

Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia

Suffering and comfort in patients who undergo chemotherapy

João Luís Alves Apóstolo *

Andrea Cristina Marques Batista **

Carla Margarida Rainho Macedo ***

Eugénia Maria Rainha Pereira ****

Resumo

Contextualização: A pessoa em situação de doença grave experienciará sentimentos de ameaça, perda, insatisfação das necessidades básicas que despertam desconforto e sofrimento. Em situação de doença oncológica em quimioterapia, associa-se ainda o desconforto que decorre do tratamento, e consequente aumento da ameaça à integridade.

Objectivos: Descrever as características do sofrimento e do conforto das doentes em tratamento quimioterápico em Hospital de Dia; Analisar a relação existente entre conforto e sofrimento e se estes estão relacionados com o n.º de ciclos de quimioterapia e com a idade.

Método: Estudo descritivo correlacional utilizando-se o Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença e a Escala de avaliação do conforto em doentes a realizar quimioterapia, numa amostra de 50 doentes.

Resultados: As doentes a realizar quimioterapia, percebem maior conforto a nível sócio-cultural, menor conforto no contexto físico e maiores níveis de sofrimento empático, preocupando-se com o impacto negativo que a doença tem nos entes próximos. Conforto e sofrimento estão negativamente associados e não estão relacionados com o n.º de ciclos de quimioterapia realizados ou com a idade das doentes. Conforto e experiências positivas de sofrimento estão positivamente associados.

Conclusões: Pelo facto dos entes próximos serem percebidos como uma fonte relevante de conforto mas também como um potencial foco de sofrimento a intervenção cuidativa deverá assentar, para além do alívio físico, no conhecimento dos contextos sócio-relacionais da pessoa doente, ajudando-a a procurar o sentido da vida, no sofrimento e na existência.

Palavras-chave: sofrimento, conforto, oncologia, quimioterapia

* MS RN, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio da Enfermagem [joaoapostolo@eseaf.pt].

** RN, Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra.

*** RN, Bloco Operatório da Maternidade Bissaya Barreto de Coimbra [carlotamacedo@yahoo.com.br].

**** RN, Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra [eugeniarainha@sapo.pt].

Abstract

Background: The person who has a serious illness experiences feelings of threat, loss, dissatisfaction of the basic needs, which awakes discomfort and suffering. In situation of oncological illness in chemotherapy, one can also associate the discomfort that elapses from the treatment, and the consequent increase of the threat to the integrity.

Aims: To describe the characteristics of the suffering and comfort felt by female patients who are undergoing chemotherapy treatment in day Hospital; to analyse the relationship between the comfort and suffering felt by these patients, and if these states are related to the number of cycles of chemotherapy and to age.

Method: Descriptive/Correlational Study, using the "Comfort Chemotherapy Scale" and the "Inventory of Subjective Suffering Experiences in Illness", with a sample of 50 patients.

Results: The female patients who are undergoing chemotherapy perceive greater comfort at a socio cultural level; however, they suffer as they realise that their disease can cause suffering in their close relatives. Comfort relates negatively with suffering. Comfort and suffering are not related to the number of cycles of chemotherapy conducted or to the age of the patients. Comfort is positively related with the positive experiences of suffering.

Conclusions: Since the close relatives are seen as a relevant source of comfort but also a potential focus of suffering, the caring intervention should, for beyond physical relief, have for bases the understanding of the social relational contexts of the ill person, helping to look at the meaning of life, in the suffering and the existence.

Keywords: suffering, comfort, oncology, chemotherapy

Recebido para publicação em 13-03-06.

Aceite para publicação em 27-09-06.

Introdução

O sofrimento surge na ocasião de uma doença, incapacidade psíquica, modificação da imagem corporal ou de uma perda significativa e segundo Béfécadu (1993), está associado a sentimentos como a dor, o stresse, a ansiedade, a perda, o desgosto e depressão. O sofrimento é uma experiência universal e fundamental da condição humana. Frankl (2004) considera o sofrimento como uma experiência única e inevitável do ser humano, (Cassell, 1991) define-o como um estado de desconforto severo, provocado por uma ameaça actual ou percebido como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo e Travelbee (1971) considera-o como um sentimento de desprazer que varia de um simples e transitório desconforto mental, físico e espiritual até uma extrema angústia. Este autor considera ainda que o sofrimento pode evoluir para uma fase de desespero maligno, caracterizada pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de negligência de si mesmo, podendo chegar a um estado terminal de indiferença apática.

Do ponto de vista operacional, o sofrimento, na perspectiva de Gameiro (2000), engloba cinco dimensões: sofrimento psicológico, que diz respeito a alterações cognitivas e emocionais; sofrimento físico, referente à dor, desconforto e perda de vigor físico; sofrimento existencial respeitante a alterações da identidade pessoal, alterações do sentido de controlo, limitações existenciais e limitações no projecto de futuro; sofrimento sócio-relacional referente a alterações afectivo-relacionais, alterações sócio-laborais; experiências positivas do sofrimento relativo a sentimentos positivos na doença.

Tendo em conta que a doença é uma fonte de sofrimento, a mais comum segundo Serrão (1995), torna-se uma área pertinente e com necessidade de grande investimento por parte de todos os profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros.

A necessidade de compreender a experiência de sofrimento e desconforto que sustentem estratégias de alívio eficazes que conduzam a um estado de maior conforto, leva à necessidade de

apontar uma estrutura conceptual e operacional do conforto, conceito que tem sido referido nas diversas teorias como alvo nobre da enfermagem.

Assim, Kolcaba (1991, 1992, 1994, 2001; 2003) considera-o como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; o segundo estado, tranquilidade, é um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; o terceiro estado, transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação.

Segundo a autora, estes três estados de conforto desenvolvem-se nos seguintes quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psicoespiritual diz respeito à consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior; o contexto ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio.

A doença é uma enorme fonte de sofrimento que faz com que a pessoa se confronte com os seus limites, com a perda, repense os valores e procure incessantemente formas de o aliviar promovendo medidas de conforto. A pessoa doente, que sofre de desconforto, não se transcende podendo perder o sentido para a vida e incapacidade sentida para controlar o seu futuro. A doença é para qualquer pessoa uma experiência dolorosa e geradora de desconforto na medida em que tem o potencial de afectar todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspectos mais individuais até aos mais sociais (McIntyre, 2004).

Em situação de saúde, o sofrimento enquanto condição ontológica do ser humano mantém-se em

hibernação, ou seja, mantém-se na penumbra. Mas quando uma condição adversa surge na vida, como uma contrariedade, doença, depressão, ansiedade, incapacidade para fazer face às situações da vida e aos estímulos internos e externos, o ser humano sente-se ameaçado e o seu projecto de vida fica em risco. Nesta situação, como afirma Gameiro (2006), a “consciência de si” como sofrimento vem ao de cima.

Desconforto e sofrimento parecem ser um importante aspecto da doença como uma resposta à experiência da perda. Os estados de conforto nos diversos contextos funcionam como um aconchego para o sofrimento sentido pelo encarceramento na doença e desconforto provocado por todo o processo, no sentido o seu apaziguamento.

Quando se trata de uma doença oncológica, o sentimento de ameaça, de perda de finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia estarão mais vincados e despertam desconforto e sofrimento. Estes sentimentos parecem ser ainda mais profundos quando em situação de quimioterapia, uma vez que, se associa o desconforto que decorre do tratamento, e consequente aumento da ameaça à integridade.

Mas, apesar disso, a pessoa enquanto projecto de saúde pode ter capacidade vital, de resiliência, lutando pela vida, superando a condição ontológica do sofrimento, tentando aceder a estados de conforto que são uma condição para a existência, para que a vida possa prosseguir. É neste sentido que a pessoa tem necessidade de apoio técnico da equipa de saúde, particularmente da enfermagem, que tem por objectivo o cuidar, aliviando o sofrimento e promovendo estados de conforto ao seu objecto de intervenção, a pessoa.

Compreender e explicar o sofrimento e o desconforto da pessoa com doença oncológica em tratamento com quimioterapia é assim essencial para avolumar o conhecimento de enfermagem *empírico-conceitual* que sustente a intervenção dos enfermeiros empiricamente verificada, bem como *disposicional-expressivo*, orientativo da capacidade compreensiva de confortar, empiricamente informada.

Assim, desenvolveu-se o presente estudo – *sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia*, tendo como objectivos: Descrever

as características do sofrimento e do conforto das doentes submetidas a tratamento de quimioterapia no serviço de Hospital de Dia da Maternidade Bissaya Barreto e em que dimensões estas doentes percebem maior conforto/desconforto e sofrimento; Analisar a relação existente entre o conforto e o sofrimento percebido por estas doentes e se estes estados e contextos estão relacionados com o n.º de ciclos de quimioterapia e com a idade.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de tipo quantitativo descritivo-correlacional, com as seguintes questões e hipóteses de investigação:

Q1: Quais as características do sofrimento e do conforto nas doentes submetidas a Quimioterapia, a partir do 2.º tratamento, no Hospital de Dia de Quimioterapia da Maternidade Bissaya Barreto?

Q2: Em que dimensões estas doentes percebem maior desconforto e sofrimento, a partir do 2.º tratamento?

H1: O conforto está associado com o sofrimento nas doentes submetidas a quimioterapia, a partir do 2.º tratamento, no Hospital de Dia de Quimioterapia da Maternidade Bissaya Barreto.

H2: O conforto e o sofrimento estão relacionados com o número de tratamentos de quimioterapia realizados e com a idade destas doentes.

Amostra

A amostra incluiu mulheres com doença oncológica (da mama ou do foro ginecológico) em fase de tratamento ambulatorial de quimioterapia. A amostra foi constituída por 50 utentes, com idades compreendidas entre os 30 e os 74 anos, sendo a média de 51,94 anos e o desvio padrão de 12,41 anos. Relativamente à escolaridade, 23 (46%) têm o 1.º ciclo, 13 (26%) o 2.º e 3.º ciclos, 4 (8%) ensino secundário, 5 (10%) bacharelato e 5 (10%) licenciatura ou mestrado. No que concerne ao número de

ciclos de quimioterapia efectuados, 32 (64%) das doentes não ultrapassou os 5, 7 (14%) entre 6 e 10, 2 (4%) entre 11 e 15, 3 (6%) entre 16 e 20 e 6 (12%) mais que 20 ciclos.

Instrumentos

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um conjunto de questões sócio-demográficas e clínicas (idade, estado civil, escolaridade e número de ciclos de tratamentos), pela Escala de Avaliação do Conforto em Doentes a Realizar Quimioterapia (EACDQ) construída por Gameiro & Apóstolo (2004) e pelo Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença (IESSD) construída por McIntyre e Gameiro (1997).

A EACDQ é um instrumento baseado no modelo operacional do “conforto” desenvolvido por Kolcaba (2003), constituída por 33 itens, que se propõe medir o conforto de três estados (Alívio, Tranquilidade e Transcendência) em quatro contextos (Físico, Psico-espiritual, Sócio-cultural e Ambiental). É uma escala do tipo *Likert*, de cinco pontos, que correspondem a cinco âncoras oscilando de 1, não corresponde nada ao que se passa comigo até 5, corresponde totalmente ao que se passa comigo.

A versão piloto da escala foi aplicada a uma amostra de 40 doentes a fazer quimioterapia em 2004. Foram eliminados os itens que apresentavam uma correlação corrigida do item com o total da escala inferior a 0,20. Os itens retidos revelaram uma consistência aceitável, com valores alfa de *Cronbach* relativa aos estados e contextos superiores a 0,70.

Na amostra em estudo (n=50) a EACDQ revelou valores de alfa de *Cronbach* relativamente aos estados, contextos e total que oscilaram entre 0,87 e 0,88, o que revela boa consistência interna do instrumento. De referir ainda os valores da correlação moderados e fortes, positivos entre os estados, contextos e total do conforto com as experiências positivas de sofrimento e negativos entre aquele conceito com o sofrimento total e respectivas dimensões que atestam a validade concomitante da EACDQ.

O IESSD é constituído por 44 itens e propõe-se medir o sofrimento através de cinco dimensões (Sofrimento Físico; Sofrimento Psicológico; Sofrimento Existencial; Sofrimento Sócio-relacional e Experiências Positivas de Sofrimento). É um instrumento sob a forma de escala do tipo *Likert* de 1 a 5 pontos, com âncoras iguais às da EACDQ.

No estudo feito por McIntyre e Gameiro in Gameiro (2000), é apresentado um conjunto de argumentos a favor da validade estrutural e fidelidade do IESSD.

Na amostra em estudo o IESSD revelou, relativamente às dimensões e total, valores do alfa de *Cronbach* que rondaram 0,95, o que é revelador de boa consistência interna do instrumento.

Procedimentos de colheita de dados

Após terem sido cumpridos os pressupostos formais e éticos o instrumento foi aplicado a 50 utentes submetidas a quimioterapia no Hospital de Dia da Maternidade Bissaya Barreto, no período de 16 de Agosto a 30 de Outubro de 2004, que aceitaram participar informadamente no estudo, sob a forma de auto-relato, tendo raramente havido necessidade de explicações adicionais relativamente à compreensão do conteúdo dos itens.

Apresentação e análise dos dados

Características do sofrimento

Da análise do Quadro 1 verificamos que os itens apresentam um valor máximo de 5 e mínimo de 1 à excepção do item 2 que apresenta um valor mínimo de 2.

Os aspectos do sofrimento representados no IESSD que apresentam uma média mais elevada, com valores que variam de 4,50 a 3,80 correspondem aos itens: 43 – *Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente*; 44 – *Penso que vou melhorar*; 2 – *Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença*; 22 – *A minha doença faz-me preocupar com o*

futuro das pessoas que me são queridas; 25 – Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer; 12 – Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto e 1 – Sinto-me mais cansada desde que estou doente.

À excepção dos itens 1 e 44 todos os outros estão relacionados com a preocupação de o seu estado de doença ser um entrave à sua vida pessoal e profissional ou constituir uma sobrecarga para as

pessoas mais próximas que são aspectos do sofrimento empático.

Em contrapartida as médias mais baixas, e que consideramos importantes referir, oscilam entre 1,70 e 2,18 que correspondem aos itens 7, 29 e 30 – *Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego; Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro; A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa.*

QUADRO 1 – Estatísticas descritivas relativas ao sofrimento das mulheres submetidas a quimioterapia (n=50).

Itens	Média	DP	Mín	Máx
01 – Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	3,80	1,429	1	5
02 – Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença	4,02	1,116	2	5
03 – Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer	3,78	1,148	1	5
04 – Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria	3,74	1,226	1	5
05 – Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca	3,02	1,169	1	5
06 – Desde que fiquei doente sinto-me triste	3,34	1,303	1	5
07 – Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego	1,70	1,165	1	5
08 – A doença obriga-me a pôr de lado alguns projectos importantes que tinha em mente	3,34	1,364	1	5
09 – Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero	3,16	1,448	1	5
10 – Desde que estou doente tenho sentido mais a falta da minha família	2,42	1,513	1	5
11 – Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família	3,30	1,460	1	5
12 – Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto	3,80	1,414	1	5
13 – Não consigo compreender o que está a provocar minha doença	3,56	1,312	1	5
14 – Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física	3,70	1,313	1	5
15 – A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida	3,56	1,312	1	5
16 – Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade	2,52	1,328	1	5
17 – Preocupo-me com as dores que possa vir a ter	3,56	1,280	1	5
18 – Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas más que me poderão acontecer	3,30	1,216	1	5
19 – Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença	2,70	1,542	1	5
20 – Não consigo encontrar posição para estar confortável	2,56	1,327	1	5
21 – Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida	2,66	1,394	1	5
22 – A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas	3,92	1,209	1	5
23 – Tenho dores difíceis de suportar	2,32	1,253	1	5
24 – Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a	3,10	1,329	1	5
25 – Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer	3,84	1,131	1	5
26 – Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro	2,76	1,422	1	5
27 – Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer	3,72	1,400	1	5
28 – A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio/a	2,28	1,415	1	5
29 – Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro	2,18	1,273	1	5
30 – A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa	1,98	1,253	1	5
31 – Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	2,70	1,199	1	5
32 – Tenho receio de ficar com alguma deficiência física	2,68	1,518	1	5
33 – A minha doença causa-me angústia	3,26	1,382	1	5
34 – Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família	2,46	1,593	1	5
35 – O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar	2,84	1,405	1	5
36 – Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto	2,22	1,266	1	5
37 – Sinto que pouco posso esperar do meu futuro	2,68	1,332	1	5
38 – Acho que vou recuperar as minhas forças	3,42	1,144	1	5
39 – Desde que estou doente tenho sentido muitos medos	3,36	1,306	1	5
40 – Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida	2,46	1,432	1	5
41 – Tenho dores que não me deixam descansar	2,24	1,271	1	5
42 – Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos	2,74	1,259	1	5
43 – Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente	4,50	0,909	1	5
44 – Penso que vou melhorar	4,02	1,000	1	5

Características do conforto/desconforto

Pela análise dos dados do quadro 2 podemos verificar que todos os itens apresentam o valor máximo (5) e mínimo (1), com a excepção dos itens 3, 6, 19 e 25, cujo valor mínimo é 2, dos itens 10 e 26 com o mínimo 3 e ainda o item 15 que apresenta o máximo de 4.

Os aspectos onde se verifica um maior nível percebido de conforto são avaliados pelos itens: 10 – *A minha família/amigos ajudam-me a enfrentar a doença*; 19 – *Saber que sou amada, dá-me ânimo para continuar*; 3 – *O afecto das pessoas que me rodeiam, reconforta-me*; 12 – *As visitas das pessoas amigas dão-me prazer*; 26 – *O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento*; 6 – *Se precisar de ajuda tenho quem cuide de mim*; 30 – *O ambiente em casa é-me agradável*; 27 – *Até a luz normal me incomoda*;

22 – *Ninguém me compreende verdadeiramente* e 17 – *O ambiente em casa não me ajuda a sentir-me melhor*, cujos valores médios oscilam entre 4,74 e 4,06, próximos do nível máximo da escala.

À excepção do item 27, todos os outros itens avaliam a importância atribuída pela utente aos que a rodeiam. Podemos pois constatar, que as pessoas amigas, familiares e pessoas significativas são fonte de elevado conforto percebido pelas utentes.

Um nível de conforto percepcionado como menos elevado é avaliado pelos itens (29, 31, 32 e 15), com valores médios que oscilam entre 2,34 e 2,66. São aspectos relacionados com receio face às alterações vividas, incerteza face ao futuro e com energia, vigor ou relaxamento físico. Apesar de estas serem as médias mais baixas não são significativamente baixas, uma vez que são próximo do ponto mediano da escala.

QUADRO 2 – Estatísticas descritivas relativas ao conforto das mulheres submetidas a quimioterapia (n=50).

Itens	Média	DP	Mín	Máx
01 – Sei que o meu mal-estar é passageiro	3,22	1,314	1	5
02 – As náuseas são-me difíceis de suportar	2,74	1,367	1	5
03 – O afecto das pessoas que me rodeiam reconforta-me	4,56	0,733	2	5
04 – Sou capaz de dormir e descansar	3,02	1,204	1	5
05 – Não me apetece fazer nada	2,86	1,414	1	5
06 – Se precisar de ajuda tenho quem cuide de mim	4,28	0,948	2	5
07 – Os barulhos perturbam-me	3,08	1,307	1	5
08 – Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico	3,62	1,602	1	5
09 – Sou capaz de pensar no sucesso do meu tratamento	3,82	1,063	1	5
10 – A minha família/amigos ajudam-me a enfrentar a doença	4,74	0,487	3	5
11 – A minha situação põe-me em baixo	2,78	1,183	1	5
12 – As visitas das pessoas amigas dão-me prazer	4,30	0,909	1	5
13 – Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas	3,04	1,293	1	5
14 – Mantenho o meu apetite	2,96	1,384	1	5
15 – As alterações que tenho vivido deixam-me receosa	2,66	0,982	1	4
16 – Sinto-me deprimida	2,90	1,233	1	5
17 – O ambiente em casa não me ajuda a sentir-me melhor	4,06	1,284	1	5
18 – Sinto-me capaz de superar o meu actual problema de saúde	3,82	1,063	1	5
19 – Saber que sou amada, dá-me ânimo para continuar	4,62	0,780	2	5
20 – Os cheiros já não me incomodam	2,74	1,562	1	5
21 – Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	2,94	1,284	1	5
22 – Ninguém me compreende verdadeiramente	4,12	1,239	1	5
23 – Não fui suficientemente informada sobre o meu tratamento	3,62	1,413	1	5
24 – Sinto-me dependente dos outros	3,72	1,107	1	5
25 – Sinto que a minha situação está sob controlo	3,62	1,008	2	5
26 – O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento	4,28	0,757	3	5
27 – Até a luz normal me incomoda	4,18	1,304	1	5
28 – Os alimentos sabem-me bem	2,68	1,477	1	5
29 – Tenho medo do que me possa acontecer a seguir	2,34	1,319	1	5
30 – O ambiente em casa é-me agradável	4,22	0,996	1	5
31 – Sinto o meu corpo relaxado	2,50	1,129	1	5
32 – Neste momento já me sinto com energia e vigor físico	2,62	1,244	1	5
33 – Sinto-me fisicamente bem	2,72	1,278	1	5

Dimensões em que é percebido maior sofrimento e conforto/desconforto

Ao analisar o quadro 3 podemos verificar, considerando as âncoras da escala (1-5), um nível de conforto global acima do nível mediano da escala com um valor médio de 3,35. Observa-se uma tendência semelhante relativamente aos vários estados e contextos, cujos valores médios oscilam entre 3 e 4 pontos à excepção do contexto sócio-cultural, relativamente ao qual é percebido um nível mais elevado de conforto, com um valor médio de 4,50 e do contexto físico onde o valor que podemos considerar de conforto médio é de 2,91.

Podemos ainda verificar, considerando as âncoras da escala (1-5), um nível de sofrimento global acima do nível mediano da escala com um valor médio de 3,06. Observa-se uma tendência semelhante relativamente às várias dimensões do sofrimento em que são percebidos valores médios que oscilam entre 2,83 e 3,36.

No entanto, os valores da dispersão que oscilam, relativamente ao sofrimento, entre 0,85 e 0,97 e ao conforto, entre 0,53 e 0,86, revelam a existência de utentes com níveis baixos de sofrimento e desconforto, mas também por outro lado, com níveis de sofrimento e de desconforto elevado, dispersão esta que é mais ampla relativamente aos valores do sofrimento.

QUADRO 3 – Valores médios e de dispersão do conforto e sofrimento das mulheres submetidas a quimioterapia (n=50).

Médias	Média	DP	Mín	Máx
Conforto Alívio	3,17	0,65	1	4
Conforto Tranquilidade	3,35	0,59	2	4
Conforto Transcendência	3,75	0,64	2	5
Conforto Físico	2,91	0,86	1	4
Conforto Psicoespiritual	3,11	0,71	2	5
Conforto Sócio-cultural	4,50	0,53	3	5
Conforto Ambiental	3,49	0,74	1	5
Conforto global	3,35	0,60	2	4
Sofrimento Psicológico	3,21	0,90	1	5
Sofrimento Físico	2,89	0,97	1	5
Sofrimento Existencial	2,83	0,85	1	4
Sofrimento Sócio-relacional	3,36	0,87	2	5
Sofrimento global	3,06	0,77	2	5

Associação entre sofrimento e conforto

Observando o quadro 4 podemos constatar, de uma forma global, que as utentes que vivenciam níveis de conforto mais elevado são aquelas que vivenciam níveis de sofrimento mais reduzido. De facto, verificam-se valores de correlação negativos, moderados/fortes, entre conforto e sofrimento, quer no global, quer em relação a algumas dimensões. Esta relação é mais forte ($r=-0,612$) entre sofrimento global e conforto global, mas é ainda relevante a existente entre os vários estados e contextos de conforto com as várias dimensões do sofrimento. Assim, é de referir a relação entre o conforto físico e o sofrimento físico ($r=-0,654$), entre o conforto psico-espiritual e o sofrimento psicológico ($-0,645$) e entre o sofrimento físico e o estado de alívio ($-0,597$). É também de destacar a relação entre o estado de tranquilidade com o sofrimento psicológico e com o sofrimento existencial ($r=-0,528$; $r=-0,532$) e entre o estado de transcendência com o sofrimento físico e com o sofrimento existencial ($-0,532$; $-0,548$).

No entanto, não há evidência da existência desta relação entre algumas dimensões do sofrimento e do conforto. Assim, o conforto relativo aos contextos físico, sócio-cultural e ambiental e ao estado alívio não se relacionam com o sofrimento sócio-relacional. O conforto sócio-cultural não se relaciona com as dimensões psicológica e existencial do sofrimento bem como com o sofrimento global. É ainda de referir a ausência de relação entre o conforto ambiental e o sofrimento sócio-relacional. Destes dados o que merece ser comentado é a ausência de relação entre o conforto sócio-cultural e o sofrimento sócio-relacional, aspecto que será discutido.

Relação entre Conforto, Sofrimento com o n.º de ciclos de Quimioterapia e com a idade.

Como podemos verificar no quadro 5, não há evidência de relação entre o número de tratamentos de quimioterapia realizados e o conforto e sofrimento.

Do mesmo modo também não há evidência de relação entre a idade das utentes e o sofrimento e conforto percebidos.

QUADRO 4 – Estatísticas relativas à verificação de associação entre as dimensões do conforto e sofrimento das mulheres submetidas a quimioterapia (n=50)

Médias	Sofrimento Psicológico		Sofrimento Físico		Sofrimento Existencial		Sofrimento Sócio-relacional		Experiências positivas de sofrimento		Sofrimento Global	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Conforto Alívio	-0,46	0,00	-0,60	0,00	-0,51	0,00	-0,22	0,12	0,46	0,00	-0,53	0,00
Conforto Tranquilidade	-0,53	0,00	-0,40	0,01	-0,53	0,00	-0,47	0,00	0,52	0,00	-0,058	0,00
Conforto Transcendência	-0,45	0,00	-0,53	0,00	-0,55	0,00	-0,33	0,02	0,62	0,00	-0,55	0,00
Conforto Físico	-0,37	0,01	-0,65	0,00	-0,48	0,00	-0,21	0,14	0,37	0,01	-0,49	0,00
Conforto Psicoespiritual	-0,65	0,00	-0,35	0,01	-0,55	0,00	-0,53	0,00	0,61	0,00	-0,63	0,00
Conforto Sócio-cultural	-0,18	0,21	-0,17	0,24	-0,19	0,18	-0,12	0,39	0,49	0,00	-0,20	0,16
Conforto Ambiental	-0,30	0,04	-0,41	0,00	-0,39	0,01	-0,12	0,43	0,40	0,00	-0,36	0,01
Conforto global	-0,055	0,00	-0,58	0,00	-0,59	0,00	-0,33	0,02	0,57	0,00	-0,61	0,00

QUADRO 5 – Correlação entre conforto, sofrimento com o n.º de ciclos de quimioterapia e com a idade.

Médias	N.º de ciclos de Quimioterapia		Idade	
	r	p	r	p
Conforto Alívio	-0,073	0,613	0,111	0,441
Conforto Tranquilidade	-0,231	0,106	0,034	0,815
Conforto Transcendência	-0,115	0,427	0,089	0,537
Conforto Físico	-0,095	0,512	0,136	0,346
Conforto Psicoespiritual	-0,173	0,229	0,059	0,684
Conforto Sócio-cultural	-0,156	0,279	-0,073	0,614
Conforto Ambiental	-0,098	0,498	0,090	0,533
Conforto global	-0,148	0,303	0,106	0,463
Sofrimento Psicológico	0,236	0,099	0,148	0,306
Sofrimento Físico	0,267	0,061	0,006	0,968
Sofrimento Existencial	0,203	0,158	0,110	0,447
Sofrimento Sócio-relacional	0,117	0,416	0,229	0,110
Sofrimento global	0,227	0,113	0,124	0,393

Discussão dos resultados

As doentes em tratamento quimioterápico apresentam níveis de sofrimento mais elevado, no que diz respeito a aspectos sócio-relacionais que reflecte a dimensão do sofrimento empático. Sofrem por se aperceberem do sofrimento causado pelo processo da sua doença aos seus entes mais próximos. No entanto, é a proximidade dos entes queridos que é percebido como algo que providencia conforto o que releva a importância da proximidade e do apoio do familiar e a interacção com as pessoas mais próximas, resultados que estão em concordância com Hamilton (1985) citado por Flórez (2001).

No conjunto das médias onde é percebido menor nível de sofrimento, curiosamente, está presente um aspecto da dimensão sócio-relacional relativo à ideia de a doença poder fazer perder o emprego. Isto pode dever-se à média de idades da amostra em estudo ser relativamente elevada (51,94 anos), em que as pessoas já têm na sua maioria um emprego estável o que muitas vezes permite faltas ao emprego, a reforma antecipada ou ainda um suporte financeiro razoável. Outro argumento assenta no facto deste estudo ter sido realizado num serviço de ambulatório, em que a frequência de tratamentos era de um ciclo, correspondente a um dia, de três em três semanas o que pode levar a um grau de absentismo relativamente baixo.

Devemos salientar a ausência de relação entre as dimensões sócio-relacionais do conforto e do sofrimento. Estes resultados devem-se ao facto dos itens da sub-escala *sofrimento sócio-relacional* avaliarem essencialmente sofrimento empático, ou seja, o sofrimento percebido pelo facto das pessoas queridas sofrerem com o seu processo de doença, enquanto que os itens da sub-escala *conforto sócio-cultural* avaliam essencialmente aspectos positivos sentidos na relação com o outro.

Os aspectos relacionados com a dimensão existencial são os menos valorizados. Resultados semelhantes são apresentados no trabalho Sofrimento na Doença de Gameiro (1999) e McIntyre (2004). Para Gameiro (1999), esta hierarquia coloca em causa a organização tradicional dos cuidados de saúde, orientados essencialmente para o alívio do sofrimento físico e que relega para segundo plano o

sofrimento psicológico em que o sofrimento sócio-relacional é frequentemente menosprezado.

As mulheres percebem maior desconforto no contexto físico, que corresponde às sensações do corpo, ou seja, todo o desequilíbrio que o tratamento de quimioterapia provoca a nível da imagem corporal e sintomatologia subjacente. Também Kolcaba (1992) ao referenciar Funk *et al* (1989) enumera a dor, a fadiga e a náusea como aspectos significativos do desconforto. Ainda segundo Kolcaba e Fox (1999), no seu estudo sobre os efeitos do imaginário conduzido no conforto das mulheres com cancro da mama numa fase inicial submetidas a radioterapia, é no contexto físico que as mulheres se sentem mais desconfortáveis.

Como já anteriormente foi referido, não foi encontrada relação entre o conforto, sofrimento e o número de tratamentos de quimioterapia. Isto pode estar relacionado com o facto de estas mulheres estarem em regime de Hospital de Dia, e o tratamento ser apenas de um dia, aproximadamente de 3 em 3 semanas, em que a agressividade do tratamento é atenuada. Por outro lado a grande percentagem da amostra (64%) tinha apenas realizado um número de ciclos inferior a 5, em que os efeitos secundários não são tão notórios. De facto Bonassa (1992), refere que a agressividade do tratamento e a sua duração prolongada produz nos doentes desconfortos, que levam a uma debilidade física e psíquica.

Também não foi encontrada relação significativa entre idade e conforto e sofrimento. O grupo etário mais relevante nesta amostra, com 36%, foi de 50 a 59 anos, o que pode em parte justificar os resultados, uma vez que, constitui uma faixa etária em que as pessoas já não estão preocupadas com a maternidade nem com o medo de perderem o emprego e eventualmente podem não valorizar tanto a sua imagem. Na opinião de Murad e Katz (1996), para uma pessoa idosa, o diagnóstico de cancro geralmente significa medo de tornar-se dependente durante o curso da sua doença. No caso de uma pessoa mais jovem, significa um obstáculo aos seus desejos e ambições, uma ameaça à sua carreira, sexualidade e família. Ter cancro significa uma pesada carga emocional de angústia e

sofrimento, tanto para o doente, como para toda a sua família.

Os dados do estudo de Kolcaba e Fox (1999), sobre o conforto das mulheres com cancro da mama, sujeitas a radioterapia, revelam uma correlação positiva entre o conforto e a idade, facto anteriormente observado noutros estudos referidos pelas mesmas autoras. Estas adiantam que uma explicação para o facto das mulheres mais idosas referirem maior grau de conforto, apesar dos efeitos da doença e da radioterapia, se deve a já terem passado pelo período de maternidade (não necessitando de amamentar, por exemplo) e também porque, tendo filhos adultos, não receiam deixar precocemente de os ver crescer devido à doença. Por último apontam o facto de as mulheres mais velhas terem conhecimento de pessoas, nomeadamente amigos, que sobreviveram à doença oncológica, o que as faz sentirem-se mais confortáveis.

Conclusão e implicações

As doentes a realizar quimioterapia percebem maior conforto a nível sócio-cultural, sofrendo no entanto por perceberem que a sua doença pode causar sofrimento nos entes próximos. São estes que as fazem sentir-se amadas, as ajudam a enfrentar a doença, lhes dão alento, ânimo e reconfortam nos momentos difíceis aliviando o sentimento de perda e a ameaça à integridade. No entanto, constituem um foco da sua preocupação, pela possibilidade de se tornarem uma sobrecarga para a família ao deixarem desamparadas as pessoas de quem gostam. Ressalta ainda que é no estado alívio e contexto físico que as doentes percebem maior desconforto e sofrimento.

Conforto e sofrimento estão negativamente associados e não estão relacionados com o n.º de ciclos de quimioterapia realizados ou com a idade das doentes. Conforto e experiências positivas de sofrimento estão positivamente associados. Não há evidência da relação entre o conforto, sofrimento com o número de ciclos realizados, bem como com a idade das doentes.

Assim, a atitude cuidativa, que vá além do Modelo Biomédico e tenha em conta estes resultados, deverá ser também, para além do alívio dos sintomas físicos, orientada por uma abordagem existencial da pessoa doente, ajudando-a a encontrar o sentido da vida, no sofrimento e na existência. Esta deverá sobretudo assentar no conhecimento dos contextos sócio-relacionais da pessoa doente a realizar quimioterapia, uma vez que esta os percebe como uma fonte relevante do conforto, condição para a existência, mas também como um potencial foco de desconforto, por perceberem que podem causar sofrimento aos entes próximos.

Bibliografia

- BEFECADU, Eliane (1993) – La souffrance: clarification conceptuelle. **Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières**. Vol. 25, n.º 1, p. 7-21.
- BONASSA, Edva Moreno Aguilar (1992) – **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Atheneu.
- CASELL, Eric J. (1991) – Recognizing suffering. In **Hastings Center Report**. p. 24-31.
- FLÓREZ, Magda Lucía (2001) – **Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia** [Em linha]. [Consult. 27 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http:// www.encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos-originales1.htm>.
- FRANKL, V. (2004) – **El hombre en busca de sentido**. Barcelona: Herder.
- GAMEIRO, Manuel (1998) – O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 0, p. 5-12.
- GAMEIRO, Manuel (1999) – **O sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-06-6.
- GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques (2000) – IESSD: um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 4, p. 57-66.
- GAMEIRO, M. G. H. (in press) – **O sofrimento na doença: apresentação de um modelo facilitador do “pensar o sofrimento” e da organização das intervenções de alívio**.
- GREGORY, David Michael (1994) – **Narratives of suffering in the cancer experience** [Em linha]. [Consult. Set. 2004]. Tese de doutoramento apresentada à University of Arizona. Disponível em WWW:<URL:http://tpdweb.umi.com/tpweb?Did=CINAHL:EFEEDS/1998057331&Fmt=20&Mtd=1&Idx=1&Sid=2&RQT=836&TS=1113576455>.
- KOLCABA, Katarine (1991) – A taxonomic structure for the concept comfort. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol. 23, n.º 4, p. 237-240.
- KOLCABA, Katharine (1992) – Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Science**. Vol. 15, n.º 1, p. 1-10.
- KOLCABA, Katharine (1994) – A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. London. ISSN 0309-2402. Vol. 19, n.º 6, p. 1178-1184.
- KOLCABA, Katharine (2001) – Evolution of the mid range theory of comfort of outcomes research. **Nursing Outlook**. Vol. 49, n.º 2, p. 86-92.
- KOLCABA, Katharine (2003) – **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company.
- KOLCABA, Katharine; FOX, Christine (1999) – The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 26, n.º 1, p. 67-72.
- MCINTYRE, Teresa Mendonça (2004) – Perda e sofrimento na doença: contributo da psicologia da saúde. **Psychologica**. Coimbra. ISSN 0871-4657. N.º 35, p. 167-179.
- MURAD, André Márcio; KATZ, Artur (1996) – **Oncologia: bases clínicas do tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0347-5.
- SEBASTIÃO, Luís (1995) – A pedagogia da dor e do sofrimento. **Cadernos de Bioética**. Coimbra. N.º 9, p. 41-45.
- TRAVELBEE, Joyce (1971) – **Interpersonal aspects of nursing**. Philadelphia: F.A. Davis.