cuidados contínuos, com inevitáveis repercussões na vida dos doentes, levando muitas vezes ao suicídio, mesmo que inconsciente.

**Objetivos:** Neste estudo pretendemos avaliar o sofrimento dos doentes em tratamento de hemodiálise, verificar a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e ainda validar a escala de sofrimento na doença (IESSD) para esta população.

**Material e Métodos:** Foi feito um estudo numa amostra de 210 doentes IRC em tratamento de hemodiálise, em 11 centros de diálise no norte e centro do país. Foi aplicado o Inventário das experiências subjectivas de sofrimento na doença (IESSD - McIntyre e Gameiro, 1997) e um questionário para caracterização da amostra.

**Resultados:** Foi analisada a fiabilidade da escala (estudo da correlação de Pearson das subescalas/dimensões do sofrimento físico, psíquico, existencial, sócio relacional e experiências positivas, com a pontuação global da escala), observando-se valores positivos e significantes o que reforça a validade de critério das dimensões destas variáveis ( $R^2=0,998$ ; Alfa de Cronbach= $0,944$ ). Os doentes apresentaram um score médio global de sofrimento =124,34. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o sofrimento e as variáveis sexo, idade, manutenção da atividade, distância do local de tratamento, esperança no TxR. Correlações negativas moderadas entre o sofrimento e habilitações literárias ( $-,211$ ) e positiva fraca com duração da doença ( $,029$ ). Relação significativa com a situação económica ( $p=0,14$ ).

**Conclusões:** O IESSD é um instrumento fiável para avaliar o sofrimento dos doentes em tratamento de hemodiálise. Estes apresentaram, em média, sofrimento moderado mas, atendendo a que os scores da escala variam no intervalo entre 44 e 220, podemos concluir que nesta amostra existem indivíduos em grande estado de sofrimento. Os indivíduos com doença há mais tempo têm níveis mais elevados de sofrimento e aqueles com mais habilitações e com melhor situação económica apresentam menor grau de sofrimento. Os autores sugerem aos profissionais que tratam os hemodialisados a avaliação do seu sofrimento, de forma a poder desenvolver-se, em equipa multidisciplinar, uma estratégia de ajuda em função da importância da estabilidade emocional para o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Sofrimento, doença crónica, IRC.

## INTRODUÇÃO

O sofrimento é uma experiência inevitável no ser humano "consciente de si" e confrontado com a sua condição de vulnerabilidade e finitude. Na perspectiva de alguns existencialistas é mesmo uma das suas particularidades ontológicas mais avassaladoras e determinantes (Renaud, 1994; Angerami-Camon, 1995).

Como diz Frei Bernardo (1994) quem é que não referencia a sua vida a situações de ruptura, como sejam "...doenças ou sofrimentos que parecem ter interrompido a continuidade homogénea ou o equilíbrio interessante da vida?" (p.34). A doença pode constituir uma fonte de sofrimento, senão a mais comum, pelo menos a mais evidente (Serrão, 1995), porque constitui sempre uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, confrontando-a com a sua fragilidade e com a ideia de morte (Gameiro, 1999). Principalmente as doenças irreversíveis, revelam-nos a vulnerabilidade da vida humana, a violência do real sofrimento físico, psíquico e do imaginário. Todo o mundo simbólico e projetado é posto em questão. "É doloroso o contraste entre o prazer, a satisfação, a alegria da criatividade, a experiência de vida com sucesso e a situação de limite, de sofrimento, de angústia, de vazio insignificante, medo do futuro e a eventualidade da desagregação pela morte" (Frei Bernardo, 1994).

A doença é um obstáculo ou limitação nos interesses e na satisfação das necessidades de qualquer indivíduo. Constitui uma fonte de sofrimento, de insatisfações e problemas de adaptação a uma situação nova na vida do doente.

"Estar doente" representa sofrer de um conjunto de sintomas que se enquadram num diagnóstico médico, ao qual se ajusta um determinado regime terapêutico, e a equipa de saúde centra-se no processo de tratamento, no sentido de reverter a doença. No entanto, a experiência da doença como fenómeno subjetivo de sofrimento -"sentir-se doente"- é outra dimensão do doente que necessita de assistência, e à qual nem sempre se presta a devida atenção (Gameiro, 1999).

Para além do carácter universal do sofrimento humano, é importante realçar a natureza pessoal da "experiência de sofrer". Em cada indivíduo, o seu "eu", embora estruturado sobre uma base neural comum a todo o ser humano, resulta da capacidade de actualização permanente da "estado de realidade" interna e externa, permanecendo verdadeiramente específico e próprio de cada pessoa (Pio Abreu, 1994; Damásio, 1995).

O sofrimento é um fenómeno subjetivo, enquanto vivência interior e pessoal, apesar das suas causas serem mais ou menos evidentes. Os seus significados pessoais e as suas expressões são únicos, e é nessa perspectiva que deve ser entendido.

É frequente percebermos que uma pessoa está a sofrer (pelos seus comportamentos e nossa avaliação subjetiva de que tem motivos para tal), sem no entanto entendermos o que é que de facto isso representa para a pessoa (Kahn e Steeves, 1986).

Segundo Gameiro (1986), ter o tempo preenchido e viver o sentimento do próprio valor e da utilidade daquilo que se faz é uma das maiores necessidades psicológicas do indivíduo. A pessoa doente pode ter que se afastar do trabalho, dos amigos, sentindo nascer em si, um sentimento de inutilidade perante os outros, e vê-se, em grande parte, privado dos meios de satisfazer muitas necessidades e interesses, tanto pessoais como familiares, sendo causa de frustrações e sofrimentos. "Os sofrimentos psicológicos ou morais são subtis pelo que muitas vezes os médicos e os enfermeiros se esquecem de os considerar nas suas relações com os doentes" (pag.59-65). As preocupações, os medos e as ansiedades com que vivem um acontecimento doloroso estão presentes e deve ser atribuída grande importância.

De acordo com Gameiro (1999), a pessoa sofre quando sente dor física mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda (ou falta) significativa (real ou em perspectiva para o seu futuro próximo).

Porém, mais do que a gravidade objetiva de uma doença, de uma perda ou de um acontecimento promotor de sofrimento, importa aferir qual a significação que a pessoa atribui à experiência (Béfécadu, 1993). De facto, o sofrimento é uma experiência complexa, englobando sensações, pensamentos, emoções e sentimentos desagradáveis associados a danos e/ou ameaças à integridade da pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo a construção de significados profundamente pessoais e acompanhados de forte carga afetiva (McIntyre, 1995), que normalmente ocorrem nas várias crises acidentais e do desenvolvimento humano (Sebastião, 1995).

Dada a natureza subjetiva da experiência de sofrimento, é natural que cada pessoa adote formas próprias para a exteriorizar. Alguns autores dão ênfase à natureza do processo de experiência de sofrer e consideram as expressões de sofrimento como manifestações das emoções e sentimentos correspondentes às fases desse processo (Sorensen e Luckman, 1986; Marques e col. 1991).

Segundo Gameiro (1999), face a uma perda grave, a pessoa inicia um percurso de sofrimento que inclui a experiência de emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza. Normalmente evolui para uma consciencialização da perda como um facto irreversível e, de forma gradual para a sua aceitação. Esta pode ser facilitada pela compreensão das suas causas ou pela atribuição de um significado de valor como experiência de vida ou de carácter metafísico.

A resolução saudável desses processos de sofrimento, nunca é o seu esquecimento, mas a capacidade de redefinir os objetivos de vida e voltar a sentir prazer de viver, substituindo o estado dominante de tristeza por sentimentos momentâneos de "estado de saudade triste" do objeto de amor perdido. Pelo contrário, se a resolução não for neste sentido, a pessoa pode ficar deprimida ou num estado de luto patológico, persistindo a negação e intensificando-se o sofrimento e os sentimentos de autculpabilização, desânimo e incapacidade de confronto com a realidade (Parkinson, 1986; Serrão, 1995; Gameiro, 1999).

O ser humano deve ser visto numa perspetiva holística e os processos fisiopatológicos sem cura, como as doenças crónicas, como tendo implicações graves ao nível psicossocial. A confrontação com uma doença crónica é um desafio complexo. O problema pode ser estabilizado ou eventualmente controlado, mas o indivíduo não deve esperar voltar a ter um nível de saúde semelhante àquele anterior ao aparecimento da doença. Algumas doenças crónicas não têm grande impacto na vida das pessoas que de algum modo conseguem gerir. No entanto, a IRC, é marcante e determinável para o indivíduo que a possui. Trata-se de uma doença que transforma, em várias instâncias, a vida de quem a possui. O impacto biopsicossocial é multifatorial, pois estão sujeitos tanto aos stressores de uma doença irreversível, como às várias alterações na vida, devendo-se estas não só à obrigatoriedade de depender de uma máquina e de uma equipa, mas também às restrições e limitações no seu dia-a-dia (Baptista, 2011; Martins, 2002).

Claro que com toda a evolução técnico-científica, é possível manter e aumentar a vida de pessoas que anteriormente estavam condenadas à morte, como os doentes em falência renal, embora esse "aumento de vida" seja feito à custa de grande "sofrimento humano", dado que a vida coexiste com a sobrevivência, devotando o indivíduo e sua família, à vivência perpétua de uma doença crónica, no curso da qual "não basta sobreviver, é essencial viver" (Duarte, 1992:145).

As pessoas com IRC, confrontam-se com uma pluralidade de problemas que começam muito antes da entrada num programa de diálise. Quando se diagnostica a IRC a quem teve uma vida praticamente saudável, cujos contactos com o Hospital provavelmente foram raros, sofre a primeira agressão importante, dirigida diretamente contra o seu "eu" mais íntimo, contra o seu autoconceito e contra a sua autoestima. Sofre a ameaça de duas palavras fatais: "insuficiência" e "crónica". Está-se a dizer a essa pessoa que é um doente e que o será para toda a vida.

Perante esta nova situação, e sempre dependendo do carácter e personalidade do indivíduo, podem ocorrer várias emoções, mas na maioria dos casos produz-se medo, angústia e

insegurança. O depender de uma máquina para viver é, sob o ponto de vista psicossocial, "aterrador". O indivíduo sofre no mais interno do seu ser o que, apesar de não ser visível para os que o rodeiam, é o mais dramático. A doença renal terminal é uma das doenças crónicas mais exigentes pela natureza dos tratamentos e pela necessidade de cuidados contínuos, com inevitáveis repercussões na vida dos doentes, levando muitas vezes ao suicídio, mesmo que inconsciente (Baptista, 2011; Martins, 2002).

Podemos dizer que a doença, seja ela qual for, constitui um obstáculo ou limitação nos interesses e na satisfação das necessidades de qualquer indivíduo. Constitui uma fonte de insatisfações, sofrimentos e problemas de adaptação a uma situação nova na vida do doente, que ele não os consegue solucionar sozinho. Segundo Gameiro (1986), as ajudas da sociedade, da família e dos técnicos de saúde, são indispensáveis para que o doente consiga adaptar-se novamente à vida.

## **OBJETIVOS**

O objetivo central da presente investigação consiste no estudo das experiências de sofrimento dos doentes em tratamento de hemodiálise e verificar a sua relação com algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Pretendemos ainda validar a escala de sofrimento na doença (IESSD) para esta população.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foi feito um estudo de carácter quantitativo, correlacional e de natureza descritiva e transversal, numa amostra de 210 doentes IRC em tratamento de hemodiálise, em 11 centros de diálise no norte e centro do país.

Para a recolha dos dados foram aplicados um questionário para caracterização da amostra, constituindo as variáveis independentes (género, idade, manutenção da atividade, distância do local de tratamento, habilitações literárias, duração da doença e situação económica) e o Inventário das experiências subjetivas de sofrimento na doença (IESSD -McIntyre e Gameiro, 1997), sendo o sofrimento a variável dependente.

O IESSD foi construído pelos autores no sentido de "avaliar a experiência de sofrimento do doente, enquanto estado de desconforto psicológico e de sobrecarga de emoções negativas ("distress"), tendo em conta os diversos domínios da pessoa como ser biopsicossocial, consciente de si e vivendo com angústia a sua condição existencial de fragilidade e finitude que a situação de doença, naturalmente, hipostasia" (Gameiro, 1999:114).

A escala é constituída por 44 itens, organizados por cinco dimensões e temáticas do sofrimento: *Sofrimento psicológico* com 13 itens (quatro para alterações e nove para alterações emocionais); *Sofrimento físico* com 6 itens (dois para a dor, dois para o desconforto e dois para a perda de vigor físico); *Sofrimento existencial* com 16 itens (três para alterações da identidade pessoal, três para alterações do sentido de controlo, cinco para limitações existenciais e cinco para limitações no projeto de futuro); *Sofrimento sócio relacional* com 7 itens (cinco para alterações afetivo-relacionais e dois para alterações sócio laborais); *Experiências positivas do sofrimento* com 5 itens. Para a medição do sofrimento (score global), relativamente a cada item, os inquiridos respondem numa escala tipo Likert de 1 a 5 pontos. No nosso estudo consideramos apenas a amplitude dos valores da escala, ou seja, os scores totais obtidos, para verificar a *intensidade de sofrimento expresso pelos inquiridos*. Assim, o score máximo da escala é de 220 pontos e o mínimo de 44 pontos.

Após a recolha dos dados, estes foram lançados e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0, para o Windows.

O tratamento estatístico dos dados relativos à caracterização da amostra foi efetuado através de análises descritivas das variáveis. Para estabelecer as relações entre as variáveis do estudo e tendo em vista os objetivos definidos para a presente investigação, a estratégia de análise dos dados consistiu no seguinte:

Analisou-se a consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) e as correlações (Pearson e Relação Linear) entre cada item da escala e a pontuação global e os  $\alpha$  de Cronbach parciais do constructo utilizado neste estudo nos indivíduos em tratamento de hemodiálise. Seguidamente avaliou-se o comportamento da amostra relativamente à IESSD. Somaram-se os todos os itens para obter a pontuação global de cada indivíduo incluído na amostra. Sendo assim, determinou-se a média amostral de scores obtidos na escala, o respetivo desvio padrão e os valores (máximo e mínimo) encontrados na amostra, relativos à escala. Para testar a hipótese de relacionamento da variável sofrimento com as variáveis sócio-demográficas e clínicas foram calculados coeficientes de correlação de Pearson e o teste t para amostras independentes.

## **RESULTADOS**

### **Análise de Fiabilidade da escala em estudo: IESSD**

Analisou-se a consistência interna do IESSD no grupo de hemodialisados. O resultado obtido para o  $\alpha$  de Cronbach é superior a 0,7 (Tabela 1) o que indica uma boa consistência interna da escala e, portanto, das respostas fornecidas pelos inquiridos.

**Tabela 1 – Consistência Interna do IESSD**

Escala	Hemodialisados	
	n	$\alpha$ de Cronbach
IESSD	210	0,944

Esta afirmação é confirmada pela análise das tabelas seguintes, nas quais se apresentam as correlações entre cada item da escala e a pontuação global (Tabela 2) e os  $\alpha$  de Cronbach parciais (Tabela 3).

Ao estudar a relação das sub-escalas do **IESSD** com a sua pontuação global, de modo a confirmar a **fiabilidade e validade** dos resultados obtidos, observaram-se valores de um modo geral positivos e significantes o que reforça a validade de critério das dimensões destas variáveis.

De notar, no entanto, que de um modo geral as correlações com as **Experiências Positivas do Sofrimento**, não são significantes.

**Tabela 2-** Correlação de Pearson entre cada item do IESSD e a pontuação global na amostra

	Grupo					
	Diabéticos			Hemodialisados		
	Scale Mean if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Scale Mean if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	113,82	,331	,920	121,08	,482	,943
Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença	113,09	,297	,921	121,19	,712	,942
Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer	113,23	,182	,922	121,17	,702	,942
Sinto que a doença me está a roubar tempo para fazer aquilo que gostaria	113,32	,603	,917	121,02	,622	,942
Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca	113,28	,703	,916	121,53	,702	,942
Desde que fiquei doente sinto-me triste	113,67	,584	,918	121,46	,698	,942
Preocupame a ideia de a minha doença me fazer perder o emprego	113,77	,547	,918	121,79	,370	,944
A doença obriga-me a pôr de lado alguns projectos importantes que tinha em mente	113,82	,524	,918	121,27	,510	,943
Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero	113,72	,593	,918	121,61	,622	,942
Desde que estou doente tenho sentido mais falta da minha família	114,12	,413	,919	121,85	,328	,944
Tenho receio de que a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família	113,61	,453	,919	121,53	,532	,943
Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto	113,11	,350	,920	121,05	,590	,942
Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença	113,26	,502	,919	121,75	,437	,944
Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física	113,09	,633	,917	121,01	,639	,942
A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida	113,58	,546	,918	121,21	,662	,942
Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade	113,67	,475	,919	121,95	,582	,943
Preocupo-me com as dores que possa vir a ter	113,54	,313	,920	121,22	,673	,942
Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas más que me poderão acontecer	113,42	,369	,920	121,48	,687	,942
Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença	113,54	,579	,918	121,44	,703	,942
Não consigo encontrar posição para estar confortável	113,81	,613	,918	121,93	,575	,943
Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida	113,82	,635	,917	121,60	,635	,942
A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas	113,42	,470	,919	120,90	,536	,943
Tenho dores difíceis de suportar	113,93	,482	,919	122,20	,507	,943
Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a	112,86	,442	,919	121,39	-,191	,947
Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer	113,68	,343	,920	120,99	,564	,943
Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro	113,32	,069	,923	121,23	-,075	,947
Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer	113,84	,385	,920	120,89	,585	,943
A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio	113,53	,526	,918	122,16	,589	,943
Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro	113,82	,552	,918	122,14	,420	,944
A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa	113,84	,534	,918	122,06	,539	,943
Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	113,49	,634	,917	121,92	,565	,943
Tenho receio de ficar com alguma deficiência física	113,72	,340	,920	121,48	,590	,942
A minha doença causa-me angústia	113,86	,444	,919	121,70	,748	,941
Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a "ganhar o pão" para a minha vida	113,84	,286	,921	121,57	,335	,944
O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar	113,44	,623	,917	121,73	,581	,943
Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto	113,74	,432	,919	121,94	,667	,942
Sinto que pouco posso esperar do meu futuro	113,60	,467	,919	121,64	,586	,942
Acho que vou recuperar as minhas forças	113,07	-,019	,923	121,47	,013	,946
Desde que estou doente tenho sentido muitos medos	113,81	,496	,919	121,69	,682	,942
Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida	113,65	,600	,918	121,86	,702	,942
Tenho dores que não me deixam descansar	113,68	,445	,919	122,15	,483	,943
Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos	113,11	-,038	,924	121,44	,095	,946
Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente	113,40	,374	,920	120,60	,580	,943
Penso que vou melhorar	113,35	,064	,923	121,25	,095	,946

**Tabela 3-** Correlação de Pearson entre as dimensões do IESSD, na amostra

<b>Dimensões IESSD</b>	Sofrimento	Sofrimento psicológico	Sofrimento físico	Sofrimento existencial	Sofrimento sócio relacional	Experiências positivas
Sofrimento psicológico	<b>0,931</b>	1				
Sofrimento físico	<b>0,798</b>	<b>0,733</b>	1			
Sofrimento existencial	<b>0,932</b>	<b>0,802</b>	<b>0,688</b>	1		
Sofrimento sócio relacional	<b>0,800</b>	<b>0,675</b>	<b>0,511</b>	<b>0,676</b>	1	
Experiências positivas	-0,043	0,040	0,138	-0,009	-0,083	1

Nota: Valores a negrito são significantes ( $p < 0,05$ )

A análise da Tabela 4 permite analisar a validade de critério das dimensões do IESSD. Os modelos de regressão linear, para cada variável, são significantes (ANOVA  $p < 0,05$ ), apresentam valores para o coeficiente de determinação próximos de 100% e coeficientes de regressão também significantes ( $p < 0,05$ ). Estes resultados reforçam a qualidade dos dados e mostram a boa fiabilidade e validade dos mesmos.

**Tabela 4** – RLM entre as dimensões do IESSD e a escala global, na amostra de Hds

<b>Dimensões IESSD</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>	<b>ANOVA</b>		<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
					<b>F</b>	<b>Sig.</b>		
(Constant)	11,91	0,44	27,28	0,000				
Sofrimento psicológico	1,01	0,01	71,83	0,000				
Sofrimento físico	1,00	0,02	43,30	0,000				
Sofrimento existencial	1,00	0,01	81,84	0,000	29586	0,000	0,999	0,998
Sofrimento sócio-relacional	1,01	0,02	54,12	0,000				
Experiências positivas	-0,43	0,02	-22,93	0,000				

### Níveis de Sofrimento observados nos hemodialisados

O quadro seguinte apresenta as estatísticas descritivas para o IESSD verificando-se que os valores máximos e mínimos de sofrimento estão dentro do intervalo esperado. Os hemodialisados da amostra apresentam, em média, um índice de sofrimento moderado (124,34), no entanto podemos observar que existem indivíduos na amostra com elevados níveis de sofrimento (218), atingindo quase o nível máximo.

**Quadro 1-** Estatística descritiva para o IESSD

	<b>Intervalo de Variação Esperado</b>	<b>Intervalo de Variação Observado</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Sofrimento</b>	44 a 220	53 a 218	124,34	35,89

### Relação entre o Sofrimento e variáveis SDC

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o sofrimento e as variáveis género, idade, manutenção da atividade, distância do local de tratamento. Verificaram-se correlações, negativa moderada entre o sofrimento e habilitações literárias (-,211) e positiva fraca com duração da doença (,029) e ainda uma relação significativa com a situação económica ( $p=0,14$ ).

Os resultados obtidos sugerem que o **género** não estará diretamente relacionado com o Sofrimento dos hemodialisados ( $p>0,05$ ), mas verifica-se que, em média, as mulheres da amostra apresentam níveis mais elevados de sofrimento que os homens (129,7 :125,3).

Não existe relação significativa entre a **idade** e o sofrimento mas os resultados apontam para uma correlação negativa, o que pode indicar que as pessoas mais velhas tendem a apresentar índices mais baixos de sofrimento.

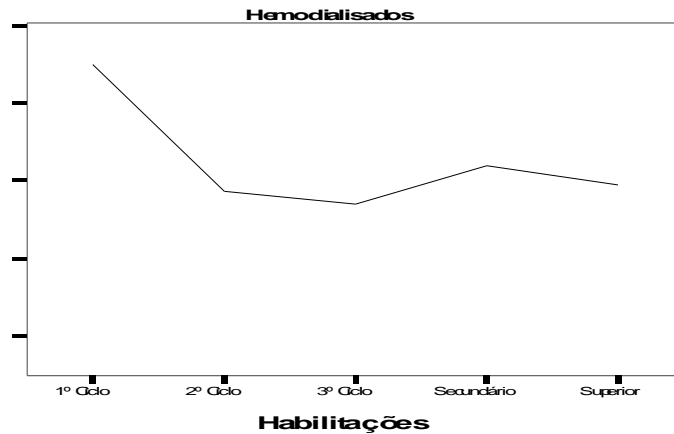
Relativamente à **manutenção da atividade** os resultados indicam que não existem diferenças significantes ( $p> 0,05$ ), entre os que estão reformados e os que ainda não se reformaram (127,37: 126,02) e entre os que continuam ou não a trabalhar (126,73: 127,05), apesar de se verificar que os que se mantêm activos apresentam menos sofrimento.

Não existem diferenças significantes entre a **distância do local de tratamento** e o sofrimento ( $p> 0,05$ ). No entanto verifica-se que os que moram mais longe apresentam níveis mais elevados de sofrimento do que os que moram mais perto (127,43: 126,43).

Existe uma correlação fraca e negativa (-,211;  $p <0,05$ ) entre as **habilitações literárias** e o sofrimento, pelo que maiores habilitações sugerem menor sofrimento. A análise dos perfis de

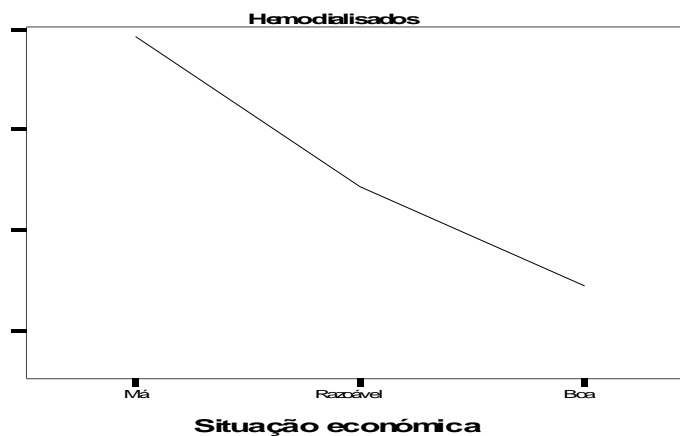
médias permitiu verificar também que a relação parece ser do tipo não linear, ou seja, as diferenças acentuam-se quando se consideram os sujeitos com menores habilitações (Gráfico 1).

**Gráfico 1-**Correlação entre as habilitações literárias e o sofrimento



Existem diferenças significantes entre o sofrimento e a **situação económica** ( $p < 0,05$ ). Uma melhor situação económica implica menor sofrimento (Gráfico 2).

**Gráfico 2-**Correlação entre a situação económica e o sofrimento



## DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Os hemodialisados em estudo apresentam níveis moderados de sofrimento (124,34) e, atendendo às variações observadas (53-218), podemos dizer que alguns se encontram em grande sofrimento enquanto outros confrontam a doença de forma positiva, sem sentimentos negativos que se traduzem em sofrimento.

Sem dúvida que a doença é um obstáculo ou limitação nos interesses e na satisfação das necessidades de qualquer indivíduo. Implica problemas de adaptação a uma situação nova na sua vida.

Assim sendo, a doença é uma fonte evidente de sofrimento, (Serrão, 1995), porque constitui sempre uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, confrontando-a com a sua fragilidade e com a ideia de morte (Gameiro, 1999). Principalmente as doenças irreversíveis, revelam-nos a vulnerabilidade da vida humana, a violência do real sofrimento físico, psíquico e do imaginário (Frei Bernardo, 1995).

Estar doente representa sofrer de um conjunto de sintomas que se enquadram num diagnóstico médico, ao qual se ajusta um determinado regime terapêutico, e a equipa de saúde centra-se no processo de tratamento, no sentido de reverter a doença. No entanto, a experiência da doença como fenómeno subjetivo de sofrimento -sentir-se doente- é outra dimensão do doente que necessita de assistência, e à qual nem sempre se presta a devida atenção (Gameiro, 1999). Mais do que a gravidade objetiva de uma doença, de uma perda ou de um acontecimento promotor de sofrimento, importa aferir qual a significação que a pessoa atribui à experiência (Béfécadu, 1993). De facto, o sofrimento é uma experiência complexa, englobando sensações, pensamentos, emoções e sentimentos desagradáveis associados a danos e/ou ameaças à integridade da pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo a construção de significados profundamente pessoais e acompanhados de forte carga afetiva (McIntyre, 1995), que normalmente ocorrem nas várias crises acidentais e do desenvolvimento humano (Sebastião, 1995).

Dada a natureza subjetiva da experiência de sofrimento, é natural que cada pessoa adote formas próprias para a exteriorizar. Alguns autores dão ênfase à natureza do processo de experiência de sofrer e consideram as expressões de sofrimento como manifestações das emoções e sentimentos correspondentes às fases desse processo (Sorensen e Luckman, 1986; Marques e col. 1991).

Segundo Gameiro (1999), face a uma perda grave, a pessoa inicia um percurso de sofrimento que inclui a experiência de emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza. Normalmente evolui para uma consciencialização da perda como um facto irreversível e, de forma gradual para a sua aceitação. Esta pode ser facilitada pela compreensão das suas causas ou pela atribuição de um significado de valor como experiência de vida ou de carácter metafísico.

A resolução saudável desses processos de sofrimento, nunca é o seu esquecimento, mas a capacidade de redefinir os objetivos de vida e voltar a sentir prazer de viver. Se a resolução não for neste sentido, a pessoa pode ficar deprimida ou num estado de luto patológico,

persistindo a negação e intensificando-se o sofrimento e os sentimentos de autculpabilização, desânimo e incapacidade de confronto com a realidade (Parkinson, 1986; Serrão, 1995; Gameiro, 1999).

Neste estudo verificamos que os indivíduos com doença há mais tempo têm níveis mais elevados de sofrimento. Cordeiro (2009) também concluiu que os indivíduos que faziam hemodiálise há menos de um ano referiram melhor situação nos aspetos ligados ao funcionamento físico e ao bem-estar emocional.

Mais tempo de contacto com a doença e stressores, pode ter um efeito desgastante. Mas, por outro lado, esse mesmo tempo pode permitir também a organização de processos eficazes de confronto (*coping*) com a situação, diminuindo assim o sofrimento, melhorando a capacidade de auto-actualização e como conseqüentemente uma melhor aceitação da doença (Guerra, 1998; Gameiro, 1999). Grande percentagem dos indivíduos neste estudo realizam sessões de hemodiálise há mais de quatro anos (33,7%) o que indica, potencialmente, que já se encontram adaptados às limitações causadas pelo tratamento de hemodiálise.

Os hemodialisados com mais habilitações apresentam, neste estudo, menor grau de sofrimento. De interesse os achados de Gameiro (1999) sobre o sofrimento dos doentes, conclusivos de que a intensidade das experiências de sofrimento dos doentes difere, em termos globais, em função do respetivo nível de escolaridade, registando-se menor sofrimento nos indivíduos com instrução escolar intermédia (7 a 12 anos de estudos). Os que apresentaram mais sofrimento foram os de escolaridade mais baixa, seguidos dos indivíduos com escolaridade mais elevada. Associando o nível de escolaridade às competências cognitivo-conceptuais, é de admitir que as pessoas com menor nível de escolaridade possuam, em geral, menor capacidade de integração conceptual dos fenómenos perturbadores vividos, sofrendo mais com a doença (Joyce-Moniz e Reis, 1991).

Os hemodialisados que consideram ter uma boa situação económica, também apresentam menores níveis de sofrimento. De interesse foram os achados que Pearlin e col. cit. por Felton e Revenson (1984), encontraram nos seus estudos com doentes crónicos, ao verificarem que indivíduos que utilizaram a estratégia de fazer comparações positivas com os outros e desvalorizaram o sucesso económico, eram mais bem sucedidos em evitar a tensão económica, a perda da auto-estima e a depressão.

No entanto, no geral, os doentes Hds, apresentam um nível de rendimento inferior aos demais e, por isso, há necessidade de apoio social, disposições ocupacionais, resolução de problemas económicos, suporte afetivo e atento da família e assistência médica adequada (Lume, 1991).

Quando são programadas as sessões de HD, o *staff* terapêutico precisa de adaptar os planos de tratamento, conforme possível, paralelamente à resposta ao trabalho. Segundo Courts (1998) deveria ser possibilitada maior flexibilidade de horário para os doentes, dando-lhes assim hipótese de um maior controlo e permitindo-lhes manter algumas metas de estilo de vida e uma melhor qualidade de vida. Isto também apoia aqueles que querem e são capazes de manter uma ocupação. Mas este é um desafio enorme, num ambiente de escassos recursos...

Verificamos ainda que o IESSD é um instrumento fiável para avaliar o sofrimento dos doentes em tratamento de hemodiálise. Sugerimos aos profissionais que tratam os hemodialisados a avaliação do seu sofrimento, de forma a poder desenvolver-se, em equipa multidisciplinar, uma estratégia de ajuda em função da importância da estabilidade emocional para o sucesso do tratamento.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Angerami-Canon, V. A. (1995). *Histórias PSI: A Óptica Existencial em Psicoterapia*. São Paulo, Pioneira.
- Baptista, M.G.J. (2011). *Aceitação da Doença Crónica: Um estudo no adulto em tratamento de hemodiálise*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Béfékadu, E. (1993). La souffrance: Clarification Conceptuelle. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières*, 25 (1), 7-21.
- Cordeiro, J.A.B.L.; Brasil, V.V.; Silva, A.M.T.C.; Oliveira, L.M.A.C.; Zatta, L.T. & Silva, A.C.C.M. (2009). Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], 11 (4), 785-93.
- Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*, 6ª ed, Mem Martins: Publicações Europa América.
- Duarte, J. P. (1992). Doença Crónica: Uma corrida de obstáculos. *Revista Portuguesa de pediatria*, 23, 145-150.
- Felton, B. J., Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 343-353.
- Bernardo, O. P. (Fr.), (1995, Abril). Ser e estar doente. *Divulgação*, 34, 3-6.
- Gameiro, A. (1986). A doença e o doente. In: *Noções de Psicologia e Relações Humanas*, Edições Salesianas, Porto, 59-65. Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de século.

- Lume, J. R. (1991). Aspectos Gerais sobre a Situação da Pessoa em Hemodiálise. *Arquivos de Medicina*, 5 (2), 88-92.
- Marques, A. R.; Santos, G.; Firmino, H.; Santos, Z.; Vale, L.; Abrantes, P.; Moniz, M.; Amaral, A. P.; Galvão, M. J.; Clemente, V.; Pissarra, A.; Albuquerque, E.; Gomes, A. A. & Morais, I. (1991). Reações emocionais à doença grave: como lidar. *Psiquiatria clínica*. Coimbra.
- Martins, G. (2002). *A Auto-Atualização e o Sofrimento na Explicação da Aceitação da Doença Crónica: uma investigação no adulto em tratamento de Hemodiálise*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da U.P.
- McIntyre, T. M. (1995 b). Aspectos Positivos do Sofrimento. In McIntyre, T. M.; Vila-Chã, C. *O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares* (pp. 125-131). Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos Clínicos (APPORT).
- Parkinson, H. M. (1986). Coping with Loss and other Changes. In: Sorensen, K.C.; Luckmann, J. - *Basic Nursing: a Psychophysiological Approach* (2ª ed., pp. 125-134). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Pio Abreu, J. L. (1994). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Renaud, M. (1994, Dez). A Intimidade e Alteridade da Pessoa. In *Cadernos de Bioética* (Vol. 7, pp. 9-36). Coimbra: CEB.
- Sebastião, L. (1995, Abril). A Pedagogia da Dor e do Sofrimento. In *Cadernos de Bioética: Sofrimento e Dor* (Vol. 9, pp. 41-46). Coimbra: CEB.
- Serrão, D. (1995). A Eutanásia e o Direito de não Sofrer. In *Cadernos de Bioética: Sofrimento e Dor*. Coimbra, Edição CEB, (9), Abril, 29-34.