

Sufrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia

Suffering of women having chemotherapy after mastectomy.

Fátima da Conceição Martins Luzio Ferreira*

Resumo

O fenómeno do sofrimento tem sido uma contínua preocupação, fazendo convergir grandes esforços dos vários sectores da saúde, no sentido de o aliviar e lhe conferir um significado e uma justificação.

Neste contexto, realizámos um estudo quantitativo, de tipo descritivo-correlacional, que teve como objectivos analisar o sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e verificar em que medida o apoio social, a morbilidade física e psicológica e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas estão relacionadas com esse sofrimento. Foram inquiridas 84 mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia.

Os resultados demonstram que as doentes vivenciam maior sofrimento psicológico e sócio-relacional e menos experiências positivas do sofrimento.

Quanto maior o apoio social menor é o sofrimento e as doentes com morbilidade física e psicológica mais intensa apresentam maior sofrimento, tal como as mais velhas e as não casadas. Manifestam-se menos sofredoras as que possuem formação académica mais elevada e verifica-se que à medida que vão aumentando os ciclos de quimioterapia, as doentes percebem maior sofrimento. As que foram informadas acerca da reconstrução mamária e as que pretendem fazê-la apresentam menor sofrimento, comparando-as com as que não foram informadas e as que não pensam realizar essa reconstrução.

Palavras-chave: sofrimento, mastectomia, mulheres, oncologia, quimioterapia.

* Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Mestre em Saúde Ocupacional.

Abstract

The phenomenon of suffering has been an on-going concern, leading to great efforts in several health sectors aimed at easing it and giving it meaning and justification.

In this context, we carried out a quantitative descriptive-correlational study aimed at analysing the suffering of women having chemotherapy after mastectomy, and identifying to what extent social support, physical and psychological morbidity and some sociodemographic and clinical variables are related to that suffering. A total of 84 of these women were surveyed.

The results demonstrate that these patients experience a major psychological and socio-relational suffering and few positive experiences of suffering.

Those patients who receive more social support experience less suffering, while those with more physical and psychological morbidity show greater suffering, such as older and single patients. Patients with higher academic qualifications show less suffering and, as the number of chemotherapy cycles increases, patients experience greater suffering. Those who were informed about breast reconstruction and those who plan to take this step show less suffering when compared to those who were not informed and who do not consider having reconstruction.

Keywords: suffering, mastectomy, women, oncology, chemotherapy.

Recebido para publicação em: 15.10.08

Aceite para publicação em: 03.04.09

Introdução

Todo o sofrimento é uma “intimidação” à identidade da pessoa humana. É o desconforto severo que ameaça a integridade e continuidade da pessoa como um todo (Cassel, 1991).

A saúde e a doença, a felicidade e o sofrimento, vão acontecendo ao longo da vida, tornando-se vivências pessoais construtoras da história de cada um. Aliviar o sofrimento é intervir nesses ciclos, recorrendo a uma infinidade de meios e vias, todos eles com a finalidade última de reconduzir a pessoa à harmonia e ao equilíbrio. Essas intervenções, não podem restringir-se a uma só dimensão, tendo em conta a multidimensionalidade do ser humano.

O cancro da mama na mulher é uma das grandes preocupações em todo o mundo, implicando quase sempre uma mastectomia associada à quimioterapia, representando um enorme sofrimento devido às alterações físicas, emocionais e relacionais, entre outras. Mas não é apenas a mulher que manifesta problemas de ajustamento. A família também é envolvida pela doença, tratamento e suas conseqüências, mas para a mulher, o apoio da família e amigos é muito significativo para a sua adaptação, na medida em que contribui para diminuir os sentimentos negativos que experiencia naqueles momentos. Por sua vez, a família e pessoas significativas necessitam de suporte emocional, levando-os a expressar os seus sentimentos, preocupações e necessidades.

A mulher mastectomizada, e especialmente a que é submetida a quimioterapia, sofre no seu corpo, na sua alma, em todo o seu ser. Sofre, porque foi atingida no seu esquema corporal, na sua feminilidade, cuja nova imagem leva muito tempo a integrar ou não integra mesmo, no seu eu profundo estas alterações, temendo por elas em relação ao seu parceiro sexual. Sofre porque teme a dor, as limitações e os efeitos adversos da quimioterapia, que por si mesmo lhe demonstram a gravidade da doença. O espectro da morte e da decadência orgânica estão presentes no seu espírito. Para além disso, nos contactos hospitalares, observa trajectos dolorosos e apercebe-se do desfecho de alguns destes percursos. Sofre ainda, porque vê ruir projectos pessoais e profissionais e por inúmeras questões relacionadas com a sua família. Esta e os amigos, tendo dificuldade em enfrentar a realidade, vão espaçando os contactos e, quantas vezes, os

profissionais de saúde também se distanciam, por mecanismos de defesa pela dificuldade em conviver com estas situações tão dolorosas. Felizmente, para outras mulheres, à medida que a evolução é positiva, os tratamentos surtem efeito, e com o apoio dos seus familiares e amigos, a esperança da cura renasce. Os projectos de reconstrução mamária, com a melhoria da imagem corporal ou mesmo uma reintegração profunda do seu esquema corporal, levam a mulher a uma visão mais positiva da vida e a novos projectos existenciais.

Perante casos enquadrados num ou noutro dos percursos acima referidos, quantas vezes nos questionámos sobre o sofrimento destas mulheres, o que favorece ou não os seus mecanismos de adaptação, lhes alivia ou agrava o sofrimento, observando mais profundamente as situações, mas sem o fazermos com base num projecto sistematizado. A perspectiva de um estudo com metodologia científica abriu-nos essa possibilidade, pois esta é uma das nossas áreas de interesse.

Na revisão da literatura encontrámos alguns estudos a nível nacional e internacional, que se debruçaram sobre o sofrimento do doente oncológico. Alguns autores orientaram o seu interesse especificamente para o sofrimento de mulheres com cancro da mama. Uns, no sentido de conhecer melhor as suas implicações no ser biopsicossocial (Arman *et al.*, 2002; Iwamitsu *et al.*, 2003) outros, nomeadamente Kamienski (1997), estudando a relação entre o sofrimento e o apoio social, e ainda outros desenvolvendo um estudo sobre sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia, por doença oncológica da mama ou ginecológica (Apóstolo *et al.*, 2006).

Neste âmbito, desenvolvemos o presente estudo – *sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia*, centrado nos seguintes objectivos: analisar o sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e verificar em que medida o apoio social, a morbidade física e psicológica, e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas estão relacionados com esse sofrimento.

Neste artigo, após um breve enquadramento teórico sobre sofrimento, descrevemos a metodologia, a apresentação e análise dos dados e a apreciação crítica dos resultados, tendo por base o quadro de referência e a nossa experiência, evidenciando os mais pertinentes, bem como algumas implicações para a prática de cuidados. Concluímos, mencionando os

aspectos considerados mais pertinentes, servindo de base a uma reflexão e ponto de partida para novos tipos de investigação.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Sofrimento

O sofrimento é descrito como uma experiência inevitável à condição do ser humano. Está associado a uma doença, à incapacidade física, a uma alteração da imagem corporal ou a uma perda de grande significado. É um sentimento tão íntimo, que é muito difícil de descrever e medir, apesar de tantas pessoas o vivenciarem. Mesmo os autores da especialidade têm dificuldade em precisar o conceito, pois todos eles estão sujeitos a críticas, por se confundirem com dor, stresse, depressão, ansiedade, desgosto, entre outros. No entanto, é mais frequente reduzir o sofrimento à existência de dor (Béfékadu, 1993).

Sebastião, citado por Gameiro (1999, p. 30) estabelece a diferença entre dor e sofrimento. Dor é uma *“...«sensação essencialmente física» associada a uma determinada agressão dos sistemas orgânicos e sofrimento (...) uma «sensação psíquica» associada a sentimentos de ameaça, de perda e/ou culpa que normalmente ocorrem nas várias crises acidentais e do desenvolvimento humano, mesmo na ausência de dor”*.

No entanto, o autor citado, refere que a dor intensa conduz ao sofrimento e o sofrimento intenso provoca dor. Decorrente da complexidade e falta de consenso em torno deste construto, há a opinião de que pode haver dor sem sofrimento e sofrimento sem dor (Cassel, 1991), pelo que haverá dores que não chegam a fazer sofrer e que na grande maioria das vezes, a dor provoca sofrimento, e o sofrimento, sobretudo quando prolongado, pode conduzir à dor. Se estiver relacionado com a fase terminal de vida, diz respeito a tudo em que o analgésico não exerce qualquer efeito. Neste âmbito, se podem colocar duas questões, para as quais não haverá respostas adequadas: “Quando tiverdes tratado a dor, permanecerá ainda o sofrimento? E se sim, que fareis?” (Cantista, 2001, p.63).

A definição de sofrimento, como um estado de desconforto severo, “distress”, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade ou

continuidade de vida da pessoa como um todo, apresentada por Cassel (1991), é defendida por Kahn e Steeves (1986), referindo que o sofrimento é experimentado quando aspectos cruciais “de si”, da existência da pessoa, estão ameaçados. Por sua vez, Rawlinson, citada por (Béfékadu) 1993, como filósofa existencialista, considera que o sofrimento é uma experiência de ruptura na existência e integridade da própria pessoa.

Complementando as definições anteriores, Gameiro (1999, p. 35-36) considera que “o sofrimento é uma característica ontológica do ser humano enquanto «consciente de si» (...). Sofrer é viver o impacto de um mal estar biopsicossocial intenso que domina a consciência e altera a experiência existencial e a capacidade de relação com o mundo”.

Independentemente das várias formas de abordagem do sofrimento, salienta-se sempre o modo pessoal e subjectivo como ele é enfrentado.

Béfékadu (1993) refere que não é a gravidade do acontecimento de vida em si, que leva ao sofrimento, mas o significado que a pessoa lhe atribui. Assim, um acontecimento percebido como gerador de sofrimento para uma pessoa pode não ser para outra.

Nesta perspectiva, não podemos deixar de enfatizar a importância que Ribeiro (1998) confere à expressão do sofrimento, manifestando que não é pela apreciação exterior dos sentimentos de uma pessoa, que podemos deduzir do seu sofrimento. A capacidade que o indivíduo tem em enfrentá-lo é pessoal. Daí que há formas de expressar sofrimentos que à primeira vista nos parecem fúteis, mas têm muito valor para aquele que sofre. A interpretação que fazemos do sofrimento de um indivíduo, através das suas atitudes e comportamentos, pode não corresponder ao que de facto isso abrange e o que representa para ele, pois cada um adopta um modo próprio de exteriorizar as suas emoções e sentimentos.

Podemos considerar que o sofrimento é um estado de desconforto intenso, associado a acontecimentos de vida que interferem na integridade da pessoa, como um ser biopsicossocial e espiritual, envolvendo significados de natureza pessoal e subjectiva.

O doente oncológico, pela grande complexidade emocional que o diagnóstico de cancro, o tratamento ou a comprovação de recidivas e/ou metástases originam, experimenta sentimentos de profundo mal-estar e tristeza. É inquestionável que o cancro e

o seu tratamento interferem no sofrimento de uma forma mais ou menos directa, sendo as implicações da cirurgia, à qual se associa a dor, o linfedema, as limitações do membro superior do lado operado e as sensações de “peito fantasma”, assim como os efeitos secundários da quimioterapia, concretamente a alopecia, os que têm maior influência.

Altschuler (1997) refere que a alteração da imagem corporal é indubitavelmente responsável por altos níveis de ansiedade, e o luto que ocorre pela perda da mama leva algumas mulheres ao pessimismo e à depressão. Coenson, citado por Citero *et al.* (2001), enfatiza que a alta prevalência de perturbações psiquiátricas em doentes oncológicos é de esperar, pois convivem com a dor, a alteração da imagem corporal, a perda da função sexual, a dependência, o isolamento, a separação e a morte, para além de terem de suportar as constantes deslocações ao hospital, os elevados custos e várias perturbações no ambiente familiar.

As diferenças a nível afectivo entre doentes que retraem as emoções negativas e aquelas que as expressam após lhe ter sido diagnosticado um cancro da mama, foram estudadas em 87 mulheres, 1 mês após o diagnóstico. As que não expressavam as emoções negativas, encontravam-se extremamente ansiosas, deprimidas e confusas, comparativamente às que as expressavam (Iwamitsu *et al.*, 2003).

Arman *et al.* (2002), ao realizarem um estudo qualitativo sobre experiências de sofrimento em mulheres com cancro da mama, em diferentes estádios da doença, demonstraram que a experiência de sofrimento destas mulheres lhes “toca” em tudo na vida, incluindo os seus pontos de vista e as suas relações com os outros.

Segundo Cantista (2001, p.72), o sofrimento é inerente à existência humana e não devia ser encarado como uma infelicidade ou um cataclismo, mas sim integrado na faceta “do meu existir”. Aceitando este pressuposto, sofrer custa sempre, mas o sofrimento será tão benéfico, quanto “souber responder eticamente de si e do mistério da sua própria história que, longe de a mergulhar num colectivo indiferenciado, a faz emergir na singularidade de um existir único e irrepetível”.

Naturalmente que o sofrimento pode atingir a pessoa no seu desejo de viver, levando-a a sentir-se totalmente inútil, porém se sentir nisso algum desenvolvimento, então a forma de o suportar será diferente e confiará no futuro com mais alguma esperança.

2. Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de tipo descritivo-correlacional, com a seguinte questão e hipóteses de investigação:

Q1:Quais são as dimensões, em termos de experiências subjectivas de sofrimento na doença, em que as mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia experienciam maior intensidade?

H1:Existe relação entre o sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e o apoio social.

H2:Existe relação entre o sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e a morbidade física e psicológica.

H3:Existe relação entre o sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e a idade.

H4:O sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia é diferente consoante o estado civil.

H5: Existe relação entre o sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e os anos de escolaridade.

H6:Existe relação entre o sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e o número de ciclos de quimioterapia.

H7:O sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia é diferente consoante foram ou não informadas acerca da reconstrução mamária.

H8: O sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia difere consoante pretendem ou não realizar a reconstrução mamária.

2.1 Amostra

A amostra foi constituída por 84 mulheres mastectomizadas sujeitas a quimioterapia, no hospital de dia de um hospital de Coimbra, com idades compreendidas entre os 35 e os 76 anos, sendo a média de 52.99 anos e o desvio padrão de 10.66 anos.

Relativamente ao estado civil, 76.2% eram casadas, seguidas de 11.8% de viúvas e 6% tanto de solteiras como de divorciadas/separadas. Quanto aos anos de escolaridade, 64.3% das mulheres tinham tempo de escolaridade compreendido entre 4 e 9 anos, 25.0% entre 13 e 19 anos e 10.7% entre 10 e 12 anos.

No que diz respeito ao número de ciclos de quimioterapia realizados, 54.8% das mulheres tinha realizado menos de 8 ciclos, seguindo-se 34.5% que realizaram entre 8 e 15 e 10.7% entre 16 e 25. A maioria das mulheres (58.3%) referiu ter sido informada de que podia fazer reconstrução mamária e 41.7% não foi informada. Quanto à intenção de realizar este tipo de reconstrução, 76.2% afirmaram não ter essa intenção e 23.8% pretendiam realizá-la.

2.2 Instrumentos Utilizados

Tendo em consideração as orientações dadas pelos autores dos instrumentos de medida que utilizámos neste estudo, a colheita de dados foi efectuada através de questionário auto-administrado, constituído por um conjunto de questões sócio-demográficas e clínicas, pela Escala de Apoio Social (EAS) de Matos e Ferreira (1999), pela Lista de Verificação de Sintomas de Roterdão - Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) de Haes *et al.* (1990) e pelo Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença (IESSD) construído por McIntyre e Gameiro (1997).

A EAS, construída por Matos e Ferreira (2000), propõe medir três dimensões: apoio informativo, apoio instrumental e apoio emocional, com uma consistência interna de $\alpha = 0.84$, para o global da escala.

Este instrumento de medida integra um conjunto de 16 itens, avaliados através de uma escala tipo *Likert*. Apresenta cinco possibilidades de resposta a que se atribui uma pontuação de 1 a 5, correspondendo o último valor a níveis mais elevados de apoio social. Permite obter o grau em que a pessoa avalia o seu apoio social.

Na amostra em estudo ($n=84$), os valores de α de Cronbach variaram entre 0.899 e 0.914. Para o global da escala, o α de Cronbach apresentou o valor de 0.910, evidenciando que a escala apresenta boa consistência interna.

A RSCL foi aplicada em doentes com cancro, para avaliar o seu nível de stresse físico e psicológico, por Haes *et al.* (1990). Após a sua aplicação a 611 doentes, resultou uma lista de 30 sintomas, que foram classificados em sintomas físicos e psicológicos. O factor 1 representa os sintomas psicológicos, com uma consistência interna de 0.88. O factor 2 representa os

sintomas físicos, com uma consistência interna de 0.82. A escala permite quatro possibilidades de resposta, com uma pontuação de 1 a 4, correspondendo este valor à maior intensidade de cada um dos sintomas, com referência à última semana.

Na amostra estudada, a consistência da escala, no global é boa ($\alpha = 0.893$). A dimensão, sintomas psicológicos, também evidenciou boa consistência interna ($\alpha = 0.875$). Na dimensão sintomas físicos, o α de Cronbach foi de 0.808.

O IESSD é constituído por 44 itens, avaliados sob a forma de escala do tipo *Likert*, em que 1, não corresponde nada ao que se passa comigo e 5, corresponde totalmente ao que se passa comigo, que se diferencia em cinco dimensões: sofrimento psicológico, sofrimento físico, sofrimento existencial, sofrimento sócio-relacional e experiências positivas de sofrimento na doença.

O IESSD, na amostra em estudo, revelou valores de α de Cronbach, que oscilaram entre 0.968 e 0.971. Globalmente, o inventário evidenciou uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0.970$).

2.3 Procedimentos na colheita de dados

Após o cumprimento dos procedimentos formais e éticos, realizámos a colheita de dados de 24 de Julho a 5 de Setembro de 2003, no hospital de dia de um hospital de Coimbra, a 84 doentes mastectomizadas submetidas a quimioterapia, que aceitaram participar, de forma informada, no estudo, através de questionário auto-administrado, havendo necessidade de algumas explicações adicionais relativamente à compreensão do mesmo.

3. Apresentação e análise dos dados

Observando o quadro 1 e considerando os valores das médias relativas (média da dimensão a dividir pelo número de itens que constituem essa dimensão), podemos verificar que as mulheres envolvidas no nosso estudo experienciaram maior intensidade de sofrimento psicológico (3.44), seguido do sofrimento sócio-relacional (3.38). Verificamos ainda que as mulheres evidenciaram menor intensidade de sofrimento na dimensão existencial (2.96).

Os resultados correspondem a valores um pouco acima dos intermédios da escala (3.00), excepto no sofrimento existencial. O valor médio relativo de 3.21, na dimensão experiências positivas do sofrimento,

sugere que as doentes inquiridas têm expectativas pouco elevadas relativamente à recuperação do seu estado de saúde.

QUADRO 1 – Estatísticas descritivas relativas ao sofrimento das mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia (n=84)

Dimensões		s	X _{min}	X _{máx}	Média relativa*
Sofrimento psicológico	44.73	14.01	14.00	65.00	3.44
Sofrimento físico	18.76	6.25	6.00	30.00	3.13
Sofrimento existencial	47.31	16.78	24.00	77.00	2.96
Sofrimento sócio-relacional	23.63	6.28	10.00	35.00	3.38
Experiências positivas do sofrimento	16.06	5.88	5.00	25.00	3.21
Global	139.35	40.69	61.00	208.00	3.17

*Média da dimensão a dividir pelo número de itens

Observando o quadro 2, podemos constatar que o estudo da correlação entre o sofrimento das doentes e o apoio social revelou a existência de correlações significativas ($p < 0.05$). A correlação é negativa entre

o apoio social e o sofrimento, excepto na dimensão experiências positivas do sofrimento, cuja correlação é positiva, mas não significativa.

QUADRO 2 - Correlação entre o sofrimento e o apoio social

Apoio social		Ap. informativo		Ap. emocional		Ap. Instrumental		Ap. social total	
Dimensão	n	r	p	r	p	r	p	r	p
Sofrimento psicológico	84	-0.36	0.001	-0.34	0.002	-0.32	0.003	-0.38	<0.001
Sofrimento físico	84	-0.39	0.000	-0.30	0.006	-0.17	0.113	-0.32	0.003
Sofrimento existencial	84	-0.30	0.006	-0.22	0.047	-0.24	0.031	-0.29	0.008
Sofrimento sócio-relacional	84	-0.17	0.114	-0.23	0.038	-0.24	0.029	-0.24	0.026
Experiências positivas do sofrimento	84	+0.11	0.317	+0.12	0.267	+0.24	0.025	+0.19	0.088
Global	84	-0.33	0.002	-0.29	0.007	-0.28	0.009	-0.34	0.001

Como podemos verificar no quadro 3, correlacionando o sofrimento com a morbidade psicológica e física, as correlações são positivas e

significativas ($p < 0.05$). As experiências positivas do sofrimento estão correlacionadas negativamente com a morbidade.

QUADRO 3 - Correlação entre o sofrimento e a morbidade psicológica e física

Dimensões	Morbidade	Psicológica		Física	
		n	r	p	r
Psicológico	84	+0.77	0.000	+0.54	<0.001
Físico	84	+0.67	0.000	+0.63	<0.001
Existencial	84	+0.71	0.000	+0.57	<0.001
Sócio-relacional	84	+0.45	0.000	+0.32	0.003
Experiências positivas do sofrimento	84	-0.73	0.000	-0.50	<0.001
Global	84	+0.76	0.000	+0.60	<0.001

Através dos resultados apresentados no quadro 4, podemos constatar que o sofrimento está correlacionado positivamente com a idade, sendo esta

correlação significativa ($p < 0.05$). As experiências positivas do sofrimento estão correlacionadas negativamente com a idade.

QUADRO 4 - Correlação entre o sofrimento e a idade

Dimensões	Idade		
	n	r	p
Sofrimento psicológico	84	+0.57	<0.001
Sofrimento físico	84	+0.52	<0.001
Sofrimento existencial	84	+0.58	<0.001
Sofrimento sócio-relacional	84	+0.31	0.004
Experiências positivas do sofrimento	84	-0.60	<0.001
Global	84	+0.59	<0.001

Os resultados apresentados no quadro 5, permitem-nos constatar que existem diferenças significativas ($p < 0.05$) no sofrimento sócio-relacional, existencial, psicológico, sofrimento global e experiências

positivas do sofrimento em função do estado civil. Em termos globais, as doentes casadas tendem a evidenciar menor sofrimento relativamente às não casadas.

QUADRO 5 - Comparação do sofrimento em função do estado civil

Dimensões	n		s	t	p
Estado civil					
Sofrimento psicológico					
Casada	64	43.06	14.73	2.419	0.019
Não casada	20	50.05	9.96		
Sofrimento físico					
Casada	64	18.39	6.29	0.973	0.333
Não casada	20	19.95	6.14		
Sofrimento existencial					
Casada	64	44.59	16.47	2.757	0.007
Não casada	20	56.00	15.04		
Sofrimento sócio-relacional					
Casada	64	22.30	6.28	3.746	<0.001
Não casada	20	27.90	4.02		
Experiências positivas do sofrimento					
Casada	64	16.78	5.94	2.053	0.043
Não casada	20	13.75	5.15		
Global					
Casada	64	132.97	41.41	3.086	0.004
Não casada	20	159.75	31.16		

Como podemos verificar no quadro 6, existe correlação significativa ($p < 0.05$) entre os anos de escolaridade e o sofrimento. Os resultados sugerem

que as doentes com maiores níveis de escolaridade tendem a evidenciar menor sofrimento em termos globais.

QUADRO 6 - Correlação entre o sofrimento e a escolaridade

Dimensões	Escolaridade (anos)		
	n	r _s	p
Sofrimento psicológico	84	-0.47	<0.001
Sofrimento físico	84	-0.45	<0.001
Sofrimento existencial	84	-0.44	<0.001
Sofrimento sócio-relacional	84	-0.22	0.049
Experiências positivas do sofrimento	84	+0.33	0.002
Global	84	-0.46	<0.001

Ao analisar o quadro 7, podemos constatar que a correlação entre o sofrimento e o número de ciclos de quimioterapia revelou a existência de correlação positiva significativa ($p < 0.05$) entre as duas variáveis ao nível das dimensões sofrimento psicológico, físico,

existencial e também em termos globais. Entre as experiências positivas do sofrimento e o número de ciclos, a correlação é negativa e significativa. As doentes que realizaram maior número de ciclos tendem a evidenciar maior sofrimento em termos globais.

QUADRO 7 - Correlação entre o sofrimento e o número de ciclos de quimioterapia

Dimensões	Número de ciclos		
	n	r _s	p
Sofrimento psicológico	84	+0.32	0.003
Sofrimento físico	84	+0.28	0.009
Sofrimento existencial	84	+0.26	0.016
Sofrimento sócio-relacional	84	+0.14	0.198
Experiências positivas do sofrimento	84	-0.36	0.001
Global	84	+0.30	0.005

Os resultados apresentados no quadro 8, permitem-nos observar que existem diferenças significativas ($p < 0.05$) em todas as dimensões e também no global do sofrimento, consoante as doentes foram ou não

informadas sobre a possibilidade de reconstrução mamária. Em termos globais, as doentes que foram informadas tendem a evidenciar menor sofrimento relativamente às que não foram informadas.

QUADRO 8 - Comparação do sofrimento das doentes em função de terem sido informadas sobre a reconstrução mamária

Dimensões	n	s	t	p	
Foi informada					
Sofrimento psicológico					
Sim	49	40.96	15.44	3.292	0.003
Não	35	50.00	9.69		
Sofrimento físico					
Sim	49	17.22	5.47	2.772	0.007
Não	35	20.91	6.70		
Sofrimento existencial					
Sim	49	43.08	16.11	2.847	0.006
Não	35	53.23	16.09		
Sofrimento sócio-relacional					
Sim	49	22.04	7.05	2.862	0.003
Não	35	25.86	4.17		
Global					
Sim	49	127.80	41.91	3.251	0.002
Não	35	155.51	33.17		

Como podemos verificar no quadro 9, a comparação do sofrimento das doentes em função de pretenderem fazer reconstrução mamária revela-nos que existem diferenças significativas ($p < 0.05$) em

todas as dimensões do sofrimento. As doentes que pretendem realizar reconstrução mamária tendem a evidenciar menor sofrimento relativamente às que não pretendem.

QUADRO 9 - Comparação do sofrimento das doentes em função de pretenderem realizar reconstrução mamária

Dimensões Pretende fazer reconstrução	n	s	t	p	
Sofrimento psicológico					
Sim	20	32.15	14.21	5.295	<0.001
Não	64	48.66	11.48		
Sofrimento físico					
Sim	20	16.40	4.48	2.394	0.021
Não	64	19.50	6.57		
Sofrimento existencial					
Sim	20	37.25	13.56	3.243	0.002
Não	64	50.45	16.53		
Sofrimento sócio-relacional					
Sim	20	19.95	7.34	3.162	0.002
Não	64	24.78	5.48		
Experiências positivas do sofrimento					
Sim	20	19.85	4.51	4.011	<0.001
Não	64	14.88	5.78		
Global					
Sim	20	109.50	38.05	4.101	<0.001
Não	64	148.67	37.06		

4. Discussão dos resultados

As doentes envolvidas neste estudo apresentam maior sofrimento psicológico, o que vai de encontro à opinião de Béfécadu (1993), ao referir que independentemente da origem do sofrimento, ele afecta a pessoa na sua globalidade, manifestando-se no ser psicológico.

Os resultados que obtivemos reforçam que o diagnóstico de cancro e o seu tratamento, especificamente a quimioterapia, originam sofrimento psicológico e sócio-relacional, o que está de acordo com as descrições de alguns autores (Altschuler, 1997; Citero *et al.*, 2001; Jerónimo e Henriques, 2002), no entanto, os doentes sujeitos a quimioterapia parecem ter confiança neste tratamento e acreditam que vale a pena ser realizado. Arman *et al.* (2002), ao estudarem as experiências de sofrimento das mulheres com cancro da mama, concluem que elas apresentam sofrimento na sua globalidade, incluindo as relações

consigo próprias e com os outros, demonstrando assim que os profissionais de saúde para além de aliviarem o sofrimento físico, devem orientar os seus cuidados no sentido de aliviar o sofrimento psicológico e sócio-relacional que são, muitas vezes, remetidos para segundo plano ou frequentemente esquecidos.

O trabalho desenvolvido por Gameiro (1999), sobre sofrimento na doença, revelou níveis de sofrimento um pouco mais baixos relativamente aos do nosso estudo. Estas diferenças podem justificar-se pelos quadros clínicos dos doentes envolvidos no seu estudo, que variaram entre uma maioria de doenças de bom prognóstico e uma minoria de doenças de mau prognóstico.

As doentes com maior apoio social apresentam menor sofrimento psicológico, físico, existencial e sócio-relacional e mais experiências positivas do sofrimento, sugerindo que os profissionais de saúde devem estar mais atentos aos problemas

emocionais e sócio-afectivos das doentes, para além dos problemas físicos, evitando-lhes sentimentos de “despersonalização”, envolvendo mais os familiares e amigos no processo de tratamento e recuperação da doença e, quando necessário, pedir ajuda a outros profissionais.

Os nossos resultados são consistentes com os de Kamienski (1997), em que verificou uma correlação negativa altamente significativa entre o apoio social e o sofrimento, reforçando que as necessidades sociais das pessoas poderão ser satisfeitas através de afecto, simpatia, compreensão, estima, conselho, informação ou ajuda em relação à família e ao trabalho e também ajuda económica, tal como refere Thoits, citado por Matos e Ferreira (2000).

As doentes com morbilidade mais elevada percebem de uma forma mais intensa o sofrimento e evidenciam menos experiências positivas do sofrimento, como seria de esperar. Os resultados obtidos demonstram que, na avaliação do sofrimento das doentes, os profissionais de saúde devem valorizar todas as suas queixas, pois elas estão intimamente relacionadas e concorrem para o sofrimento. É necessário maior envolvimento e disponibilidade para escutar as doentes, encorajando-as a expressar a sua ansiedade, permitindo uma intervenção mais personalizada, como cada doente merece, pois como refere Morisson (2001), os doentes são antes de tudo pessoas.

A idade revelou-se como um factor determinante no sofrimento, cujos resultados traduzem que as doentes mais velhas vivenciam com maior intensidade o sofrimento, nas suas várias dimensões, e evidenciam menos experiências positivas de sofrimento. O estudo de Gameiro (1999, p.175) conclui que “os que mais sofrem ao nível existencial são os doentes dos grupos etários mais avançados”, pela tendência em centrar as suas atenções não só na própria doença, mas também nas estratégias de confronto, exacerbando-se a angústia existencial pelas limitações pessoais e dependência dos outros. A corroborar estes resultados surge o estudo de Degner *et al.* (1997), incluindo 1012 doentes com cancro da mama, concluindo que à medida que a idade vai avançando, as doentes se vão remetendo a um papel cada vez mais passivo (Martins, 2002). Percebe-se que essa passividade leve à não participação no seu tratamento e à falta de diálogo com os profissionais, não os questionando quanto à sua situação de saúde, aumentando mais

o desencontro entre uns e outros, constatando-se que as pessoas idosas são, muitas vezes, pouco compreendidas e valorizadas.

As doentes não casadas evidenciaram maior sofrimento em termos globais. A falta de comunicação e partilha de sentimentos, medos e emoções com um marido ou companheiro, em que as relações sociais não ajudam a superar, contribuem para a solidão e isolamento, pois a família pode constituir um dos melhores suportes para os doentes.

À medida que aumentam os anos de escolaridade diminui o sofrimento psicológico, físico, existencial e sócio-relacional e evidenciam-se mais experiências positivas de sofrimento. Resultados idênticos foram apresentados no estudo de Gameiro (1999, p.176) com “diferenças significativas principalmente em relação aos doentes com menor escolaridade, que se revelaram (...) como sendo os mais sofrendores”.

As doentes que realizaram maior número de ciclos de quimioterapia evidenciaram maior sofrimento psicológico, físico e existencial e menos experiências positivas do sofrimento. Estes resultados estão concordantes com a opinião de Bonassa (1992) e com as constatações da prática clínica, verificando-se que à medida que o número de tratamentos vai aumentando os efeitos colaterais se vão acumulando ao nível dos diversos órgãos e/ou sistemas, concorrendo para o sofrimento global.

Verifica-se que as doentes a quem foi fornecida informação, sobre uma possível reconstrução mamária, percebem menor sofrimento e mais experiências positivas do sofrimento, comparativamente àquelas a quem não foi dada essa informação. Os resultados revelam que os profissionais de saúde se devem desenvolver nesta área, especificamente sobre as diversas técnicas de reconstrução mamária e outros recursos, entre eles os grupos de apoio existentes, para que as doentes possam beneficiar do contacto com pessoas que passaram pela mesma experiência, tal como refere Northrup (2003).

As doentes que têm a pretensão de realizar a reconstrução mamária evidenciam menor sofrimento em comparação com as que não têm essa intenção. Embora a pretensão em realizar uma reconstrução mamária esteja intimamente relacionada com a informação, pois ninguém opta por realizar alguma coisa para a qual não foi informada, também é verdade que não se pode informar quem não reúne condições para a realizar, o que poderá justificar a

grande percentagem de doentes (41.7%), que não foi informada.

Conclusão

Com a divulgação destes resultados, pretendemos incentivar os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, para uma prática de cuidados mais humanizada, reconhecendo que a humanização não é apanágio de um grupo profissional, mas comum a todos os elementos de uma equipa.

Verificámos que as doentes estudadas experienciam sofrimento ao nível das diversas dimensões, evidenciando-se maior sofrimento psicológico e sócio-relacional, tendo expectativas pouco elevadas quanto à recuperação do seu estado de saúde.

O sofrimento está negativamente associado ao apoio social e positivamente associado à morbilidade física e psicológica. Quanto à idade, verificámos que à medida que ela avança maior é o sofrimento, sendo também mais elevado nas doentes não casadas em relação às casadas. No que se refere à escolaridade, ficou evidente que, quanto maior é a formação académica menor é o sofrimento. Demonstrou-se que à medida que o número de ciclos de quimioterapia vão aumentando, o sofrimento global também é mais intenso. Relativamente ao facto de as doentes serem informadas acerca de uma possível reconstrução mamária, constatámos que as doentes informadas evidenciam menor sofrimento ao nível de todas as dimensões. As doentes que expressam querer realizar a reconstrução mamária também apresentam menor sofrimento, em termos globais, comparando-as com as que não pretendem realizá-la.

Assim, perante estes resultados, os profissionais de saúde deverão valorizar todas as queixas das doentes, não descurando o alívio do sofrimento psicológico e sócio-relacional, proporcionando mais diálogo e maior compreensão junto das pessoas mais velhas e com menor escolaridade.

Também deverão dar a oportunidade às doentes não casadas para partilharem os seus sentimentos, ajudando-as a superar a falta da família e, muitas vezes, dos amigos. Estarem conscientes de que o sofrimento das doentes aumenta com o número de ciclos de quimioterapia. A informação sobre a reconstrução mamária, não deve ser negligenciada,

pois ajuda as mulheres a enfrentar melhor a doença e a aliviar o seu sofrimento.

Seria interessante desenvolver um estudo incluindo doentes com idêntica situação clínica, em regime de internamento, porque, habitualmente, a hospitalização interfere no sofrimento.

Concluimos que um melhor conhecimento dos factores que interferem no sofrimento das doentes mastectomizadas submetidas a quimioterapia pode ser um bom indicador dos cuidados prestados e um ponto de partida para melhorar as estratégias de intervenção no alívio desse sofrimento.

Bibliografia

ALTSCHULER, J. (1997) - *Working with chronic illness*. London: Ed. Macmillan Press Ltd.

APÓSTOLO, João L. A. *et al.* (2006) – Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874.0283. Nº 3, p.55-64

ARMAN, M. *et al.* (2002) - The Face of suffering among women with breast cancer. *Cancer Nursing*. Finlândia. ISSN 0162-220X. Nº 2, p.96-103.

BÉFÉKADU, Éliane (1993) - *La souffrance: clarification conceptuelle*. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières*. Nº 1, p. 7-21.

BONASSA, Edva Moreno Aguiar (1992) - *Enfermagem em quimioterapia*. São Paulo: Atheneu.

CANTISTA, Maria José (2001) - *O segredo do sofrimento ou o sofrer em segredo*. In DUPUIS, Michel *et al.* – *Dor e sofrimento: uma perspectiva interdisciplinar*. 1ª ed. Porto. Campo de Letras: Editores S.A. ISBN 972-610-363-0. p. 57-76.

CASSEL, Eric J. (1991) - Recognizing suffering. *Hasting Center Report*. p. 24-31.

CITERO *et al.* (2001) - Interconsulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão. *Psiquiatria na Prática Médica* [Em linha]. [Consult. Jul. 2003]. Disponível em www.unitesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial01.htm.

DEGNER, Lesly F. *et al.* (1997) - Information needs and decisional preferences in woman with a breast cancer. *Jama*. Chicago. ISSN 0098-7484. Nº 18, p. 1485-1492.

GAMEIRO, Manuel Henriques (1999) - *O Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-06-6.

HAES J. C. J. M. *et al.* (1990) - Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*. Nº 62, p.1034-1038.

IWAMITSU *et al.* (2003) - Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry Clinic*. Nº 3, p. 289-294.

- JERÓNIMO, Teresa; HENRIQUES, Rui (2002) - Cuidados de enfermagem a doentes com cancro da mama. **Enfermagem Oncológica**. Porto. ISSN 0873-5689. Nº 21, p. 24-35.
- KAHN, D. L.; STEEVES, R. H. (1986) - The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. **Journal of Advanced Nursing**. Nº 6, p. 623-631.
- KAMIENSKI, M.C. - (1997) **Relationship among suffering, self-transcendence, and social support in women with breast cancer**. Tese de doutoramento apresentada à Rutgers the State University of New Jersey. Newark. Proquest. [Consult. Nov. 2003].
- MARTINS, José Carlos Amado (2002) - **Autonomia na doença: estudo da atitude dos doentes perante os direitos à informação e ao consentimento**. Dissertação de Mestrado em Bioética, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- MATOS, A. P.; FERREIRA, A. (2000) - Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. **Psiquiatria Clínica**. Nº 3, p. 243-253.
- MORRISON, Paul (2001) - **Para compreender os doentes**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-97-6.
- NORTHROP, Christiane (2003) - **Corpo de mulher, sabedoria de mulher**. 2ª ed. Cascais: Sinais de Fogo – Publicações Lda. ISBN 972-8541-08-2.
- RIBEIRO, José Luis Pais (1998) - **Psicologia e saúde**. 1ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISBN 972-8400-07-1.