

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Sufrimento nos Enfermeiros em
Cuidados de Saúde Diferenciados**

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Pedro Miguel Alves Poças

Orientadores:

Professor Catedrático José Jacinto Branco Vasconcelos Raposo
Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Sufrimento nos Enfermeiros em
Cuidados de Saúde Diferenciados**

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Pedro Miguel Alves Poças

Orientadores:

Professor Catedrático José Jacinto Branco Vasconcelos Raposo
Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Constituição do Júri:

Presidente do Júri: Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires

Vogal (Arguente Principal): Professora Doutora Paula Cristina Soares Encarnação

Vogal (Arguente): Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes

Vogal (Orientador): Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Vila Real, 2019

Dissertação elaborada para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, sendo apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Agradecimentos

À Professoras Doutora Maria João Monteiro e ao Professor Catedrático Vasconcelos Raposo, pela orientação, disponibilidade, palavras de incentivo, mas também pelos sentimentos de respeito e amizade criados e fortalecidos ao longo deste tempo.

A todos os enfermeiros do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, que aceitaram participar neste estudo e que sem eles não teria sido possível a sua realização.

Aos Enfermeiros Chefes e Responsáveis, pela colaboração na distribuição e recolha do instrumento de colheita de dados e pelas palavras de incentivo e encorajamento.

Aos meus colegas dos serviços de Medicina Interna e Serviço de Urgência Geral, pelo que me aturaram e “aturam” todos os dias e por todo o apoio e suporte que deram ao longo desta caminhada nos diferentes momentos.

Aos meus colegas de mestrado, com especial atenção ao Ricardo Barbosa, Sílvia Delgado, Diana Teixeira e Fernando Branquinho, pelo tempo passado juntos em trabalho e lazer e pelos laços de amizade que perduram no tempo.

Uma palavra especial para a Teresa Carvalho e Bruno Dias, pela disponibilidade, paciência e por toda a ajuda prestadas na elaboração deste trabalho.

À Enfermeira Luísa Pires, porque começamos juntos neste percurso, pelo trabalho realizado em conjunto, pelo companheirismo, camaradagem e palavras mútuas de incentivo e orientação e pelos laços de amizade que se criaram e se foram fortalecendo ao longo deste percurso em comum de mestrados no estudo do sofrimento nos enfermeiros.

À minha família, irmão, sogros, cunhadas, sobrinhos, primos e tios, pelas ausências, pelo mau humor, pelo incentivo por eles transmitido.

Uma palavra especial aos meus pais, por todo o apoio, incentivo, orientação e dedicação ao longo de uma vida inteira, nos bons e maus momentos, sempre presentes, nunca poderei agradecer o suficiente por tudo aquilo vocês já fizeram e representam para mim.

Por fim, aos amores da minha vida, Carla Ribeiro e Bernardo Poças, meus pilares, este trabalho também é vosso, por todas as ausências, por todos os momentos de mau humor, pelo incentivo dado e por todo o carinho recebido.

Resumo

A investigação que apresentamos tem como tema central a avaliação do sofrimento nos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados, um tema ainda pouco estudado, mas com um forte potencial de implicação na vida pessoal e profissional dos enfermeiros e com repercussões na segurança e qualidade dos cuidados. Tivemos como objetivos principais desta investigação adaptar e validar a *Caregiver Grief Scale* para enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados; avaliar o sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados e sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

A amostra do estudo foi constituída por 461 enfermeiros, de um centro hospitalar da região norte de Portugal, tendo os dados sido recolhidos através de um questionário constituído por duas partes; a primeira centrada na caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda relacionada com a *Caregiver Grief Scale* para avaliação do sofrimento.

Face aos objetivos definidos, estruturámos a presente investigação sob a forma de dois artigos: “Validação da *Caregiver Grief Scale* (CGS) para Enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados” e “Avaliação do Sofrimento nos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Diferenciados”.

No primeiro artigo, procedemos à adaptação e validação da *Caregiver Grief Scale*, tendo sido validada num modelo unifatorial, sendo o sofrimento o seu único fator. Este é um modelo equilibrado com 11 itens de fácil aplicação, com bons índices de ajustamento, assegurando fidelidade e um bom índice de consistência interna. Este modelo revela-se adequado, consistente e robusto para a avaliação do sofrimento nos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados.

No segundo artigo, explorámos a ligação entre o sofrimento e as variáveis sociodemográficas e profissionais nos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados. No final deste artigo fomos capazes de mesurar o sofrimento dos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados. Os resultados deste estudo mostraram que as variáveis sociodemográficas, sexo e ser ou não cuidador informal têm influência sobre o sofrimento nos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados. Das variáveis profissionais, verificámos que: o departamento onde presta cuidados, a faixa etária a quem presta cuidados, a experiência em prestar cuidados à pessoa em sofrimento/dor, a formação profissional e o tempo de serviço têm influência no sofrimento dos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados.

Este trabalho de investigação visa colmatar uma lacuna de conhecimentos sobre a avaliação do sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados, procurando mesurar este fenómeno, bem como as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam o sofrimento. Deste modo, pretendemos contribuir para a formulação de estratégias que possam minimizar o sofrimento dos enfermeiros, tornando o dia a dia das equipas de enfermagem mais produtivo e menos desgastante, mais propenso à satisfação no trabalho e menos exposto ao *burnout*. Lidar com o sofrimento, e com as suas consequências, é uma responsabilidade que deverá ser dividida entre os enfermeiros, as suas chefias e as instituições.

Palavras-chave: Sofrimento, Enfermeiros, Cuidados de saúde diferenciados, Validação, *Caregiver Grief Scale*.

Abstract

The present research work has as its central subject the assessment of grief in differentiated healthcare nurses, an issue that has not been fully explored, but with a high potential of interference in nurses' personal and professional lives and also with repercussions on the safety and quality of the care given. The main goals of this research were to adapt and validate the Caregiver Grief Scale for differentiated health care nurses; to assess the grief in differentiated health care nurses and its relation to sociodemographic and professional variables.

The study sample consisted in 461 nurses from a hospital in the northern region of Portugal. The data were collected through a two-part survey; the first part focused on sociodemographic and professional description and the second one was related to the Caregiver Grief Scale for grief assessment.

In view of the set goals, the present research was structured in the form of two articles: "Validation of the Caregiver Grief Scale for Differentiated Care Nurses" and "Assessment of Grief in Differentiated Care Nurses".

In the first article, one proceeded with the adjustment and validation of the Caregiver Grief Scale. We validated the Caregiver Grief Scale in a unifactorial model, grief being its only factor. This is a balanced model with 11 easy to apply items with good rates of adjustment, ensuring fidelity and a good index of internal consistency. It is also adequate, consistent and robust for the assessment of grief in differentiated healthcare nurses.

In the second article, the link between grief and the sociodemographic and professional variables of differentiated healthcare nurses was explored. At the end of this article, it was possible to measure the grief of differentiated healthcare nurses. The results of this study showed that the sociodemographic variables, gender and being or not being an informal caregiver has influence on the grief of differentiated healthcare nurses. From the professional variables it was found that: the care department, the care provider's age range, the experience of caring for the person in pain / grief, the professional training and the length of service have an influence in the grief of differentiated healthcare nurses.

This research aims to fill a knowledge gap on the assessment of grief in differentiated health care nurses along with seeking to measure this phenomenon and the sociodemographic and professional variables that influence grief. This way one intends to contribute for the strategy

formulation that can minimize the grief of nurses, making the nursing teams' daily lives more productive and less exhausting, more prone to job satisfaction and less exposed to the burnout. Dealing with grief, and its consequences, is a responsibility that should be shared among nurses, their supervisors and institutions.

Keywords: Grief, Nurses, Differentiated Health Care, Validation, Caregiver Grief Scale.

Índice

INTRODUÇÃO GERAL	1
ARTIGO 1	
VALIDAÇÃO DA <i>CAREGIVER GRIEF SCALE</i> (CGS) PARA ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS	9
ARTIGO 2	
AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO NOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS.	33
SÍNTESE CONCLUSIVA	55
BIBLIOGRAFIA GERAL	59
ANEXOS	65
Anexo A - Autorização da entidade onde foi realizado o estudo.....	67
Anexo B – Autorização do autor para utilização da escala.....	69
APÊNDICES	71
Apêndice A - Consentimento Informado.....	73
Apêndice B - Instrumento de colheita de dados	75

Lista de Figuras

Figura 1: <i>Modelo multifatorial para enfermeiros</i>	23
Figura 2: <i>Modelo unifatorial para enfermeiros</i>	24
Figura 3: <i>Modelo unifatorial de 9 itens para enfermeiros</i>	25

Lista de Tabelas

ARTIGO 1

Tabela 1: <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	17
Tabela 2: <i>Distribuição da amostra por serviços hospitalares</i>	18
Tabela 3: <i>Análise descritiva dos itens da CGS</i>	22
Tabela 4: <i>Comparativo de valores da qualidade de ajustamento dos modelos da CGS validados e testados</i>	26

ARTIGO 2

Tabela 1: <i>Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo</i>	42
Tabela 2: <i>Caracterização profissional da amostra em estudo</i>	42
Tabela 3: <i>Distribuição da amostra por departamentos hospitalares</i>	43

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AIC - *Akaike Information Criterion*

AMOS - *Analysis of Moments Structures*

CFI - *Comparative Fit Index*

CGS - *Caregiver Grief Scale*

cols. - colaboradores

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

DP - Desvio Padrão

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FC - Fiabilidade Compósita

GFI - *Goodness of Fit Index*

MC - Médico-Cirúrgica

MM-CGI-SF - *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory*

MM-GCI - *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory*

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

Reab. - Reabilitação

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

VEM - Variância Extraída Média

X^2/df - Qui quadrado/*Degrees of freedom*

INTRODUÇÃO GERAL

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, consórcio entre a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Universidade do Minho, com a finalidade de adquirir o grau de Mestre e ser reconhecido o título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC) (Regulamento nº 429/2018, de 16 julho), desenvolvemos a presente investigação que tem como foco de atenção a avaliação do sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados (CSD). Situações limite, como os casos de doença grave, vítimas de acidentes, de agressão, de crimes violentos e a morte, são vivenciadas no quotidiano da prática de enfermagem, estando o EEEMC na linha da frente nos cuidados de enfermagem, dadas as competências específicas que possui para a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção. Assim, a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, são os contextos de ação que mais justificam a resposta diferenciada que pode ser disponibilizada pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de modo a responder às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, de 16 julho).

As populações recorrem cada vez mais aos serviços de saúde com uma fé desmesurada na tecnologia, colocando nas mãos dos profissionais de saúde a sua própria vida. Olham para as instituições de saúde e para quem lá trabalha como se fossem detentores das respostas a todos os problemas. Contudo, os profissionais de saúde são apenas seres humanos, com todas as falhas e virtudes que são características da sua condição. Se, por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais humanistas, com uma forte envolvente nas áreas afetivas e relacionais. Apesar da tecnologia avançar, esta nunca poderá substituir os enfermeiros, pois só estes podem oferecer serviços que englobam todas as dimensões do ser humano (Silva, 2002).

Na conceção dos cuidados de enfermagem, relevamos o paradigma de enfermagem da transformação, em que K rouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996), referem que a pessoa   um ser único que supera a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. Na linha deste paradigma, os cuidados de enfermagem têm subjacente a preocupa o com o bem-estar na percep o única que cada pessoa lhe confere. Neste sentido, o enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados e o processo interrelacional ganha o seu verdadeiro significado humano. Neste paradigma, os enfermeiros integram a

abordagem holística nos seus cuidados, valorizando as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas, e no seu cerne os relacionamentos próximos. Porém, os cuidados holísticos fizeram emergir preocupações relacionadas com as emoções dos enfermeiros e dos clientes em interação, pois todo o processo relacional está impregnado de emoções que se transmitem em cascata (Diogo, 2017). Tendo em conta a complexidade das vivências que caracterizam a doença e a hospitalização, é frequente os doentes projetarem na relação com os enfermeiros o seu mau estar, a sua disforia, o seu medo, as suas angústias e o seu sofrimento (Diogo, 2017). Corroboram Encarnação, Oliveira e Martins (2015) que “a literatura aponta para o alívio do sofrimento da pessoa como pedra basilar do cuidar em enfermagem” (p.22) e assume particular relevância naqueles que vivenciam processos de agudização de doença ou morte iminente. Deste modo, se é importante o estabelecimento de uma relação empática entre o profissional e o doente, não pode ser descuidado que esta relação constitui um fator de risco para o desenvolvimento de sofrimento no profissional. Cruz (2014), ao escrever sobre fadiga por compaixão (acumulação dos sentimentos de sofrimento), alude que o processo se inicia quando um profissional faz uso das capacidades empáticas na relação com o doente e, de modo mais particular, quando este expressa sofrimento e dor. Significa que o profissional percebe e compreende a dor do outro, imagina os sentimentos e pensamentos que o outro poderá estar a vivenciar no sentido de melhor ajudar o doente. No entanto, o mesmo autor salienta que os profissionais que vivenciam diariamente o sofrimento e a morte dos seus doentes, com o passar do tempo poderão desenvolver uma diminuição significativa da capacidade de criar uma relação de empatia e, por consequência, da capacidade de cuidar, de aliviar a dor e o sofrimento do utente ao seu cuidado.

A expressão do sofrimento em contexto de cuidados de saúde surge como uma resposta emocional a uma perda, seja ela uma perda efetiva ou uma perda simbólica. Uma perda simbólica inclui-se nos critérios de sofrimento do enfermeiro porque não é necessário haver uma perda efetiva (morte do doente) para o enfermeiro sentir sofrimento. A ideia de perda simbólica representa uma situação em que não se prevê um desfecho positivo para o doente, com uma degradação do seu estado clínico, com perda de capacidades motoras, cognitivas, mentais, relacionais e a sua eventual evolução para a morte (Dunne, 2004; Wisekal, 2015). O sofrimento não pode ser tratado ou aliviado, a menos que seja reconhecido e diagnosticado (Cassell, 1999).

O grande desafio na avaliação do sofrimento reside na insuficiente informação sobre as propriedades psicométricas da maioria dos instrumentos que visam a avaliação do sofrimento

enquanto experiência subjetiva e pessoal (Krikorian, Limonero & Corey, 2013). Neste enquadramento, o primeiro artigo "*Validação da Caregiver Grief Scale para Enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados*", tem como objetivo adaptar e validar esta escala para a avaliação do sofrimento em enfermeiros de CSD. O uso de um instrumento formal é uma ferramenta importante, pois os prestadores de cuidados, na maior parte das vezes, não reconhecem que estão em sofrimento, sentido-se por vezes culpados pelos sentimentos de sofrimento que vivenciam e, como tal, estão muito relutantes em falar sobre o assunto (Silverberg, 2006).

Cruz (2014), refere que o sofrimento se pode manifestar através de efeitos psicológicos negativos, incluindo insónia, sentimentos de raiva, abuso de drogas/álcool, exaustão e depressão. Do ponto de vista profissional, os sintomas de sofrimento podem ser traduzidos em perda de concentração, perda de produtividade, lapsos de atenção e a sensação dos profissionais não estarem a corresponder a padrões de excelência profissional. Outros profissionais podem manifestar outro tipo de sintomas, tornando-se negativistas, culpabilizando os outros pelos seus erros rotineiros ou estando cronicamente a queixar-se das condições e do local de trabalho. Adwan (2014), no seu estudo sugere que o sofrimento nos enfermeiros pode despoletar um variado tipo de emoções e reações psicológicas com uma correlação significativa com todos os aspetos do *burnout* e exaustão emocional. O sofrimento é uma entidade complexa que abrange diferentes dimensões do ser humano, quer a nível físico, psicológico e social (Krikorian et al., 2013).

Dewey (2017), indica que as pessoas mais suscetíveis de desenvolver sentimentos de sofrimento são as que têm falta de uma rede de suporte emocional fora do local de trabalho, que são perfeccionistas e as que tendem a reprimir as suas emoções. Outros fatores de risco têm sido associados, nomeadamente características pessoais como a personalidade, história de trauma, falta de suporte social, ansiedade, história de vida, fatores culturais e stressores organizacionais (Cruz, 2014; Dunne, 2004).

Com a realização do segundo artigo, "*Avaliação do Sofrimento nos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Diferenciados*", foi nosso objetivo avaliar o sofrimento dos enfermeiros em CSD e analisar a relação entre o sofrimento e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Entendemos que a exposição ao sofrimento é muito comum na profissão de enfermagem, pela natureza do objeto de cuidar, por se tratar de uma profissão que releva a dimensão humana mesmo nas intervenções tecnicamente mais especializadas. Assim, a Ordem dos Enfermeiros

(OE), enquanto associação profissional de direito público, assegura a observância das regras de ética e deontologia profissional e tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem, estabelecendo que:

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho)

Contudo, se ao EEEMC se reconhece competências para atuar de uma forma precisa e em tempo útil em situações críticas, pouco se sabe relativamente à exposição diária ao sofrimento dos profissionais de enfermagem em contexto hospitalar. Este trabalho de investigação visa colmatar uma lacuna de conhecimentos sobre a avaliação do sofrimento nos enfermeiros, nomeadamente nos enfermeiros de CSD.

Visão global da investigação

Os enfermeiros reconhecem a importância da investigação e a sua divulgação para o desenvolvimento contínuo da profissão, para a tomada de decisões clínicas adequadas e inteligentes, para prestar os melhores cuidados aos utentes, para alicerçar e consolidar o desenvolvimento do saber e da ciência (Martins, 2008). O mesmo autor afirma que os cursos de especialização vieram dar um impulso na área da investigação em enfermagem e refere as enormes responsabilidades das escolas de enfermagem, na medida em que estas devem criar os mecanismos facilitadores e fomentadores da divulgação dos resultados da investigação desenvolvida no seu seio, servindo o principal objetivo de qualquer investigação - acrescentar algum conhecimento a toda a comunidade científica, e de igual modo a publicação dos resultados dos estudos elaborados é uma ferramenta fundamental para a divulgação e evolução do conhecimento científico (Martins, 2008).

Os resultados da presente investigação são apresentados sob a forma de artigos científicos, que indicam as várias etapas percorridas para a consecução dos objetivos anteriormente definidos, e que passamos a enumerar:

ARTIGO 1 - VALIDAÇÃO DA *CAREGIVER GRIEF SCALE* (CGS) PARA ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS.

Ao relevar que ao conceito de sofrimento está inscrito uma dimensão individual e subjetiva, coloca-se, por conseguinte, dificuldades à sua avaliação e mensuração. Neste sentido, foi necessário procurar um instrumento de colheita de dados que permitisse fazer a avaliação do sofrimento. A escolha recaiu sobre a *Caregiver Grief Scale* (CGS). Trata-se de uma escala breve e de fácil utilização, sendo uma das poucas escalas encontradas na bibliografia que avalia o sofrimento nos prestadores de cuidados.

Desta forma, o objetivo deste artigo foi o de adaptar e validar a CGS para enfermeiros de CSD. Para o efeito, executou-se uma análise fatorial confirmatória.

ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO NOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS.

Como objetivos deste artigo definiu-se: avaliar o sofrimento nos enfermeiros de CSD e analisar a relação entre o sofrimento e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Este estudo integrou uma amostra de 461 enfermeiros de um centro hospitalar do norte de Portugal. Metodologicamente, executamos um estudo transversal de carácter quasi-experimental de natureza quantitativa, recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

ARTIGO 1

VALIDAÇÃO DA *CAREGIVER GRIEF SCALE* (CGS) PARA ENFERMEIROS DE
CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS

Validação da *Caregiver Grief Scale* (CGS) para Enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados.

Validation of Caregiver Grief Scale for Differentiated Health Care Nurses.

Poças, P. M., Monteiro, M. J., Vasconcelos-Raposo, J.

Resumo

O presente estudo tem como finalidade a adaptação e validação da *Caregiver Grief Scale* (CGS), para enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados. Com o intuito de validar a CGS, analisamos dois modelos já validados, o modelo multifatorial *German Version* proposto por (Meichsner, Schinkothe & Wilz, 2016) e o modelo unifatorial apresentado por Vasconcelos-Raposo, Teixeira, Ribeiro, Silva e Santos (no prelo), proposto para cuidadores formais e informais portugueses. Foi realizado um estudo quantitativo recorrendo à análise fatorial confirmatória. A amostra foi constituída por 461 enfermeiros (80 do sexo masculino; 381 do sexo feminino) com uma média de idades de 40.6 anos e um tempo médio de serviço de 17.7 anos, de um centro hospitalar do norte de Portugal, os dados foram recolhidos através de um questionário. Os resultados evidenciam que o modelo unifatorial mostrou-se globalmente o modelo mais adequado $X^2/df=2.104$ Ajustamento sofrível; CFI=0.974 Ajustamento muito bom; GFI=0.972 Ajustamento muito bom; RMSEA=0.049 Ajustamento muito bom e AIC=135.737. Conclui-se que o modelo unifatorial da CGS apresenta consistência/robustez para ser utilizada no estudo do sofrimento dos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados.

Palavras-chave: Sofrimento, Enfermeiros, Validação, *Caregiver Grief Scale*, Cuidados de Saúde Diferenciados.

Abstract

The purpose of this study is to adapt and validate the *Caregiver Grief Scale* (CGS) for differentiated health care nurses. In order to validate the CGS we analyzed two models already validated, the multifactorial model *German Version* proposed by Meichsner, Schinkothe, and Wilz (2016) and the unifactorial model presented by Vasconcelos-Raposo, Teixeira, Ribeiro, Silva, and Santos (in press), proposed for Portuguese formal and informal caregivers. A quantitative study was carried out through a confirmatory factor analysis (CFA).

The sample consisted of 461 nurses (80 males and 381 females), with the average age of 40.6 and with the average age of working time of 17.7 years old, who work in a Hospital Center in the North of Portugal, and the data were collected through a questionnaire. The results verified that the unifactorial model was overall more adjusted to our sample, $X^2/df=2.104$ Ajustamento sofrível; CFI=0.974 Ajustamento muito bom; GFI=0.972 Ajustamento muito bom; RMSEA=0.049 Ajustamento muito bom e AIC=135.737. We concluded that the unifactorial model of CGS presents consistency/robustness to be used in the study of grief of the nurses of differentiated health care in Portugal.

Keywords: Suffering, Nurses, Validation, *Caregiver Grief Scale*, Differentiated health care

INTRODUÇÃO

Acompanhar um ser humano que está a sofrer, ou a morrer, é um dos maiores desafios que um cuidador pode enfrentar. Trata-se de um processo permeado de crises e inseguranças, sem existirem receitas, formas certas ou erradas, uma vez que o morrer de cada um é tão singular quanto o seu viver (Coelho & Ferreira, 2015).

O sofrimento define-se como uma reação psicológica e emocional complexa que ocorre como resposta a uma perda significativa, esta reação poderá ser normal ou complicada e pode ocorrer antes ou após a morte. O sofrimento é uma reação de perceção de perda onde se inclui os sintomas de tristeza, raiva, culpa, arrependimento, ansiedade solidão, fadiga, choque, e uma variedade de sintomas psicológicos únicos e individuais (Chan, Livingston, Jones & Sampson, 2013).

O termo “cuidado” significa “aquilo que propicia a cura”, o que pressupõe a “arte” de curar (Coelho & Ferreira, 2015). O agente prestador de cuidado, quando contratado para esse fim, denomina-se de cuidador formal, pelo que qualquer profissional de saúde, no exercício da sua profissão, será um cuidador formal que presta cuidados de saúde (Kozue & Diogo, 2001).

O sofrimento não tem repercussões só para a pessoa/família mas também para os profissionais de saúde (Peixoto & Borges, 2011). A presença de sofrimento durante a prestação de cuidados é uma experiência complexa que envolve os relacionamentos criados, alterando-se em função de múltiplas situações (Coelho, Brito & Barbosa, 2018). Quando um utente morre, o sentimento de perda é inevitável, sendo que algumas perdas serão mais stressantes que outras, dependendo da quantidade de tempo e da ligação emocional estabelecida com o utente e com a sua família, ou seja, da intensidade da relação terapêutica estabelecida (Lindberg, 2012).

Aceita-se que os cuidadores estão expostos a níveis de stresse elevados, colocando-os numa posição particularmente vulnerável ao desenvolvimento de complicações relacionadas com o sofrimento. O sofrimento pode ser evitado, negado ou mesmo reprimido, levando a que o sofrimento e o processo de luto não sejam realizados com sucesso, causando desta forma patologia na saúde mental da pessoa em causa (Coelho et al., 2018).

A literatura indica que a presença de sofrimento é um acontecimento comum nos cuidadores formais, trata-se de um processo que afeta a satisfação profissional, os relacionamentos pessoais e profissionais (Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm, 2011; Wisekal, 2015). Martins e Robazzi (2009) referem que os principais motivos de sofrimento nos enfermeiros são o facto de diariamente terem de lidar com o sofrimento, a dor, a instabilidade hemodinâmica e a eventual morte dos doentes ao seu cuidado. Os mesmos autores referem que, perante a morte iminente de doentes ao seu cuidado, muitos enfermeiros afastam-se emocionalmente por falta de preparação para lidar com a morte, sublinhando que, ao longo de toda a sua formação, o foco da aprendizagem se encontra na prevenção e tratamento da doença. Para muitos enfermeiros ter de lidar com a morte iminente do doente induz níveis elevados de stresse, que potencia sentimentos de sofrimento, angústia, raiva, tristeza, culpa, entre outros, uma vez, que o foco de aprendizagem ao longo da sua formação é salvar vidas.

Lindberg (2012), fala em fadiga por compaixão como sendo o sofrimento acumulado ao longo do tempo por parte dos enfermeiros, sendo que, tanto o termo sofrimento como fadiga por compaixão, servem para descrever a resposta emocional, física, que se pode traduzir em sentimentos de depressão, irritabilidade, frustração, e progredir para o isolamento, podendo, em casos mais extremos, levar ao *burnout* do profissional de enfermagem. Sendo uma situação ainda pouco conhecida, não existe uma estratégia instituída para o seu diagnóstico e tratamento. Cada enfermeiro tem os seus próprios mecanismos intrínsecos para lidar com esta situação, sendo que ainda é pouco conhecida ou mesmo inexistente alguma estratégia institucional que permita reconhecer, prevenir ou tratar este fenómeno.

Apesar da literatura mostrar que o sofrimento está presente e influencia a “arte de cuidar” por parte dos cuidadores, o conhecimento relativo a este fenómeno neste grupo profissional é ainda muito restrito, sendo que, até à data, a maioria das investigações relativas ao sofrimento se centra sobretudo no sofrimento do doente e dos seus cuidadores informais, deixando para segundo plano o sofrimento dos profissionais de saúde, nomeadamente a classe profissional de enfermagem que diariamente tem que lidar com todos os sentimentos de sofrimento e

perda que daí advêm. Verificamos, assim, que existe uma lacuna relativamente à avaliação do sofrimento nos enfermeiros que importa ser estudada, tendo para o efeito iniciado uma pesquisa bibliográfica em busca de um instrumento que nos permitisse colmatar esta lacuna.

Da pesquisa bibliográfica, três instrumentos foram identificados, em virtude de serem os únicos desenvolvidos para serem aplicados em cuidadores, sendo eles a *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory* (MM-CGI), *short-form of Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory* (MM-CGI-SF) e a *Caregiver Grief Scale* (CGS).

A MM-CGI foi o primeiro instrumento criado para avaliar o sofrimento nos cuidadores de doentes com demência, inicialmente constituída por 50 itens, esta escala permitia distinguir o sofrimento dos cuidadores do processo de luto antecipado experienciado por cuidadores de doentes em fase terminal, mesurando desta forma aspetos qualitativamente diferentes das escalas de “*anticipatory grief*” (Marwit & Meuser, 2005). Posteriormente, foi desenvolvida a MM-CGI-SF com base na MM-CGI, uma escala com 18 itens, testada e validada com o intuito de criar uma escala mais curta e simples para avaliar o sofrimento, sobretudo em populações onde a atenção no preenchimento da escala tende a ser pequena. Os autores mencionam que a MM-CGI-SF é uma alternativa viável ao uso da MM-CGI, contudo, esta última é mais sensível à avaliação do sofrimento que a anterior (Marwit & Meuser, 2005).

A CGS foi um instrumento desenvolvido após Meichsner e cols. (2016) reconhecerem que os sentimentos de sofrimento em prestadores de cuidados informais de doentes com demência eram causadores de efeitos muito debilitantes, quer ao nível físico, quer ao nível mental. Tendo isto em mente, estes autores propuseram-se a construir uma escala que permitisse avaliar o sofrimento destes prestadores de cuidados informais, tendo para isso desenvolvido a CGS.

A CGS trata-se de uma escala breve e de fácil utilização criada por Meichsner e cols. (2016), que permite avaliar o sofrimento. Foi inicialmente validada numa amostra alemã que consistia em 229 cuidadores informais de doentes portadores de demência. Esta escala iniciou-se a partir de um total de 11 itens, sete destes itens tiveram como base o depoimento de cuidadores informais efetuados em estudos anteriores realizados pelos mesmos autores. Os restantes itens tiveram por base a revisão bibliográfica e o estudo de escalas já existentes que avaliam o sofrimento, tendo algumas delas sido modificadas pelos autores, por forma a melhor se adaptar à população em estudo.

Esta escala procura avaliar quatro aspetos significativos do sofrimento do cuidador: dor emocional, perda relacional, perda absoluta e aceitação da perda, sendo o primeiro instrumento de avaliação do sofrimento que consegue avaliar a natureza multifacetada do sofrimento nos cuidadores, sendo capaz de avaliar o sofrimento em quatro novos constructos, seguindo um modelo multifatorial (Meichsner et al., 2016).

O fator dor emocional diz respeito à experiência de sofrimento e emoções desagradáveis relacionadas com a perda de alguém, este fator refere-se a emoções experienciadas no presente. O fator perda relacional refere-se à “degradação” do relacionamento e diminuição das experiências partilhadas com a pessoa que cuida em comparação com a altura em que a mesma ainda se encontra “saudável”. O fator perda absoluta refere-se à antecipação por parte do cuidador da perda total de relacionamento com a pessoa que carece dos seus cuidados. Por último, o fator aceitação da perda, traduz-se muitas vezes no início do processo de luto por parte do cuidador, compreendendo este que a evolução da doença da pessoa ao seu cuidado será um processo irreversível (Meichsner et al., 2016).

A diferença desta escala para outras escalas que avaliam o sofrimento é o facto de a mesma permitir que o sofrimento seja diferenciado de depressão, ansiedade e stresse, causados pela prestação de cuidados. Um outro fator importante e decisivo para o uso da CGS neste estudo é a possibilidade da mesma poder ser usada em profissionais de saúde, por forma a avaliar a magnitude do sofrimento destes profissionais (Meichsner et al., 2016).

Uma outra motivação para a escolha desta escala tratou-se do facto da mesma já se encontrar em processo de validação para a população portuguesa através do trabalho de Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo), “*Grau de sofrimento dos cuidadores formais e informais: Validação da Caregiver Grief Scale*”, uma validação feita com uma amostra de 150 cuidadores, onde 72 eram cuidadores formais e 78 cuidadores informais. Na versão portuguesa foi proposto um modelo unifatorial, onde o fator sofrimento engloba todos os múltiplos aspetos referidos na versão original da CGS (Vasconcelos-Raposo et al., no prelo).

Silverber (2006), refere que o uso de um instrumento formal é uma ferramenta importante pois os prestadores de cuidados, na maior parte das vezes, não reconhecem que estão em sofrimento, sentido-se por vezes culpados pelos sentimentos de sofrimento que vivenciam e, como tal, estão muito relutantes em falar sobre o assunto. Desta forma, o objetivo da realização deste estudo é adaptar e validar a CGS para os enfermeiros em cuidados de saúde

diferenciados (CSD), pretendendo-se, assim, ter uma escala validada que nos permita mensurar o sofrimento dos enfermeiros portugueses.

MÉTODO

O presente estudo é de carácter quantitativo e correlacional, visando adaptar e validar a CGS para os enfermeiros de CSD.

Amostra

Para a elaboração deste estudo, definiu-se como critério de inclusão:

- Ser profissional de enfermagem a exercer efetivamente funções de enfermagem no centro hospitalar.

Definiu-se como critérios de exclusão:

- Enfermeiros que estejam a exercer cargos de direção e/ou chefia;
- Enfermeiros que não prestem cuidados diretos aos utentes;
- Enfermeiros que prestam cuidados ao utente por períodos inferiores a uma hora.

Os critérios de exclusão são indispensáveis pelo facto de alguns enfermeiros estarem menos expostos à prestação de cuidados e menos envolvidos na relação terapêutica, podendo o seu sofrimento estar relacionado com outros fatores que não os relacionados com a profissão de enfermagem.

Face aos critérios de inclusão no estudo, a população foi composta por 960 enfermeiros pertencentes a um centro hospitalar da região norte de Portugal. Aplicando os critérios de exclusão, foram retirados 162 enfermeiros, reduzindo a população para 798 enfermeiros. Destes, 286 não devolveram o instrumento de colheita de dados e 49 preencheram o mesmo de forma imprópria pelo que foram eliminados. A amostra deste estudo foi constituída por 461 profissionais de enfermagem, seguindo uma amostragem não probabilística de conveniência.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. A idade mínima dos participantes é de 24 anos e a máxima de 62 anos, apresentando uma média de idades de 40.6 anos com um desvio padrão de 9.2. A nível do sexo, podemos verificar que 82.6% da amostra é do sexo feminino e 17.4% do sexo masculino, 67,9% detém companheiro

enquanto 32.1% não. Relativamente aos filhos, 65.1% tem filhos, dos quais 28.9% tem 1 filho e 36.3% tem dois ou mais filhos, 34.9% da amostra não tem filho. Podemos verificar que a maioria dos enfermeiros não é cuidador informal (70.9%) e dos 29.1% que o são, 20.6% cuida informalmente de uma pessoa e os restantes 8.5% cuida de 2 ou mais pessoas. Verificamos, também, que a maioria dos enfermeiros cuidadores informais vive com a pessoa que cuida (20.8%) e relativamente aos enfermeiros cuidadores informais que não vivem com a pessoa que cuidam representa 8.2%.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

		n (461)	% (100)
Sexo:	Masculino	80	17.4
	Feminino	381	82.6
Grupo etário:	- 30 anos	41	8.9
	30 a 39 anos	185	40.1
	40 a 49 anos	137	29.7
	+ 50 anos	98	21.3
Companheiro:	Com Companheiro	313	67.9
	Sem Companheiro	148	32.1
Filhos:	Sim	300	65.1
	Não	161	34.9
Número de filhos:	Sem filhos	161	34.9
	1 filho	133	28.9
	2 filhos ou mais filhos	167	36.2
Cuidador informal:	Sim	134	29.1
	Não	327	70.9
Número de pessoas cuidadas:	Não cuidador	327	70.9
	1	95	20.6
	2 ou mais	39	8,5
Vive/viveu com a pessoa cuidada:	Não cuidador	327	70.9
	Sim	96	20.8
	Não	38	8.2

Quanto à caracterização profissional da amostra, verificamos que o tempo médio de serviço é de 17.7 anos, sendo o tempo mínimo de serviço de 2 anos e o máximo de 40 anos, obtendo-se desvio padrão de 9.05. Relativamente ao grau académico, 87.9% da nossa amostra é licenciado, 10.8% detém o grau de mestre e apenas 1.3% detém o grau de bacharel. Observando os estudos pós-graduados, 21.5% da amostra realizou uma pós-graduação enquanto os restantes 78.5% não detém qualquer tipo de formação pós-graduada. Já quando a questão é relativa às especializações em enfermagem, 25.6% da amostra detém uma especialização em enfermagem, os restantes 74.4% não possui especialização. Podemos, por fim, verificar que a maioria dos enfermeiros pratica um horário do tipo rotativo, 77.5% faz manhã, tarde, noite, 9.1% faz manhã e tarde e 13.4 faz só manhãs.

Na Tabela 2 apresentamos a distribuição da amostra por serviços, onde podemos observar que se trata de uma amostra diversificada e que se pretende representativa dos enfermeiros que trabalham em CSD, fortalecendo desta forma o trabalho de validação da CGS nesta amostra, de salientar que os serviços mais representativos são os de medicina interna, com 17.8% da amostra, seguida do serviço de cirurgia, com 10.4%, e o serviço de urgência, com 10% da amostra.

Tabela 2: Distribuição da amostra por serviços hospitalares

	n (461)	% (100)
Medicina Interna	82	17.8
Cardiologia	19	4.1
UIDI	13	2.8
Nefrologia/Urologia/Hemodiálise	33	7.2
Pneumologia	14	3.0
Oncologia	17	3.7
Cirurgia	48	10.4
Ortopedia	25	5.4
Urologia	12	2.6
Obstetrícia/Ginecologia	11	2.4
Pediatria	25	5.4
Neonatologia	11	2.4
UCIP/UCIM	31	6.7
UCIC	7	1.5
Psiquiatria	1	0.2
Serviço de urgência Geral	46	10.0
Serviço de urgência Pediátrica	12	2.6
Bloco de Partos	9	2.0
Gastroenterologia	4	0.9
Bloco Operatório	32	6.9
Cuidados Paliativos	9	2.0
Total	461	100.0

Legenda: UIDI: Unidade de internamento doenças infecciosas; UCIP/UCIM: Unidade de cuidados intensivos polivalente/Unidade de cuidados intensivos Médios; UCIC: Unidade de cuidados intensivos coronários.

Instrumento

Para a realização deste estudo, os participantes preencheram um questionário que se encontra dividido em duas partes, uma primeira parte onde se faz a caracterização sociodemográfica e profissional e uma segunda onde se avalia o sofrimento dos enfermeiros em CSD.

Para a segunda parte do questionário foi selecionada a CGS, trata-se de uma escala com um total de 11 itens, sendo uma escala do tipo Likert variando em 5 graus, onde 1= discordo totalmente e 5 = concordo totalmente (Meichsner et al., 2016; Vasconcelos-Raposo et al., no prelo). Esta escala foi originalmente desenvolvida na Alemanha por Meichsner e cols. (2016), com um modelo multifatorial que avalia quatro fatores do sofrimento: Dor Emocional (itens 1 a

3), Perda Relacional (itens 4 a 6), Perda Absoluta (itens 7 a 9) e Aceitação da Perda (itens 10 e 11). Na versão portuguesa, não se comprovou a estrutura de 4 fatores, tendo sido validada uma estrutura unifatorial em que os itens (1 a 11) avaliam o sofrimento (Vasconcelos-Raposo et al., no prelo).

Procedimentos

O primeiro passo para a realização do trabalho consistiu numa detalhada revisão bibliográfica sobre estudos de investigação referentes aos instrumentos disponíveis para o tema em estudo, obedecendo desta forma à primeira fase de construção de um questionário (Reichenheim & Moraes, 2007). Tendo identificado um instrumento desenvolvido e consolidado que nos permitiria avaliar o sofrimento, verificamos que a CGS não se encontra validada para o uso nos enfermeiros portugueses, pelo que foi necessário proceder à sua validação.

Uma vez que a CGS se encontra já validada para a população portuguesa, não foi necessário proceder à tradução e retro-tradução, pois esse trabalho já foi executado (Vasconcelos-Raposo et al., no prelo). No entanto, foi necessário adaptar a linguagem usada para a população-alvo, tal como sugerido por (Reichenheim & Moraes, 2007) . Esta adaptação teve sempre o cuidado de manter uma equivalência conceitual de cada item.

Posteriormente, foi executado um pré-teste (n=30), onde o instrumento de colheita de dados foi aplicado a um grupo de indivíduos semelhante à população alvo com vista a uma intensa avaliação de aceitabilidade, compreensão e impacto emocional. A partir das evidências encontradas nesse pré-teste, fizeram-se os ajustes finais do instrumento de colheita de dados a ser utilizado, tal como recomendado por Reichenheim e Moraes (2007).

Foi solicitado ao conselho de administração de um centro hospitalar da zona norte de Portugal consentimento para a realização deste estudo, tendo sido aprovado pelo conselho de ética e autorizado a sua realização pelo conselho de administração. A colheita de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2018. Para a recolha de dados contamos com a colaboração dos enfermeiros chefes dos serviços, tendo os mesmos ajudado na distribuição e recolha do questionário junto dos enfermeiros de cada serviço. Todos os participantes assinaram o consentimento informado, assim como informações relativas à colheita e confidencialidade dos dados.

Relativamente à validade externa, tivemos como referência a participação ativa dos autores da validação prévia em português da CGS. Após a recolha dos questionários, foi verificado se os

mesmos foram totalmente preenchidos segundo as instruções. Posteriormente, os mesmos foram inseridos numa base de dados para se proceder à análise estatística dos dados recolhidos.

Análise estatística

Para a realização do tratamento estatístico dos dados foram utilizados os *softwares* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (IBM SPSS Statistics, versão 22) e o AMOS (*Analysis of Moments Structures*) (IBM SPSS AMOS, versão 24).

Inicialmente, procedeu-se a uma análise de estatística descritiva referente aos itens das dimensões, assim como das variáveis em análise, a partir da média (M) e do desvio padrão (DP). A análise da simetria da distribuição das frequências foi realizada através dos coeficientes *Skewness* (assimetria) e *Kurtosis* (achatamento), sendo que os valores devem estar compreendidos entre -1 e +1, para que seja verificada a normalidade dos dados (Marôco, 2014).

Começamos por avaliar as estruturas fatoriais propostas pelos estudos com a amostra alemã e com a amostra portuguesa à nossa amostra. Recorrendo à análise fatorial confirmatória (AFC) para, posteriormente, compararmos todas as estruturas estudadas e decidirmos qual a que melhor se adequa aos enfermeiros portugueses de CSD. Quanto aos índices de modificação, foram atendidos a correlação de itens com valores superiores a 10. Nos modelos testados foi utilizado o método de estimação de *maximum likelihood*. No sentido de verificar a adequabilidade dos dados ao modelo, foram usadas as seguintes medidas de avaliação de ajustamento do modelo: Qui quadrado/*Degrees of freedom* (X^2/df) é utilizado como índice de ajustamento do modelo; > 5 ajustamento mau;]2;5] ajustamento sofrível;]1;2] ajustamento bom; menos de 1 ajustamento muito bom. *Comparative Fit Index* (CFI) mede a adequabilidade do modelo em relação ao modelo independente; < 0.8 ajustamento mau; [0.8;0.9[ajustamento sofrível; [0.9;0.95[ajustamento bom; \geq 0.95 ajustamento muito bom. *Goodness of Fit Index* (GFI) avalia a quantidade relativa de variância e covariância simultaneamente explicadas pelo modelo *Root Mean Square Error of Approximation*; < 0.8 ajustamento mau; [0.8;0.9[ajustamento sofrível; [0.9;0.95[ajustamento bom; \geq 0.95 ajustamento muito bom. (RMSEA) que averigua a discrepância no ajustamento entre as matrizes estimadas e as observáveis; > 0.10 ajustamento inaceitável;]0.05;0.10[ajustamento aceitável; \leq 0.05 ajustamento muito bom. *Akaike Information Criterion* (AIC), permite comparação entre modelos e quanto menor for o seu valor, melhor (Marôco, 2014).

Em seguida, iremos analisar a fiabilidade do modelo, a fiabilidade refere-se à propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida. Marôco (2014), considera a fiabilidade compósita (FC) uma medida de fiabilidade facilmente calculável a partir dos resultados da AFC e particularmente apropriada para a análise fatorial, na medida em que esta estima a consistência interna dos itens reflexivos do fator ou constructo. De uma forma geral, considera-se que $FC \geq 0.7$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriada (Marôco, 2014).

Por fim, analisamos a validade de constructo que avalia se este mede ou operacionaliza a variável latente que realmente se pretende avaliar. A validade de constructo subdivide-se em validade fatorial, validade convergente e validade discriminante (Marôco, 2014). A validade fatorial corresponde à fração da variabilidade total do item explicado pelo fator do qual este item é uma manifestação. Em geral, esta é avaliada pelos pesos fatoriais estandardizados, sendo usual assumir validade fatorial se todos os itens do fator têm pesos fatoriais ≥ 0.4 . A validade convergente ocorre quando o comportamento dos itens é explicado, essencialmente, por um fator. A avaliação da validade convergente é feita através do cálculo da variância extraída média (VEM), que deve ser ≥ 0.5 . A validade discriminante avalia se os itens que refletem um fator não estão correlacionados com outros fatores. A VEM dos fatores deve ser superior ao quadrado das correlações entre fatores (r^2), o que indica validade discriminante.

RESULTADOS

Quanto ao processo de validação da CGS para enfermeiros de CSD, começamos por realizar a análise descritiva dos itens da CGS, tendo verificado que os pressupostos de normalidade de dados estão assegurados, uma vez que os níveis de assimetria variam entre - 0.307 e 0.920 e os níveis de curtose entre - 0.768 e 1.012, mantendo-se dentro dos níveis aceitáveis propostos na literatura.

Tabela 3: *Análise descritiva dos itens da CGS*

Itens respondidos	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
1. Sofro com a morte/sofrimento de um doente ao meu cuidado.	3.74	0.96	- 0.307	- 0.361
2. Não consigo lidar com a morte/sofrimento de um doente ao meu cuidado.	2.15	0.92	0.920	1.012
3. É doloroso aceitar a degradação do estado de saúde/sofrimento/morte de um doente ao meu cuidado.	3.60	0.96	- 0.267	- 0.373
4. Recordo com regularidade como era o doente nos primeiros contactos que tivemos juntos.	3.30	1.02	- 0.190	- 0.387
5. Sinto falta da(s) relações estabelecidas no passado com os doentes em sofrimento ou que faleceram ao meu cuidado.	2.51	1.00	0.352	- 0.274
6. Em momentos de repouso recordo frequentemente o(s) doente(s) em sofrimento ou que faleceram ao meu cuidado.	2.67	1.00	0.302	- 0.253
7. Sempre que um doente ao meu cuidado sofre ou morre, dou por mim a pensar se fiz tudo para evitar esse desfecho.	3.28	1.07	- 0.185	- 0.539
8. Sinto um vazio com a perda de doentes que estiveram ao meu cuidado.	2.56	1.03	0.460	- 0.150
9. Evito pensar no facto de que doentes ao meu cuidado tenham morrido.	2.97	1.11	0.085	- 0.768
10. É difícil para mim mostrar a minha tristeza e sofrimento.	2.55	1.04	0.498	- 0.294
11. Tenho dificuldade em aceitar o sofrimento de um doente ao meu cuidado.	2.90	1.04	0.151	-0.556

No processo de validação da CGS para enfermeiros de CSD, iniciou-se a AFC do modelo multifatorial proposto por (Meichsner et al., 2016), composto por quatro fatores, que produziu os seguintes valores ao nível da qualidade de ajustamento: $\chi^2/df=3.423$ ajustamento sofrível; **CFI**=0.942 Ajustamento bom; **GFI**=0.953 Ajustamento muito bom; **RMSEA**=0.073 Ajustamento aceitável; **AIC**=184.641.

Para verificar a fiabilidade do modelo multifatorial testado para enfermeiros, calculamos a FC dos fatores e do modelo, tendo-se obtido os seguintes resultados: Dor Emocional FC=0.61; Perda Relacional FC= 0.76; Perda Absoluta FC=0.63 e Aceitação da Perda FC=0.64. Quanto ao modelo, o valor de foi de FC=0.64. Como podemos verificar pelos resultados apresentados, o modelo multifatorial para enfermeiros mostra fragilidades a nível da fiabilidade, uma vez que apenas o fator Perda Relacional tem um FC superior a 0.7, indicador de uma fiabilidade de fator ou constructo apropriada (Marôco, 2014), pelo que este modelo não apresenta uma fiabilidade adequada.

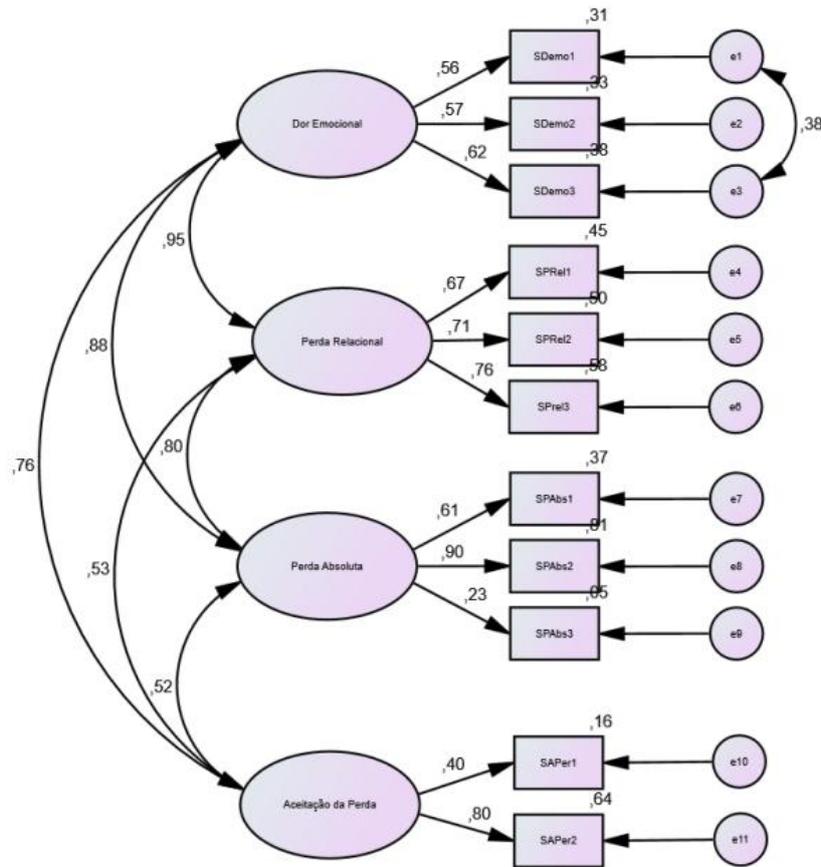


Figura 1: Modelo multifatorial para enfermeiros

Por fim, verificamos a validade de constructo do modelo multifatorial testado para enfermeiros, analisando a validade fatorial, a validade convergente e a validade discriminante.

A nível da validade fatorial, consultando a Figura 1 e olhando para os pesos fatoriais estandardizados, verificamos que o item 9 (SPAbs3= 0.23) se encontra abaixo do valor critério estabelecido de 0.4.

Quanto à análise da validade convergente, calculamos a VEM dos fatores, tendo-se obtido os seguintes resultados: Dor Emocional VEM=0.341, Perda Relacional VEM=0.509, Perda Absoluta VEM= 0.411 e Aceitação da Perda VEM=0.401. Pelos resultados obtidos, apuramos que apenas o fator Perda Relacional apresenta valores de validade convergente adequada, com um valor de VEM ≥ 0.5 .

Por fim, por forma a verificar a validade discriminante, calculamos o quadrado das correlações entre os fatores (r^2) e obteve-se os seguintes resultados: Dor emocional/Perda Relacional $r^2=0.903$; Dor emocional/Perda Absoluta $r^2=0.774$; Dor Emocional/Aceitação da Perda $r^2=0.578$; Perda Relacional/Perda Absoluta $r^2=0.64$; Perda Relacional/Aceitação da

Perda $r^2 = 0.281$; e Perda Absoluta/Aceitação da Perda $r^2 = 0.270$. Observando os resultados obtidos de r^2 e de VEM dos fatores, verificamos que a validade discriminante do modelo proposto não foi confirmada, uma vez que para tal os valores de VEM deveriam ser superiores aos de r^2 , o que na maioria dos casos não se verifica. Foi calculado o valor de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.628$), indicador de uma consistência interna aceitável.

Uma vez que a proposta de estrutura fatorial do modelo multifatorial para enfermeiros foi rejeitada, segue-se a testagem do modelo unifatorial proposto por Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo). Esta estrutura, na amostra do nosso estudo proporciona os seguintes valores: $X^2/df = 2.104$ Ajustamento sofrível; CFI=0.974 Ajustamento muito bom; GFI=0.972 Ajustamento muito bom; RMSEA=0.049 Ajustamento muito bom e AIC=135.737.

Para verificar a fiabilidade do modelo unifatorial para enfermeiros, calculamos a FC, tendo-se obtido um valor de FC=0.823, indicador de fiabilidade de modelo apropriada. Seguimos a análise do modelo unifatorial para enfermeiros averiguando a validade de constructo.

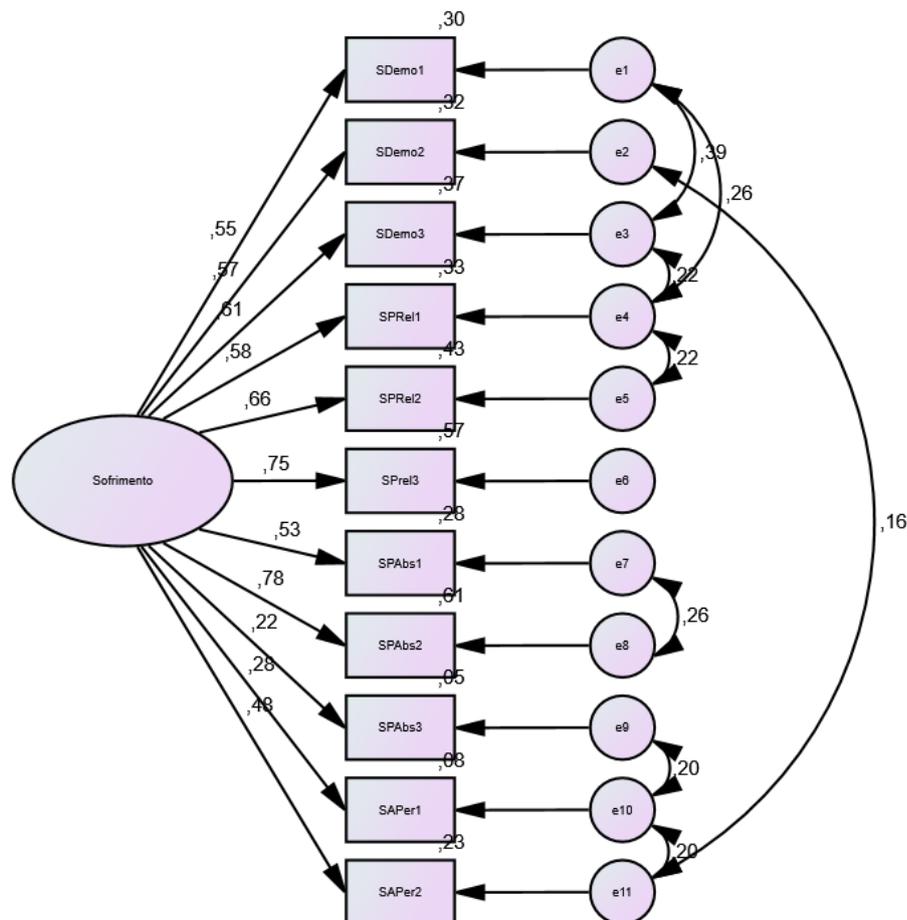


Figura 2: Modelo unifatorial para enfermeiros

Observando a Figura 2, para confirmar a validade fatorial verificamos que os itens 9 (SPAbs3=0.22) e 10 (SAPer1=0.28) têm pesos fatoriais estandardizados abaixo de 0.4.

Seguidamente, para verificar a validade convergente, calculou-se o valor de VEM, tendo-se obtido o valor de VEM=0.54, indicador de validade convergente adequada do modelo unifatorial para enfermeiros.

Retirando ao modelo unifatorial para enfermeiros os itens 9 e 10, construímos um modelo unifatorial para enfermeiros de 9 itens e calculamos os índices de qualidade de ajustamento, tendo-se obtido os seguintes valores: $\chi^2/df=3.384$ Ajustamento sofrível; **CFI**=0.960 Ajustamento muito bom; **GFI**=0.964 Ajustamento muito bom; **RMSEA**=0.072 Ajustamento aceitável e **AIC**=123.218.

Continuamos apurando a fiabilidade compósita que apresenta o valor de (FC=0.852), o que indica fiabilidade do modelo adequada.

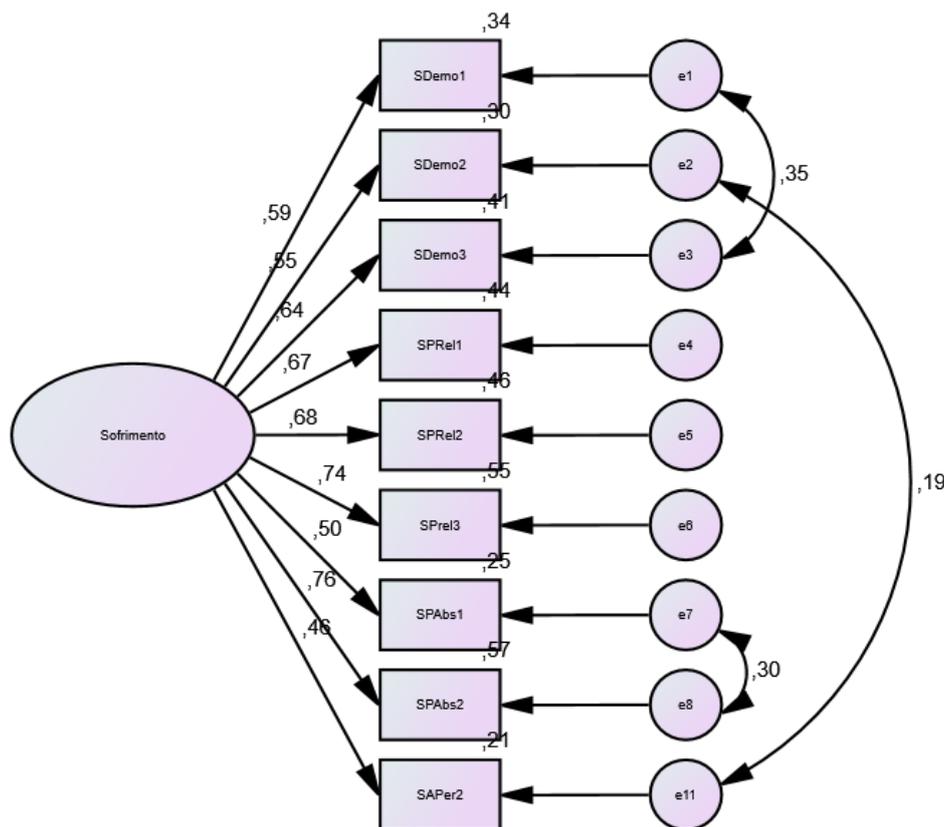


Figura 3: Modelo unifatorial de 9 itens para enfermeiros

Quanto à validade de constructo, observando a Figura 3, tal como seria de esperar, verificamos que o peso fatorial de cada item é ≥ 0.4 , verificando-se desta forma que este

modelo tem validade fatorial. Quanto à validade convergente, procedemos ao cálculo de VEM, obtendo um valor de VEM= 0.621 que lhe confere validade convergente. Em suma, este modelo unifatorial de 9 itens para enfermeiros possui validade de constructo.

Para facilitar a leitura de resultados, construímos a Tabela 4, comparativo dos valores da qualidade de ajustamento do modelo multifatorial alemão (Meichsner et al., 2016), e do modelo unifatorial português (Vasconcelos-Raposo et al., no prelo), já validados, e dos modelos por nós testados para os enfermeiros.

Tabela 4: Comparativo de valores da qualidade de ajustamento dos modelos da CGS validados e testados

Modelos Validados	X ² /df	CFI	GFI	RMSEA	AIC
Modelo Multifatorial Original com 4 fatores testado e validado na Alemanha para cuidadores informais. (Meichsner et al, 2016)	1.394	0.961		0.072	
Modelo Unifatorial testado e validado em Portugal para cuidadores formais e informais. (Vasconcelos-Raposo et al., no prelo)	2.023	0.970	0.923	0.083	110.724
Modelos Testados para Enfermeiros					
Modelo Multifatorial para enfermeiros	3.423	0.942	0.953	0.073	184.641
Modelo Unifatorial para enfermeiros	2.104	0.974	0.972	0.049	135,737
Modelo Unifatorial de 9 itens para enfermeiros	3.384	0.960	0.964	0.072	123,218

Legenda: X²/df: Qui quadrado/Degrees of freedom; CFI: Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; AIC: Akaike Information Criterion.

DISCUSSÃO

Com a finalidade de adaptar e validar a CGS para os enfermeiros de CSD e tendo por base os dois modelos teóricos já validados, Multifatorial por Meichsner e cols. (2016) e Unifatorial por Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo), realizamos a AFC por forma a verificar se algum dos modelos se poderia enquadrar na nossa amostra e ter a consistência/robustez necessária para poder ser usada no estudo do sofrimento nos enfermeiros de CSD portugueses.

Ainda antes de analisarmos os resultados das AFC dos modelos, é importante referenciar na caracterização sociodemográfica da amostra a discrepância que se observa ao nível do género, existindo uma significativa diferença entre o género masculino (17.4%) e o feminino (82.6%). Segundo dados da OE, o total de enfermeiros inscritos na OE no ano de 2017 seria de 71.802, sendo que 58.939 (82.08%) são do género feminino e 12.863 (17.91%) são do género masculino (OE, 2017), o que vem ao encontro dos valores obtidos na nossa amostra. Esta diferença de valores é uma característica da profissão de enfermagem.

Para ajudar a escolher que modelo melhor se adapta a uma determinada amostra, a literatura afirma que cada vez mais se começa a questionar os pontos de corte fixos nos indicadores dos cálculos da FC e da VEM, sugerindo que os mesmos devem ser interpretados em função do número de itens e da homogeneidade das cargas fatoriais para se evitar equívocos na interpretação dos resultados: não devemos aceitar ou recusar qualquer modelo com base nos valores fiabilidade (FC) do modelo e nos valores de fiabilidade de constructo (VEM) (Valentini & Damásio, 2016). Pelo que os resultados dos índices de ajustamento global do modelo são muito importantes na hora de optar por um modelo teórico que melhor se possa adequar à amostra em estudo.

No modelo original apresentado por Meichsner e cols. (2016), os resultados apresentados foram: uma boa consistência interna ($\alpha = 0.89$), e índices de qualidade de ajustamento de $X^2/df = 1.394$, CFI=0.961 e RMSEA=0.072. Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo), no seu estudo realiza uma AFC a este modelo multifatorial para cuidadores formais e informais, tendo obtido os seguintes resultados: Índices de ajustamento global $X^2/df=2.686$, CFI=0.893, GFI=0.952, RMSEA=0.102 e AIC=157,356; relativamente à fiabilidade, os valores de FC apresentados foram de Dor Emocional FC=0.846, Perda Relacional FC=0.866, Perda Absoluta= 0.896 e Aceitação da Perda =0.809. Já relativamente à validade de constructo, o modelo apresentava validade fatorial e validade discriminante, já quanto à validade discriminante, as dimensões Perda Relacional e Aceitação da Perda não apresentavam validade discriminante. Com base nestes resultados, o autor rejeitou este modelo.

Verificamos que o modelo multifatorial apresentado por Meichsner e cols. (2016) na população alemã se mostrou bem ajustado à sua amostra e com uma boa consistência interna, no entanto, o mesmo não se verificou neste estudo, tendo este modelo apresentado uma razoável consistência interna. A nível do ajustamento global do modelo este mostrou-se com valores aceitáveis, mas os mais baixos de entre os modelos analisados (Tabela 4), contudo, os pressupostos de fiabilidade não se verificaram. O modelo multifatorial testado para enfermeiros não apresenta validade de constructo em virtude das debilidades apresentadas ao nível da validade fatorial, da validade convergente e da validade discriminante. Este resultado está de acordo com o de Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo), estes consideram que diferenças culturais podem estar na origem desta diferença de valores do modelo multifatorial entre a população alemã e portuguesa. A literatura reforça esta ideia, referindo que, apesar do sofrimento ser uma experiência universal, este fenómeno é sentido e vivido das mais variadas formas, dependendo sobretudo do contexto da perda e de variáveis culturais (Montano,

Lewey, O'Toole & Graves, 2016). Os mesmos autores referem que as variáveis culturais influenciam as expressões, a duração e as manifestações de sofrimento.

Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo), após rejeitarem o modelo multifatorial, realizam uma Análise Fatorial Exploratória seguida de AFC, acabando por sugerir o modelo unifatorial como o mais adequado à sua população, tendo um muito boa consistência interna ($\alpha=0.936$), e valores de qualidade de ajustamento ao modelo globalmente melhores ($X^2/df=2.023$, CFI=0.970, GFI=0.923, RMSEA=0.083 e AIC=110.724), assim com valores de fiabilidade (FC=0.934), recomendando a utilização deste modelo para o estudo do sofrimento. Tal como sugerido por estes autores, utilizamos o modelo Unifatorial proposto para a amostra em estudo.

Comparando o modelo unifatorial para enfermeiros de 9 itens com o modelo unifatorial para enfermeiros, verificamos que, em ambos, a consistência interna é boa mas ligeiramente melhor no modelo unifatorial com 9 itens ($\alpha=0.856$), relativamente ao modelo unifatorial para enfermeiros ($\alpha=0.835$). Já quando falamos nos índices de qualidade de ajustamento, verificamos que o modelo unifatorial para enfermeiros de 9 itens veio piorar de forma significativa a maioria dos índices de qualidade de ajustamento ($X^2/df=3.384$; CFI=0.960, GFI=0.964; RMSEA=0.072 e AIC=123.218), relativamente ao modelo unifatorial para enfermeiros ($X^2/df=2.104$, CFI=0.974, GFI=0.972, RMSEA=0.049 e AIC=135.737). Mantendo-se a comparação entre os modelos unifatoriais testados, verificamos que no modelo unifatorial para enfermeiros de 9 itens obtivemos valores de fiabilidade (FC=0.852) e uma validade de constructo adequada, obtendo validade fatorial e validade convergente (VEM=0.621) adequadas. O modelo unifatorial para enfermeiros obteve uma fiabilidade (FC=0.823), relativamente à validade de constructo obteve uma validade convergente adequada (VEM=0.537), mas na validade fatorial, os itens 9 (0.22) e o item 10 (0.28) não têm validade fatorial. Em suma, a retirada de dois itens ao modelo unifatorial veio piorar os índices de ajustamento global do modelo, tendo apenas como expectável melhorado ligeiramente os valores de consistência interna, de fiabilidade e de validade de constructo. No entanto, podemos verificar que nenhum dos modelos por nós testado consegue obter melhor adequação, fiabilidade e robustez que o modelo unifatorial validado por Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo).

Tendo em consideração os resultados obtidos, o modelo mais ajustado e que se mostra mais fiável e robusto para a amostra de enfermeiros de CSD portugueses é o modelo unifatorial.

Para explicar as diferenças entre amostras, a literatura indica que, para além das variáveis culturais, a variação individual do sofrimento deve-se a um variado número de fatores, tais como a personalidade individual, o mundo afetivo e social, os relacionamentos e os valores individuais (Coelho & Ferreira, 2015; Wenzel et al., 2011).

Desta forma, entendemos que, para além das diferenças culturais, também o facto de termos diferentes amostras na validação da CGS pode explicar as diferenças encontradas entre os modelos analisados. Nos estudos anteriormente realizados sobre a CGS temos como amostras cuidadores formais e informais sem formação e treino específico e, neste estudo, a amostra são enfermeiros com formação e treino específico para a “arte do cuidar”. Desta forma, será expectável que o sofrimento seja percecionado de forma diferente pelas diferentes amostras dos estudos apresentados.

Este trabalho teve como limitações, a amostra ser representativa de uma única área geográfica do país. Recomendamos que o estudo da CGS deve continuar, seja junto de cuidadores formais ou informais. Sugeríamos que a CGS fosse validada a outros profissionais de saúde, tais como assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico, fisioterapeutas e médicos, o que iria contribuir para um aumento do conhecimento dos sentimentos de sofrimento junto dos diferentes profissionais de saúde. Relativamente ao estudo do sofrimento nos enfermeiros, recomendamos que este estudo seja alargado a outras zonas do país, contribuindo para o aprofundar do conhecimento da CGS em Portugal e na classe profissional de enfermagem. Por fim, não podemos deixar de realçar a importância de termos um instrumento de avaliação aferido e validado para podermos avaliar o sofrimento nos CSD.

CONCLUSÃO

Em resposta às hipóteses/objetivos formulados para o presente estudo, foi possível com os resultados confirmar a estrutura unifatorial proposta por Vasconcelos-Raposo e cols. (no prelo) para a população portuguesa e rejeitar a estrutura multifatorial de validação com amostra alemã proposta por Meichsner e cols. (2016). Foi, ainda, possível verificar que os valores dos indicadores de adequação obtidos com a amostra de enfermeiros se apresentava consistente/robusta.

Bibliografia

- Chan, D., Livingston, G., Jones, L., & Sampson, E. L. (2013). Grief reactions in dementia carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 1-17. doi:10.1002/gps.3795
- Coelho, A., Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: Phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52-57. doi:10.1097/SPC.0000000000000321
- Coelho, M. E., & Ferreira, A. C. (2015). Cuidados paliativos: Narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista Bioética*, 23(2), 340. doi:10.1590/1983-80422015232073
- Kozue, K., & Diogo, M. J. (2001). Assistência domiciliaria ao idoso: Perfil do cuidador formal - parte I. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(3), 257. doi:10.1590/S0080-62342001000300009
- Lindberg, D. (2012). When your patients die: living with cumulative grief. *ONS Connect*, 27(10), 10-14.
- Marôco, J. (2014). *Análise das equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Cruz Quebrada: ReportNumber.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. (2009). Nurses' work in intensive care units: Feelings of suffering. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58. doi:10.1590/S0104-11692009000100009
- Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29(3), 191-205. doi:10.1080/07481180590916335
- Meichsner, F., Schinkothe, D., & Wilz, G. (2016). The Caregiver Grief Scale: Development, exploratory and confirmatory factor analysis, and validation. *Clinical Gerontologist*, 39(4), 342-361. doi:10.1080/07317115.2015.1121947
- Montano, S. A., Lewey, J. H., O'Toole, S. K., & Graves, D. (2016). Reliability generalization of the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). *Death Studies*, 40(4), 256-256-262. doi:10.1080/07481187.2015.1129370
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Relatório e contas 2017*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5519/Ponto3_RelActividadesContas_2017.pdf
- Peixoto, M. J., & Borges, E. (2011). O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 36-39. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n6/n6a06.pdf>
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 665-673. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>

- Silverberg, E. (2006). Introducing the 3-a grief intervention model for dementia caregivers: Acknowledge, assess and assist. *Omega - Journal of Death and Dying*, 54(3), 215-235. doi:10.2190/D1R5-0473-1922-4N70
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: Indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-7. doi:10.1590/0102-3772e322225
- Vasconcelos-Raposo, J., Teixeira, C. M., Ribeiro, A. M., Silva, A. R., & Santos, B. (no prelo). *Validação da versão portuguesa da Caregiver Grief Scale*. Submetido em 2017.
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), E272-282. doi:10.1188/11.ONF.E272-E282
- Wisekal, A. E. (2015). A concept analysis of nurses' grief. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(5), E103-107. doi:10.1188/15.CJON.E103-E107

ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO NOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE
DIFERENCIADOS

Avaliação do Sofrimento nos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados.

Evaluation of Grief in Differentiated Health Care Nurses.

Poças, P. M., Monteiro, M. J., Vasconcelos-Raposo, J.

Resumo

O sofrimento é uma reação a uma perda significativa que pode afetar profundamente a atividade de uma pessoa. Os sentimentos de sofrimento são um fenómeno comum entre os profissionais de saúde, mas relativamente desconhecido e pouco estudado.

O presente estudo tem como objetivos avaliar o sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados e analisar a relação entre o sofrimento e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Trata-se de um estudo transversal com um delineamento quasi-experimental de natureza quantitativa. A amostra foi constituída por 461 enfermeiros pertencentes a um centro hospitalar do norte de Portugal. Os dados foram recolhidos através de um questionário que integrou a caracterização sociodemográfica e profissional e a escala *Caregiver Grief Scale* validada por Poças, Monteiro, Pires e Vasconcelos-Raposo (no prelo). O tratamento de dados foi realizado recorrendo ao SPSS, versão 22, com recurso à estatística descritiva e inferencial.

Como principais conclusões, salientamos que são as enfermeiras que expressam maior sofrimento como também os que são cuidadores informais. De entre as variáveis profissionais, salientamos que são os enfermeiros sem formação pós-graduada e os enfermeiros com especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica e em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que expressam maior sofrimento. Podemos ainda verificar que são os enfermeiros do departamento de pediatria, e na mesma linha, os que prestam cuidados a utentes menores de idade, que expressam mais sofrimento. Os enfermeiros que menos vezes lidam com o sofrimento/morte são os que mais expressão sofrimento. Constata-se, ainda, uma relação positiva entre o sofrimento e o tempo de serviço.

Palavras-Chave: Enfermeiros, Sofrimento, Cuidados de saúde diferenciados.

Abstract

Grieving is a reaction to a significant loss that can deeply affect a person's activity. The feelings of suffering are a common phenomenon among healthcare professionals but relatively unknown and not well studied.

The present study aims to assess the grief in differentiated healthcare nurses and analyse the link between grief and sociodemographic and professional variables.

A quantitative almost experimental cross-sectional study was carried out. The study sample consisted in 461 nurses from a hospital in the northern region of Portugal. The data were collected through a questionnaire which included a sociodemographic and professional description and the Caregiver Grief Scale validated by Poças, Vasconcelos-Raposo and Monteiro (in press). The data treatment was done using SPSS, version 22, along with descriptive and inferential statistics.

As main conclusions, one can point out that female nurses are the ones who suffer more as well as informal caregivers. Of all the professionals in this area, we highlight that the ones who express more suffering are nurses with no postgraduate training and specialized Maternal Health and Obstetric nurses, as well as the ones specialized in Child and Pediatric Health. One can also verify that nurses from the Pediatric Department, along with those who provide care to underage are those who express the most suffering. Another conclusion is that nurses who deal less often with grief and death are the ones who suffer the most. There is also a connection between grieving and years of service.

Keywords: Nurses, Grief, Differentiated healthcare.

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem existe para cuidar dos indivíduos, das famílias e das comunidades, ajudando-os a atingir a saúde, a facilitar a cura e a aliviar o sofrimento. Os profissionais de enfermagem trabalham com as pessoas e o seu ambiente por forma a seleccionar e a desenvolver estratégias para promover a saúde e tratar a doença (Gottlieb, 2012).

No paradigma da transformação, os enfermeiros incorporaram nos cuidados a abordagem holística, valorizando as necessidades emocionais e sociais dos doentes/famílias. No cerne desta abordagem está o relacionamento próximo, contudo, os cuidados centrados nos

relacionamentos fizeram emergir questões relacionadas com as emoções dos enfermeiros e dos doentes em interação, pois todo o processo relacional está impregnado de emoções (Diogo, 2017). O mesmo autor alerta para que existe uma linha muito ténue entre partilhar a realidade do outro e transformar essa realidade em nossa, quando essa fronteira é quebrada o sofrimento surge para os sujeitos em interação.

A atividade dos profissionais de saúde mobiliza emoções e conflitos, tornando estes trabalhadores particularmente suscetíveis, por consequência do trabalho, ao sofrimento psíquico (Rios, 2008).

O sofrimento é definido como uma reação involuntária a uma perda, seja ela física ou simbólica, que está sobretudo associada a emoções/reações somáticas, cognitivas e comportamentais. Este processo é único em cada indivíduo, mas fortemente influenciado por fatores socioculturais (Coelho, Brito & Barbosa, 2018).

Os prestadores de cuidados, devido às suas posições vulneráveis, estão altamente expostos ao sofrimento durante a prestação de cuidados e eventual morte do doente. O sofrimento durante a prestação de cuidados é uma experiência complexa que envolve a relação terapêutica construída, sendo que a mesma está em constante mutação resultante da evolução clínica do doente e da capacidade de *coping* do cuidador (Coelho et al., 2018). Meller, Parker, Hatcher e Sheehan (2018), referem que a intensidade dos sentimentos de sofrimento é maior quando, de forma inesperada, o doente ao cuidado do enfermeiro piora o seu estado de saúde ou morre. Lindberg (2012), reforça esta ideia afirmando que, quando um doente morre, o sentimento de perda é inevitável. Dependendo da quantidade de tempo passado com o doente/família e o tipo de relação construída, verificamos que algumas perdas são mais estressantes que outras, sendo que cada uma delas deixa uma marca na alma do enfermeiro.

Meller e cols. (2018), referem que uma forma de os enfermeiros se salvaguardarem dos sentimentos de sofrimento, tanto a nível pessoal como profissional, passa por se afastarem emocionalmente dos seus utentes, o que poderá prejudicar a relação terapêutica tão necessária ao cuidar do outro.

Kolhs e cols. (2017), referem que as experiências dos profissionais em salvar vidas lhes traz orgulho, traz a sensação de se sentirem úteis, reconhecidos e valorizados, proporciona bem-estar e prazer no que fazem. O que nos faz afirmar que ser enfermeiro, por vezes, é estar entre um limbo de prazer e sofrimento.

Na revisão bibliográfica encontramos o conceito de fadiga por compaixão ou sofrimento acumulado, usado para descrever a exaustão psicológica, física e emocional resultante da prestação de cuidados aos doentes em fim de vida e em sofrimento. Esta exaustão, resultante do sofrimento acumulado, está muitas vezes associada à perda da capacidade de instituir um relacionamento terapêutico positivo com a consequente diminuição da qualidade da prestação de cuidados, podendo levar mesmo à decisão de abandonar a profissão. Do ponto de vista pessoal, o profissional de saúde, e em particular os profissionais de enfermagem, poderão padecer de uma grande variedade de sintomas emocionais e físicos, incluindo cefaleias, fadiga, depressão, podendo conduzir a fenómenos de *burnout* (Adwan, 2014; Houck, 2014; Martins & Robazzi, 2009).

Através da revisão bibliográfica, constatamos que os sentimentos de sofrimento afetam os profissionais de saúde das mais variadas formas, levando a que os mesmos possam vir a sofrer vários transtornos tanto a nível pessoal como profissional. A exposição à dor/sofrimento do doente é muito comum na profissão de enfermagem, mas pouco se sabe relativamente aos efeitos que esta exposição, dia após dia, pode ter nos seus profissionais.

Para se proceder à avaliação do sofrimento dos enfermeiros recorreremos à *Caregiver Grief Scale* (CGS), tendo a mesma sido validada para enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados (CSD) (Poças et al., no prelo). Silverbeg (2007), refere que o uso de um instrumento formal é uma ferramenta importante, pois os prestadores de cuidados, na maior parte das vezes, não reconhecem que estão em sofrimento, sentido-se por vezes culpados pelos sentimentos de sofrimento que vivenciam, pelo que o estudo do sofrimento na profissão de enfermagem, e especificamente daqueles que exercem em contexto de CSD, será uma mais valia pelo aporte de novos conhecimentos sobre esta temática, uma vez que são poucos os estudos que tomam como foco o sofrimento.

Neste enquadramento, formulamos como objetivos: *I)* avaliar o sofrimento nos enfermeiros em CSD de uma instituição hospitalar do Norte do país; *II)* analisar a relação entre o sofrimento e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Durante a pesquisa bibliográfica, verifica-se que são muitos os fatores que influenciam o sofrimento dos enfermeiros. Além dos fatores que advêm da relação terapêutica criada com o doente/família, existem ainda os fatores relacionados com o local de trabalho, tais como a organização, as condições de trabalho, as competências profissionais e a exposição diária ao sofrimento e morte dos doentes (Ramos, Barth, Schneider, Cabral & Reinaldo, 2016). Os

sentimentos apresentados como consequências do sofrimento são também considerados como fatores desencadeantes desse fenómeno, criando assim um ciclo vicioso, que pode levar a alterações no dia a dia do profissional, seja pela desqualificação do cuidado ou até pelo abandono da profissão (Pires, Monteiro, Poças & Vasconcelos-Raposo, no prelo; Ramos et al., 2016).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo do tipo transversal, de natureza descritivo, retrospectivo, com um delineamento quasi-experimental (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Amostra

A população em estudo era os profissionais de enfermagem a exercer efetivamente funções de enfermagem num centro hospitalar do norte de Portugal (n=960). Definiu-se como critérios de exclusão: enfermeiros que estejam a exercer cargos de direção e/ou chefia; enfermeiros que não prestem cuidados diretos aos utentes; enfermeiros que prestam cuidados ao utente por um período inferior a 1 hora.

Da população em estudo, foram retirados 162 enfermeiros pela aplicação dos critérios de exclusão. Foram também eliminados 49 questionários por se encontrarem indevidamente preenchidos e 286 enfermeiros devolveram o instrumento de colheita de dados sem ser preenchido. Desta forma, a amostra foi constituída por 461 profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar do norte de Portugal, que corresponde a 57.8% da população em estudo. Trata-se de amostragem não probabilística de conveniência (Fortin, 2003).

Instrumento

Para a realização deste estudo, os participantes preencheram um questionário, que se encontrava dividido em duas partes, uma primeira parte que integra a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, e uma segunda parte com a CGS para a avaliação do sofrimento nos enfermeiros em CSD, tendo a CGS sido validada para o efeito por Poças e cols. (no prelo).

A CGS foi originalmente desenvolvida e validada na Alemanha para cuidadores informais (n=229), sendo constituída por 11 itens com um modelo multifatorial que avaliam quatro fatores do sofrimento: Dor Emocional (itens 1-3), Perda Relacional (itens 4 a 6), Perda

Absoluta (itens 7 a 9) e Aceitação da Perda (Itens 10 e 11) (Meichsner, Schinkothe & Wilz, 2016). Já em Portugal, a CGS foi inicialmente validada para cuidadores formais e informais (n=150), o modelo validado foi um modelo unifatorial, tendo o sofrimento como o único fator presente nos seus 11 itens (Vasconcelos-Raposo, Teixeira, Ribeiro, Silva & Santos, no prelo). Posteriormente, foi realizada uma validação desta escala para enfermeiros de cuidados de saúde primários, tendo a mesma sido efetuada com um modelo multifatorial de 3 fatores: Dor Emocional, Perda Relacional e Evitamento (Pires et al., no prelo).

No presente estudo foi utilizada a CGS validada para enfermeiros em CSD. Tendo o modelo unifatorial sido validado (n=461), mostrando tratar-se de uma escala robusta, fiável e de fácil utilização para a avaliação do sofrimento nos enfermeiros (Poças et al., no prelo). Composta por 11 itens com possibilidade de resposta numa escala tipo Likert que varia entre: 1 Discordo totalmente; 2 Discordo; 3 Concordo moderadamente; 4 Concordo; e 5 Concordo totalmente. A pontuação da escala varia entre um valor mínimo de 11 e um máximo de 55 valores, sendo que quanto maior o *score* da escala, maior é o sofrimento (Pires et al., no prelo; Poças et al., no prelo; Vasconcelos et al., no prelo).

Procedimentos

Após a elaboração do questionário foi realizado um pré-teste com enfermeiros (n=30), de um outro centro hospitalar com características similares, tendo sido necessário proceder a alguns ajustamentos. No respeito pelos procedimentos éticos, foi solicitado autorização ao centro hospitalar para a realização do estudo, tendo o mesmo sido aprovado pela comissão de ética e pelo conselho de administração. Com a distribuição dos questionários, seguia um texto explicativo dos objetivos da investigação, garantia de confidencialidade dos dados recolhidos e o consentimento informado, respeitando os princípios éticos da investigação.

Os dados foram recolhidos durante o mês de fevereiro de 2018, tendo a colaboração dos enfermeiros chefes/responsáveis dos serviços na entrega e recolha do instrumento de colheita de dados.

Análise estatística

Para a realização do tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *software* SPSS (IBM SPSS *Statistics* (versão 22) e recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Para descrever as variáveis sociodemográficas e profissionais foram usadas informações relativas às medidas

de tendência central e de dispersão, recorrendo aos valores de frequências absolutas, percentagens, desvio padrão, valores máximos e mínimos. A nível da estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos, uma vez que os mesmos são considerados mais robustos. No entanto, a utilização de testes paramétricos pressupõe que os dados tenham uma distribuição normal, uma homogeneidade da variância e ausência de *outliers*. Para a verificação destes pressupostos neste estudo, recorreremos aos níveis de assimetria e de curtose que devem variar entre -1 a 1, segundo Marôco (2014).

Os testes estatísticos usados foram o *t-Student* para comparação de dois grupos independentes e o *One-way ANOVA* para a comparação de três ou mais grupos independentes, ambos com nível de significância estabelecido de 0.05 (Dancey, Reidy & Viali, 2008). Uma vez que a Anova apenas nos informa da existência de uma diferença geral, não nos indicando quais os grupos que diferem, realizamos, em caso de diferença estatisticamente significativa, procedimentos *Post Hoc* que nos permita observar as diferenças entre grupos. Para a realização deste procedimento, selecionamos dois testes, o *Gabriel*, para quando os grupos são de dimensão ligeiramente diferente, e o *Hocherg GT2*, para grupos com dimensão muito diferente (Field, 2009).

RESULTADOS

Na Tabela 1, apresentamos um resumo das principais características sociodemográficas da amostra. A média de idades dos participantes foi de 40.6 anos (SD=9.2), com uma variação entre 24 e 62 anos de idade. Podemos verificar que 82.6% da amostra é do sexo feminino e 17.4% do sexo masculino, 67,9% tem companheiro enquanto 32.1% não possui companheiro. Relativamente aos filhos, 65.1% tem filhos, dos quais 28.9% tem 1 filho e 36.3% tem dois ou mais filhos. Podemos verificar que a maioria dos enfermeiros não é cuidador informal (70.9%). Dos 29.1% participantes que referem ser cuidadores, 20.6% cuida informalmente de uma pessoa e os restantes 8.5% cuida de duas ou mais pessoas. Verificamos, também, que a maioria dos enfermeiros que refere ser cuidador informal vive com a pessoa que cuida (20.8%), sendo que, 8.2% não vive com a pessoa que cuida.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

		n (461)	% (100)
Sexo:	Masculino	80	17.4
	Feminino	381	82.6
Grupo etário:	- 30 anos	41	8.9
	30 a 39 anos	185	40.1
	40 a 49 anos	137	29.7
	+ 50 anos	98	21.3
Companheiro:	Com Companheiro	313	67.9
	Sem Companheiro	148	32.1
Filhos:	Sim	300	65.1
	Não	161	34.9
Número de filhos:	Sem filhos	161	34.9
	1 filho	133	28.9
	2 filhos ou mais filhos	167	36.2
Cuidador informal:	Sim	134	29.1
	Não	327	70.9
Número de pessoas cuidadas:	Não cuidador	327	70.9
	1	95	20.6
	2 ou mais	39	8,5
Vive/viveu com a pessoa cuidada:	Não cuidador	327	70.9
	Sim	96	20.8
	Não	38	8.2
Alguma(s) da(s) pessoa(s) que cuidou já morreu?	Não cuidador	327	70.9
	Sim	99	21.5
	Não	35	7.6

Quanto à caracterização profissional da amostra (Tabela 2), verificamos que o tempo médio de serviço é de 17.7 anos (SD = 9.05), variando entre um tempo mínimo de serviço de 2 e o máximo de 40 anos. Relativamente às habilitações literárias, 87.9% da amostra é licenciada, 10.8% detém mestrado e apenas 1.3% o grau de bacharel. A maioria dos enfermeiros pratica um horário do tipo rotativo, 77.5% faz turnos da manhã, tarde, noite, 9.1% faz turnos da manhã e tarde e 13.4 faz horário fixo (turnos no período da manhã). Relativamente ao grupo etário que mais beneficia dos seus cuidados, os enfermeiros, na sua maioria (50.8%), referem que são pessoas com mais de 65 anos de idade, seguidas da opção todas as idades, com 24.9%, 13.7% refere que a faixa etária que mais beneficia dos seus cuidados é entre os 19 anos e os 65 anos de idade e, por fim, os menores de 18 anos, com 10.6%.

Tabela 2: Caracterização profissional da amostra em estudo

		n (461)	% (100)
Habilitações literárias	Bacharelato	6	1.3
	Licenciatura	405	87.9
	Mestrado	50	10.8
Tipologia de turnos	Manhã	62	13.4
	Manhã e tarde	42	9.1
	Manhã, tarde e noite	357	77.5
Grupo etário que mais beneficia dos cuidados	- 18 anos de idade	49	10.6
	Entre 19 e 65 anos idade	63	13.7
	+ 65 anos idade	234	50.8
	Todas as idades	115	24.9

A nível da formação pós-graduada, 78.2% (n=362) refere não possuir qualquer formação pós-graduada, 21.5% (n=99) refere ter formação pós-graduada, sendo que a área da emergência/urgência e cuidados intensivos surge com maior percentagem (7.6%; n=35), seguida da área da gestão de serviços de saúde (7.2%; n= 33) e, por fim, outras áreas (6.7; n=31).

Quanto às áreas de especialização de enfermagem, 74.4% (n=343) não detém qualquer especialização em enfermagem, 25.6% (n=118) refere ter uma especialização, sendo a mais referida a médico-cirúrgica (8.9%; n=41), seguida da enfermagem de reabilitação (5.2%; n=24), saúde infantil e pediátrica (5.0%; n=23), enfermagem comunitária (3.3%; n=15), saúde materna e obstétrica (2.6%; n=12) e, por fim, a saúde mental e psiquiátrica (0.7%: n=3).

Na Tabela 3 podemos observar a distribuição da amostra pelos diferentes departamentos. O departamento de internamento da área médica representa 35.1% da amostra, o departamento de internamento da área cirúrgica 20.8%, seguido do departamento das áreas de cuidados intensivos e urgência, com 18.2%, o departamento de pediatria representa 10.4%, seguido do departamento das áreas das intervenções cirúrgicas, com 9.8% e, por fim, o departamento de cuidados paliativos e oncológicos, com 5.6% da amostra.

Tabela 3: *Distribuição da amostra por departamentos hospitalares*

	n (461)	% (100)
Departamento de internamentos da área médica	162	35.1
Departamento de internamento de cuidados paliativos e oncologia	26	5.6
Departamento de internamentos da área cirúrgica	96	20.8
Departamento da área pediátrica	48	10.4
Departamento das áreas de cuidados intensivos e urgência	84	18.2
Departamento das áreas de intervenção cirúrgica	45	9.8
Total	461	100.00

Seguidamente apresentamos os resultados de um conjunto de questões de caracterização do serviço e dos cuidados, tendo por base uma escala tipo Lickert, variando as respostas entre: 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Às vezes; 4. Frequentemente; e 5. Muito frequentemente.

A primeira questão colocada, relativa à frequência com que durante o mês existiram turnos executados com menos elementos que o planeado, 11.5% respondeu nunca, 35.1% respondeu raramente, 35.6% respondeu às vezes, 14.8% respondeu frequentemente e 3% respondeu muito frequentemente. Na questão, com que frequência cuida de pessoas em fase terminal/

cuidados paliativos, 6.9% respondeu nunca, 22.8% respondeu raramente, 27.1% respondeu às vezes, 29.7% respondeu frequentemente e 13.4% respondeu muito frequentemente. Quanto à frequência que lida com situações de urgência/emergência, 0.2% respondeu nunca, 10.8% respondeu raramente, 45.8% respondeu às vezes, 30.4% respondeu frequentemente e 12.8% respondeu muito frequentemente. No que respeita à frequência de cuidados a pessoas em sofrimento, 0.2% respondeu nunca, 4.1% respondeu raramente, 20.8% respondeu às vezes, 44.0% respondeu frequentemente e 30.8% respondeu muito frequentemente. Na pergunta, com que frequência lida com a morte de pessoa ao seu cuidado, 2.4% respondeu nunca, 26.6% respondeu raramente, 28.2% respondeu às vezes, 29.1% respondeu frequentemente e 14.1% respondeu muito frequentemente. Relativamente à frequência com que transmite a informação da morte da pessoa à família/cuidador, 13.4% respondeu nunca, 22.6% respondeu raramente, 21.5% respondeu às vezes, 24.5% respondeu frequentemente e 18.0% respondeu muito frequentemente.

Relativamente à avaliação do sofrimento, começamos por realizar a análise descritiva dos itens da CGS, tendo-se verificado que os pressupostos de normalidade de dados estão assegurados, uma vez que os níveis de assimetria variam entre - 0,307 e 0,920 e os níveis de curtose entre - 0,768 e 1,012, mantendo-se dentro dos níveis aceitáveis propostos por Marôco (2014).

Podemos verificar que a avaliação do sofrimento (CGS) variou entre um mínimo de 12 e um máximo de 51, sendo a média de 32.21, (SD= 6.85).

Quanto à relação entre o sofrimento e o sexo dos participantes, verificamos que, em média, o sexo masculino mostra menos sofrimento (29.63, ± 6.30) que o sexo feminino (32.76, ± 6.85), tendo-se esta diferença mostrado estatisticamente significativa ($t_{(459)} = 3.77$, $p = .001$; $d = 0.646$).

No que respeita à relação entre sofrimento e o grupo etário, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.05$), contudo, o valor da média é superior na classe etária + 50 anos ($M = 33,70$). Segue-se, por ordem decrescente, a classe 40-49 anos ($M = 32,99$); menos de 30 anos ($M = 31,63$) e 30-39 anos ($M = 30,98$).

Observamos que, em média, os enfermeiros que não são cuidadores informais apresentam valores de sofrimento menores (31.64, ± 6.49) em relação aos que são cuidadores informais (33.63, ± 7.50), tendo esta diferença sido estatisticamente significativa ($t_{(218,784)} = 2.69$, $p = .008$; $d = 0.375$).

No que respeita à relação entre o sofrimento e o grau académico, apesar de não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas, observamos que os enfermeiros que detêm o grau académico de mestre apresentam maior média de sofrimento ($M=32.34$) relativamente aos enfermeiros com grau de licenciado ($M=32.23$) e bacharel ($M=30.33$).

Com a realização do *t-Student* podemos verificar que os enfermeiros sem pós-graduação mostram em média maior sofrimento ($32.71, \pm 6,58$) que os pós-graduados ($30.40, \pm 7.53$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(459)} = 3.009, p=.003; d=0.327$).

No que concerne à relação entre o sofrimento e as diferentes áreas de especialização em enfermagem e não especialistas, encontramos diferenças estatisticamente significativas ($F_{(6;454)} = 5.37, p=.001; \eta_p^2 = .066$). As comparações à posteriori entre os pares de médias, realizadas recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg, veio mostrar que:

- os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica têm, em média, maior sofrimento que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação ($p=0.004$), em enfermagem médico-cirúrgica ($p=0.005$), em enfermagem comunitária ($p=0.014$), e que os enfermeiros não especialistas ($p=0.016$);
- os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica têm, em média, maior sofrimento relativamente aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica ($p=0.004$), em enfermagem de reabilitação ($p=0.003$), em enfermagem comunitária ($p=0.021$) e não especialistas ($p=0.008$).

Quanto à relação entre o sofrimento e o número de anos que exerce a profissão de enfermagem, encontramos uma relação estatisticamente significativa ($F_{(3;457)} = 4.19, p=.006; \eta_p^2 = .027$). As comparações à posteriori entre os pares de médias realizadas recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg veio mostrar que: os enfermeiros com tempo de serviço entre os 21-31 anos têm em média maior sofrimento que os enfermeiros com um tempo de serviço entre os 11-20 anos de experiência profissional ($p=.034$), e que os têm um tempo de serviço inferior a 10 anos ($p=0.039$).

Apesar de não se verificar significância estatística, não podemos deixar de ilustrar que o sofrimento nos enfermeiros em CSD, vai sempre aumentando à medida que as classes de tempo de serviço também aumentam, menos de 10 anos de serviço ($M=31.25$), dos 11-20 anos de serviço ($M=31.28$), dos 21-31 anos de serviço ($M=33.47$) e, por fim, + de 31 anos de serviço ($M=33.71$).

Quanto à relação entre o sofrimento dos enfermeiros e os tipos de departamentos de enfermagem, verificamos diferenças estatisticamente significativas ($F_{(5;455)} = 8.40$, $p = 0.001$; $\eta_p^2 = 0.085$). As comparações à posteriori entre os pares de médias, realizadas recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg, veio mostrar que:

- os enfermeiros pertencentes ao departamento de pediatria têm em média maior sofrimento do que os enfermeiros do departamento de internamento das áreas médicas ($p = 0.001$), do departamento de cuidados paliativos e oncologia ($p = 0.001$), do departamento de internamento das áreas cirúrgicas ($p = 0.001$) do departamento de cuidados intensivos e urgência ($p = 0.001$);
- os enfermeiros do departamento da área de intervenção cirúrgica têm em média maior sofrimento que os enfermeiros do departamento de cuidados intensivos e urgência ($p = 0.026$).

Relativamente à relação entre o sofrimento dos enfermeiros e grupos etários que mais beneficiam dos seus cuidados, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F_{(3;457)} = 10.44$, $p = 0.001$; $\eta_p^2 = 0.062$). As comparações à posteriori entre os pares de médias, realizadas recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg, veio mostrar que:

- os enfermeiros que prestam cuidados ao grupo etário com menos de 18 anos têm, em média, mais sofrimento que os enfermeiros que cuidam outros grupos os etários (19-65 anos de idade; + de 65 anos de idade; todas as idades) ($p = 0.001$).

No que concerne à relação entre o sofrimento dos enfermeiros e a frequência com que cuidam de pessoas em fase terminal/cuidados paliativos, verificamos diferenças estatisticamente significativas ($F_{(4;456)} = 2.930$, $p = 0.021$; $\eta_p^2 = 0.025$). Nas comparações à posteriori entre os pares de médias, realizadas recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg, não encontramos diferenças significativas entre os grupos.

No que respeita à relação entre o sofrimento e a frequência com que lida com a morte da pessoa ao seu cuidado, verificamos uma diferença estatisticamente significativa ($F_{(4;456)} = 4.966$, $p = 0.001$; $\eta_p^2 = 0.042$). As comparações à posteriori entre os pares de médias dos grupos realizadas, recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg, permitiu verificar que:

- o sofrimento nos enfermeiros que raramente lidam com a morte/sofrimento do utente é em média maior em relação aos enfermeiros em que esta situação ocorre às vezes ($p = 0.001$) ou muito frequentemente ($p = 0.005$).

No que concerne à relação entre o sofrimento dos enfermeiros e a frequência com que informam a morte do doente à família/cuidador, verificamos diferenças estatisticamente significativas ($F_{(4;404.803)} = 5.530$, $p = .001$; $\eta_p^2 = .046$). As comparações à posteriori entre os pares de médias dos grupos realizadas, recorrendo ao teste de *post hoc de GT2* de Hochberg, permitiu verificar que:

- o sofrimento dos enfermeiros que nunca informam sobre a morte do doente é, em média, maior em relação aos enfermeiros que só o fazem às vezes ($p = 0.02$) ou muito frequentemente ($p = 0.013$);
- O sofrimento dos enfermeiros que raramente informam sobre a morte do doente é, em média, maior em relação aos enfermeiros que só o fazem às vezes ($p = 0.009$).

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi o de avaliar o sofrimento nos enfermeiros em CSD e analisar a relação entre o sofrimento e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Constata-se a predominância do sexo feminino (82.6%) em relação ao sexo masculino (17.4%). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o total de enfermeiros inscritos na OE no ano de 2017 era 71.802, sendo que 58.939 (82.08%) do género feminino e 12.863 (17.91%) do género masculino (OE, 2017), o que vem ao encontro dos valores obtidos na amostra, e que confirma o registo identitário de uma profissão que tem conservado o ato de cuidar ao ser feminino.

Neste estudo, o sexo feminino mostrou-se mais predisposto ao sofrimento que o sexo masculino, resultado que é também corroborado em outros estudos (Trautmann, Epstein, Rovnyak & Snyder, 2015). Contudo, vários são os estudos que não demonstram diferenças significativas entre os sexos (Borhani, Abbaszadeh, Mohamadi, Ghasemi & Hoseinabad-Farahani, 2015; Xiaoyan, Yufang, Lifeng & Congcong, 2016). No entanto, é de realçar que o estudo realizado por Pires et al. (2019), relativo a enfermeiros de cuidados de saúde primários, que utilizou a mesma escala de avaliação de sofrimento, não se verificou qualquer relação entre o sofrimento e sexo dos participantes.

O facto de ser ou não cuidador informal mostrou ter uma relação estatisticamente significativa na expressão do sofrimento, sendo que os enfermeiros que são cuidadores informais estão mais expostos, pelo que este resultado sugere a corroboração de duas previsões teóricas

relativas ao sofrimento já expressas por dois estudos. A primeira expõe que, enquanto cuidador informal, este terá um maior vínculo à pessoa que carece de cuidado, estando desta forma mais exposto aos sentimentos de sofrimento (Vasconcelos-Raposo et al., no prelo). A segunda indica que o facto de ser cuidador informal e ter experiências pessoais adiciona vulnerabilidade ao enfermeiro durante a prestação de cuidados e eleva o seu sofrimento (Meller et al., 2018).

Relativamente às variáveis profissionais, é comum na literatura encontrar referência ao facto de que os enfermeiros que trabalham em serviços de internamento, cuidados paliativos e urgências apresentarem maiores níveis de sofrimento, justificando que, nestes contextos, os enfermeiros contactam regularmente com a morte e o sofrimento dos doentes que cuidam (Eizenberg, Desivilya & Hirschfeld, 2009). No entanto, podemos verificar que, em relação ao estudo de Pires et al. (2019), em enfermeiros de cuidados de saúde primários, a diferença entre as médias dos valores de sofrimento não é significativa quando comparada com a do presente estudo.

Os achados deste estudo contrariam Eizenberg e cols. (2009), quando o mesmo sugere que os enfermeiros que lidam mais regularmente com a morte e o sofrimento têm maiores níveis de sofrimento. Quando questionados qual a frequência com que lidam com a morte de doentes ao seu cuidado e com que frequência cuidam de doentes em fase terminal/cuidados paliativos, os enfermeiros que neste estudo apresentam maior sofrimento são aqueles que referem nunca ou raramente lidarem com estas situações. Um outro resultado que vem ilustrar este dado é quando questionados sobre a frequência com que transmitem a informação do falecimento de um doente ao seu cuidado, mais uma vez, aqueles que demonstram ter maior sofrimento são os que referem nunca ou raramente o realizarem, com diferenças estatisticamente significativas. Este resultado sugere que os enfermeiros nos CSD que estão menos expostos ao sofrimento/morte dos utentes ao seu cuidado, podem não ter desenvolvido mecanismos de *coping* para lidar com sentimentos de sofrimento.

Quando se observa a relação entre o sofrimento e o grau académico, apesar de estes resultados não mostraram ter significância estatística, verifica-se que, à medida que o grau académico aumenta, também é maior a expressão de sofrimento nos enfermeiros, o que não se verifica no estudo de Pires e cols. (no prelo). Contudo, quando verificamos a relação entre o sofrimento e presença ou ausência de formação pós-graduada, os resultados já se mostram em sincronia com Pires e cols. (no prelo), pois mais formação está ligada a menor expressão de sofrimento.

Quando se relaciona o sofrimento dos enfermeiros em CSD com as áreas de especialização em enfermagem e não especialistas, verifica-se maior sofrimento nos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Por outro lado, são os enfermeiros não especializados que apresentam, em média, maior sofrimento, face aos enfermeiros que detêm outras áreas de especialização, que as acima referidas, embora sem significado estatístico.

A relação entre a variável sofrimento e os grupos etários que mais beneficiam dos cuidados de enfermagem parece sugerir a razão para as diferenças encontradas em função das áreas de especialização em enfermagem e não especialistas. O sofrimento dos enfermeiros que prestam cuidados ao grupo etário com menos de 18 anos é maior que o sofrimento dos enfermeiros que prestam cuidados aos outros grupos etários. Este resultado está também de acordo com Adwan (2014), ao referir que os sentimentos de sofrimento são maiores quando os enfermeiros cuidam de recém-nascidos, crianças e jovens. Kolhs e cols. (2017) reforçam que os sentimentos de sofrimento nos enfermeiros que cuidam de crianças e jovens está intimamente relacionado com o facto de estes estabelecerem um maior vínculo afetivo. Outro resultado presente neste estudo que sugere a validade deste argumento é o estabelecimento da relação entre o sofrimento e o tipo de departamentos de enfermagem, sendo que os enfermeiros que trabalham no departamento de pediatria e de intervenção cirúrgica, nomeadamente no bloco de partos, apresentam maior sofrimento. Face à recomendação da Direção-Geral de Saúde para o funcionamento destas unidades nos CSD, os cuidados devem ser prestados fundamentalmente por enfermeiros especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e pelos enfermeiros especializados em saúde materna e obstétrica.

Quanto à relação entre o sofrimento e o tempo de serviço, os resultados deste estudo vão ao encontro de Schaefer (2017), que indica a existência de uma relação positiva entre o sofrimento e o tempo de serviço. Adwan (2014), Houck (2014) e Martins e Robazzi (2009), argumentam que o sofrimento tem um efeito cumulativo ao longo do tempo. Contudo, a literatura não é unânime, pois Pires e cols. (no prelo) e Lusignani, Gianni, Re e Buffon (2016) não encontraram relação entre o sofrimento e o tempo de serviço.

No presente estudo, o valor do sofrimento nos enfermeiros em CSD foi muito semelhante ao encontrado no estudo de Pires e cols. (no prelo), realizado em contexto de cuidados de saúde primários, contudo, verificamos algumas diferenças em função do grau académico/formação dos enfermeiros e do tempo de serviço. Sugerimos que estas diferenças podem ser explicadas

em função da natureza das intervenções de enfermagem, pois os enfermeiros de cuidados de saúde primários têm como foco de cuidados a capacitação do utente/família para a promoção de projetos de saúde individuais e coletivos, a prevenção da doença ao longo de todo o ciclo vital, enquanto que os enfermeiros de CSD privilegiam as intervenções que visam a restauração e manutenção das funções vitais da pessoa que vivencia situações de doença aguda ou crónica agudizada ou situações de trauma e catástrofe. Assim, Eizenberg e cols. (2009) e Ramos e cols. (2016) salientam que é nos momentos de crise e de risco de vida do utente/família que os sentimentos de dor e sofrimento se expressam com maior intensidade, potenciando desta forma a exposição dos profissionais de CSD a mais fatores stressantes e, por conseguinte, a um maior sofrimento.

A World Health Organization (2016), refere que os enfermeiros são um dos maiores grupos de entre os profissionais de saúde, reforçando a necessidade de estes serem competentes, resilientes e especializados e que detenham capacidades para cuidar de um doente em sofrimento, gerindo os processos relacionais e emocionais que caracterizam os cuidados de enfermagem (Meller et al., 2018). Contudo, lidar com o sofrimento/morte dos doentes ao seu cuidado gera sentimentos de sofrimento nos enfermeiros, sendo que os mesmos necessitam criar estratégias para suportar o sofrimento gerado por estas situações (Kolhs et al., 2017). Os mesmos autores referem que identificar os fatores geradores de sofrimento, assim como as estratégias de controlo de sofrimento, proporciona um desenvolvimento com possíveis mudanças e soluções que possam amenizar este sentimento e tornar o quotidiano das equipas de enfermagem mais produtiva e menos desgastante, o que se repercute não somente na saúde dos profissionais, mas também na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes.

De entre as diferentes possibilidades, Meller e cols. (2018) consideram o apoio informal prestado pelos colegas de trabalho como um suporte de importância vital para amenizar o sofrimento do enfermeiro no seu local de trabalho. É importante que as chefias de enfermagem e as próprias instituições percebam o real impacto do sofrimento nos enfermeiros em termos de insatisfação com o trabalho e desempenho das funções e altos índices de *burnout*, que faz com que os enfermeiros equacionem o abandono de determinado serviço ou até mesmo a profissão, sendo que estes fatores podem ter um forte impacto financeiro. Neste sentido, quer a formação, quer o treino específico de estratégias de *coping* pode ser uma ferramenta importante para lidar com os sentimentos de sofrimento nas suas fases iniciais (Adwan, 2014).

Este trabalho teve como limitações o facto de os participantes do estudo pertencerem a uma instituição de saúde do norte do país. Pela relevância que esta temática assume, quer no âmbito da investigação, quer na prática dos cuidados de saúde, recomendamos que o estudo do sofrimento deverá continuar junto dos profissionais de enfermagem, alargando a diferentes zonas do país, procurando mais informação e contribuindo para o aprofundar do conhecimento do sofrimento nesta classe profissional. Sugeríamos, também, o estudo do sofrimento junto de diferentes profissionais de saúde, nomeadamente entre assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico, fisioterapeutas e médicos, o que iria contribuir para um aumento do conhecimento dos sentimentos de sofrimento junto dos diferentes profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Em resposta às hipóteses/objetivos formuladas para o presente estudo, foi possível quantificar o sofrimento nos enfermeiros em CSD.

A identificação das variáveis que influenciam o sofrimento nos enfermeiros de CSD e a adoção de estratégias podem amenizar o sofrimento e tornar o quotidiano das equipas de enfermagem mais produtivo e menos desgastante, o que se repercute não somente na saúde dos profissionais, mas de igual modo na transferência da melhor evidência científica para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes.

Este tema pode funcionar como propulsor para mais estudos que identifiquem fatores preditores de sofrimento nos enfermeiros, promovendo o desenvolvimento de programas de intervenção no alívio do sofrimento e treino de competências para lidar com estes sentimentos.

Deste modo, as organizações de saúde, e em particular as instituições hospitalares, devem ter um olhar atento sobre a vivência do sofrimento nos seus profissionais, recomendando-se a definição de programas, cuja monitorização e avaliação possam estar inscritos, quer no plano de ação dos diferentes serviços, quer de forma mais abrangente na política de gestão de qualidade da instituição de saúde.

Bibliografia

- Adwan, J. Z. (2014). Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children & Families*, 29(4), 329-336. doi:10.1016/j.pedn.2014.01.011
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohamadi, E., Ghasemi, E., & Hoseinabad-Farahani, M. J. (2015). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*, 24(4), 474-482. doi:10.1177/0969733015604700
- Coelho, A., Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: Phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52-57. doi:10.1097/SPC.0000000000000321
- Dancey, C., Reidy, J., & Viali, L. (2008). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: Envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30.
- Eizenberg, M. M., Desivilya, H. S., & Hirschfeld, M. J. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 885-892. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, M.-F. (2003). Métodos de amostragem. In M.-F. Fortin, O processo de investigação da concepção à realização (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Gottlieb, L. N. (2012). *Strengths-based nursing care : Health and healing for person and family*. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsebk&AN=484464&site=eds-live>
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454-458. doi:10.1188/14.CJON.454-458
- Kolhs, M., Olschowsky, A., Barreta, N. L., Schimerfening, J., Vargas, R., & Busnello, G. F. (2017). Nursing in urgency and emergency: Between the pleasure and suffering. *Revista de Pesquisa-Cuidado e Fundamental Online*, 9(2), 422-431. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431
- Lindberg, D. (2012). When your patients die: living with cumulative grief. *ONS Connect*, 27(10), 10-14.

- Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, L. G., & Buffon, M. L. (2016). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 477-485. doi:10.1111/jonm.12431
- Marôco, J. (2014). *Análise das equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Cruz Quebrada: ReportNumber.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. (2009). Nurses' work in intensive care units: Feelings of suffering. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58. doi: 10.1590/S0104-11692009000100009
- Meichsner, F., Schinkothe, D., & Wilz, G. (2016). The Caregiver Grief Scale: Development, exploratory and confirmatory factor analysis, and validation. *Clinical Gerontologist*, 39(4), 342-361. doi:10.1080/07317115.2015.1121947
- Meller, N., Parker, D., Hatcher, D., & Sheehan, A. (2018). Grief experiences of nurses after the death of an adult patient in an acute hospital setting: An integrative review of literature. *Collegian*, 26(2), 302-310. doi:10.1016/j.colegn.2018.07.011
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Relatório e contas 2017*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5519/Ponto3_RelActividadesContas_2017.pdf
- Pires, L., Monteiro, M., Poças, P., & Vasconcelos-Raposo (no prelo). *Validação da Caregiver Grief Scale para enfermeiros portugueses nos cuidados saúde primários*. Submetido em 2019.
- Poças P., Monteiro M., Pires L., & Vasconcelos-Raposo (no prelo). *Validação da Caregiver Grief Scale para enfermeiros portugueses nos cuidados saúde diferenciados*. Submetido em 2019.
- Ramos, F. R., Barth, P. O., Schneider, A. M., Cabral, A. S., & Reinaldo, J. S. (2016). Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 01-13.
- Rios, I. C. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 151-160. doi:10.1590/S0104-12902008000400015
- Schaefer, R. (2017). *Sofrimento moral: Avaliação de risco em enfermeiros* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Silverberg, E. (2007). Introducing the 3-a grief intervention model for dementia caregivers: Acknowledge, assess and assist. *Omega - Journal of Death and Dying*, 54(3), 215-235. doi:10.2190/D1R5-0473-1922-4N70
- Trautmann, J., Epstein, E., Rovnyak, V., & Snyder, A. (2015). Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: Results from a national survey. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(2), 134-145. doi:10.1097/TME.000000000000060

- Vasconcelos-Raposo, J., Teixeira, C. M., Ribeiro, A. M., Silva, A. R., & Santos, B. (no prelo). *Validação da versão portuguesa da Caregiver Grief Scale*. Submetido em 2017.
- World Health Organization. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. Disponível em <http://www.who.int/hrh/nursingmidwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf5>
- Xiaoyan, W., Yufang, Z., Lifeng, C., & Congcong, S. (2016). Moral distress and its influencing factors: A crosssectional study in China. *Nursing Ethics*, 25(4), 470-480. doi:10.1177/0969733016658792

SÍNTESE CONCLUSIVA

Na revisão da literatura podemos verificar que o sofrimento afeta diretamente a prestação de cuidados e a vida pessoal nos enfermeiros em CSD. Através dos resultados deste estudo observamos que as variáveis sociodemográficas como o sexo, ser cuidador informal ou as variáveis profissionais, formação, faixa etária a quem presta cuidados, experiência em cuidar pessoas em sofrimento/dor, especialização detida pelo enfermeiro, a área/departamento onde trabalha e o tempo de serviço, são algumas das variáveis que influenciam o sofrimento do enfermeiro de CSD.

O reconhecimento das variáveis que afetam o sofrimento dos enfermeiros em cuidados de saúde reveste-se de uma mais-valia para o estudo do sofrimento na classe de enfermagem, mas também como o primeiro passo para o reconhecimento de possíveis causas e, com isso, ajudar no caminho para a diminuição/resolução desta problemática. Desta forma, consideramos ter atingido um dos objetivos a que nos propusemos na realização deste estudo, o de identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que afetam o sofrimento dos enfermeiros nos CSD. Para além disso, foi também possível mesurar o sofrimento sentido por cada um dos 461 enfermeiros de um centro hospitalar do norte de Portugal, tendo-se concretizado mais um objetivo da realização deste trabalho.

Para a concretização destes objetivos, foi necessário adaptar e desenvolver um instrumento de avaliação de um sentimento pessoal e subjetivo, o sofrimento, e que constituiu também objetivo desta investigação. A validação da *Caregiver Grief Scale* permitiu ter uma escala aferida adequada, robusta e fiável para a avaliação do sofrimento nos enfermeiros de CSD, pelo que a consecução deste objetivo foi um passo crucial e de vital importância para a realização deste estudo. Este instrumento foi a pedra basilar para a realização deste estudo, tendo sido validada num modelo unifatorial, sendo o sofrimento o seu único fator, trata-se de uma escala de 11 itens de fácil aplicação que varia entre 11 e 55, sendo que, quanto maior o seu *score* maior é o sofrimento do participante. Sugerimos que a validação deste instrumento de avaliação de sofrimento nos enfermeiros de CSD poderá ser o pontapé de saída para a realização de mais estudos nesta área onde o conhecimento científico ainda sofre de lacunas e necessita ser aprofundado. De igual modo, alargar o estudo a outros profissionais de saúde será de crucial importância para a delineação de uma estratégia institucional para combater os efeitos que o sentimento de sofrimento tem sobre estes profissionais.

Pela revisão da literatura verificamos que cada enfermeiro desenvolve os seus próprios mecanismos e estratégias para lidar com os sentimentos de sofrimento. Não existe uma

política institucional, nem no ensino da profissão, que permitam dotar estes profissionais de ferramentas para lidar com o seu próprio sofrimento e com o sofrimento dos utentes que os enfermeiros cuidam. Contudo, segundo a OE, pelos *slogans* usados em diferentes períodos, o enfermeiro é: “gente que cuida de gente”; “ninguém está sozinho” e “ninguém larga a mão de ninguém”.

Neste sentido, a realização destes dois artigos que integram esta dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, não só permitiu que cumpríssemos os objetivos propostos em cada um dos artigos mas também o objetivo de aumentar o conhecimento relativo ao sofrimento nos enfermeiros, em geral, e nos enfermeiros de CSD, em particular. Esta dissertação em formato de artigos constitui uma possibilidade para que os resultados deste estudo sejam divulgados, e salientar que a sua realização, do ponto de vista pedagógico, foi um desafio enriquecedor e que nos permitiu desenvolver um conjunto de competências científicas que, no futuro, serão uma mais-valia profissional e pessoal.

BIBLIOGRAFIA GERAL

- Adwan, J. Z. (2014). Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children & Families*, 29(4), 329-336. doi:10.1016/j.pedn.2014.01.011
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohamadi, E., Ghasemi, E., & Hoseinabad-Farahani, M. J. (2015). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*, 24(4), 474-482. doi:10.1177/0969733015604700
- Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: A perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 531-534. Disponível em [http://www.ericcassell.com/download/Diagnosing Suffering-Perspective.pdf](http://www.ericcassell.com/download/Diagnosing_Suffering-Perspective.pdf)
- Chan, D., Livingston, G., Jones, L., & Sampson, E. L. (2013). Grief reactions in dementia carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 1-17. doi:10.1002/gps.3795
- Coelho, A., Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: Phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52-57. doi:10.1097/SPC.0000000000000321
- Coelho, M. E., & Ferreira, A. C. (2015). Cuidados paliativos: Narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista Bioética*, 23(2), 340. doi:10.1590/1983-80422015232073
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cruz, B. S. (2014). *Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/27328>
- Dancey, C., Reidy, J., & Viali, L. (2008). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Dewey, J. P. (2017). Compassion fatigue. In *Salem press encyclopedia*.
- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: Envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1, 1º sem.), 20-30.
- Dunne, K. (2004). Grief and its manifestations. *Nursing Standard*, 18(45), 45-51. doi:10.7748/ns2004.07.18.45.45.c3652
- Eizenberg, M. M., Desivilya, H. S., & Hirschfeld, M. J. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 885-892. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x
- Encarnação, P., Oliveira, C. C., & Martins, T. (2015). Dor e sofrimento conceitos entrelaçados: Perspetivas e desafios para os enfermeiros. *Cuidados Paliativos*, 2(2), 22-31. Disponível em https://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_v2_n2.pdf
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.

- Fortin, M.-F. (2003). Métodos de amostragem. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gottlieb, L. N. (2012). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsebk&AN=484464&site=eds-live>
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454-458. doi:10.1188/14.CJON.454-458
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kolhs, M., Olschowsky, A., Barreta, N. L., Schimerfening, J., Vargas, R., & Busnelo, G. F. (2017). Nursing in urgency and emergency: Between the pleasure and suffering. *Revista de Pesquisa-Cuidado e Fundamental Online*, 9(2), 422-431. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431
- Kozue, K., & Diogo, M. J. (2001). Assistência domiciliar ao idoso: Perfil do cuidador formal - parte I. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(3), 257. doi:10.1590/S0080-62342001000300009
- Krikorian, A., Limonero, J. T., & Corey, M. T. (2013). Suffering assessment: A review of available instruments for use in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16(2), 130-142. doi:10.1089/jpm.2012.0370
- Lindberg, D. (2012). When your patients die: living with cumulative grief. *ONS Connect*, 27(10), 10-14.
- Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, L. G., & Buffon, M. L. (2016). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 477-485. doi:10.1111/jonm.12431
- Marôco, J. (2014). *Análise das equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Cruz Quebrada: ReportNumber.
- Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2, 2º sem.), 62-66.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. (2009). Nurses' work in intensive care units: Feelings of suffering. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58. doi: 10.1590/S0104-11692009000100009
- Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29(3), 191-205. doi:10.1080/07481180590916335

- Meichsner, F., Schinkothe, D., & Wilz, G. (2016). The Caregiver Grief Scale: Development, exploratory and confirmatory factor analysis, and validation. *Clinical Gerontologist*, 39(4), 342-361. doi:10.1080/07317115.2015.1121947
- Meller, N., Parker, D., Hatcher, D., & Sheehan, A. (2018). Grief experiences of nurses after the death of an adult patient in an acute hospital setting: An integrative review of literature. *Collegian*, 26(2), 302-310. doi:10.1016/j.colegn.2018.07.011
- Montano, S. A., Lewey, J. H., O'Toole, S. K., & Graves, D. (2016). Reliability generalization of the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). *Death Studies*, 40(4), 256-256-262. doi:10.1080/07481187.2015.1129370
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Relatório e contas 2017*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5519/Ponto3_RelActividadesContas_2017.pdf
- Peixoto, M. J., & Borges, E. (2011). O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 36-39. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n6/n6a06.pdf>
- Pires, L., Monteiro, M., Poças, P., & Vasconcelos-Raposo (no prelo). *Validação da Caregiver Grief Scale para enfermeiros portuguesas nos cuidados saúde primários*. Submetido em 2019.
- Poças P., Monteiro M., Pires L., & Vasconcelos-Raposo (no prelo). *Validação da Caregiver Grief Scale para enfermeiros portuguesas nos cuidados saúde diferenciados*. Submetido em 2019.
- Ramos, F. R., Barth, P. O., Schneider, A. M., Cabral, A. S., & Reinaldo, J. S. (2016). Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 01-13.
- Regulamento n° 429/2018*, de 16 julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica. Diário da República, 135. Série II.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 665-673. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>
- Rios, I. C. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 151-160. doi:10.1590/S0104-12902008000400015
- Schaefer, R. (2017). *Sofrimento moral: Avaliação de risco em enfermeiros* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. Retirado de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_24.htm

- Silverberg, E. (2006). Introducing the 3-a grief intervention model for dementia caregivers: Acknowledge, assess and assist. *Omega-Journal of Death and Dying*, 54(3), 215-235. doi:10.2190/D1R5-0473-1922-4N70
- Trautmann, J., Epstein, E., Rovnyak, V., & Snyder, A. (2015). Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: Results from a national survey. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(2), 134-145. doi:10.1097/TME.0000000000000060
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: Indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-7. doi:10.1590/0102-3772e322225
- Vasconcelos-Raposo, J., Teixeira, C. M., Ribeiro, A. M., Silva, A. R., & Santos, B. (no prelo). *Validação da versão portuguesa da Caregiver Grief Scale*. Submetido em 2017.
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), E272-282. doi:10.1188/11.ONF.E272-E282
- Wisekal, A. E. (2015). A concept analysis of nurses' grief. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(5), E103-107. doi:10.1188/15.CJON.E103-E107
- World Health Organization. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. Disponível em <http://www.who.int/hrh/nursingmidwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf5>
- Xiaoyan, W., Yufang, Z., Lifeng, C., & Congcong, S. (2016). Moral distress and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Nursing Ethics*, 25(4), 470-480. doi:10.1177/0969733016658792

ANEXOS

Anexo A

Autorização da entidade onde foi realizado o estudo

REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exm^o(a). Senhor(a):
Pedro Miguel Alves Poças
Enfermeiro Medicina Interna
CHTMAD

ASSUNTO: *Investigação*

V/ REFERÊNCIA

Após emissão do parecer emitido pela Comissão de Ética de 29.11.2017, o Conselho de Administração em 07.12.2017, decidiu autorizar o projeto de investigação com os Enfermeiros da Instituição, sobre Sofrimento nos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Diferenciados.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 22.12.2017

Doc n.º 531/2017 - C.A.

HV

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


João Oliveira

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E
Avenida Noruega, Lordelo | 5000-508 Vila Real
TEL + 351 259 300 500 FAX + 351 250 300 503 EMAIL geral@chtmad.min-saude.pt www.chtmad.min-saude.pt

Anexo B

Autorização do autor para utilização da escala

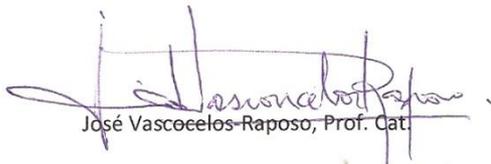


DECLARAÇÃO

Venho, por esta, declarar que autorizo a utilização da Escala de Sofrimento em Cuidadores (Caregiver Grief Scale), para fins de investigação, pelo candidato PEDRO MIGUEL ALVES POÇAS e cujo trabalho procederá à sua validação para Enfermeiros em Cuidados de Saúde Diferenciados.

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 16 de Novembro de 2017



Handwritten signature of José Vasco e los-Raposo in blue ink. The signature is stylized and cursive, written over a horizontal line.

José Vasco e los-Raposo, Prof. Cat

APÊNDICES

Apêndice A

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Pedro Miguel Alves Poças, Enfermeiro, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a a participação no estudo de investigação no âmbito do meu Mestrado em Enfermagem da Pessoa Em Situação Crítica na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real, subordinado ao tema **“Avaliação do Sofrimento nos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Diferenciados”**, com esta investigação procura-se atingir os seguintes objetivos, adaptar e validar a escala *“Caregiver Grief Scale”* para os enfermeiros e para a população portuguesa, conhecer o nível de sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados, analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o sofrimento nos enfermeiros em contexto hospitalar, analisar a relação entre as variáveis profissionais e o sofrimento nos enfermeiros em contexto hospitalar.

INSTRUÇÕES

- Pretende-se a sua opinião pessoal e sincera.
- É fundamental que responda a todas as questões com rigor e honestidade.
- Leia atentamente as questões e de resposta, preenchendo apenas uma opção, não existem respostas certas ou erradas, apenas deve exprimir a sua opinião. Em caso de engano ao assinalar a resposta, risque-a e assinale a que pretende.
- O questionário é totalmente anónimo e confidencial, não escreva o seu nome em parte alguma do questionário. A análise dos dados recolhidos será realizada de forma global, assegurando e respeitando o anonimato.
- Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Após ter respondido ao questionário, introduza-o no envelope e feche-o, entregando-o posteriormente ao seu enfermeiro responsável.

Obrigado pela sua disponibilidade, sem si este estudo não seria possível.

Assinatura _____

Apêndice B

Instrumento de colheita de dados

No âmbito dos Mestrados em Enfermagem Comunitária e da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Vila Real - UTAD, será realizado um estudo de investigação, no qual se pretende avaliar o grau de sofrimento dos profissionais de enfermagem na prestação de cuidados de saúde. As suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente, para fins de investigação. É importante que **responda a todas as questões**, caso contrário o questionário não poderá ser considerado válido para tratamento estatístico. Não há respostas corretas ou incorretas. Apenas se pretende conhecer a sua realidade. Agradecemos desde já o tempo que vai despende no

QUESTIONÁRIO

PARTE I

Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Id _____

1. Sexo:

- a. Masculino.....
- b. Feminino.....

2. Idade: _____ (anos completos).

3. Estado Civil:

- a. Casado (a).....
- b. Solteiro (a).....
- c. Viúvo (a).....
- d. Divorciado (a).....
- e. União de Fato.....

4. Tem filhos?

- a. Sim..... **Quantos ?** _____
- b. Não.....

4.1. Os seus filhos coabitam consigo?

- a. Sim.....
- b. Não.....

4.2. Qual a idade dos seus filhos?

- a. 0-5 anos.....
- b. 6-10 anos.....
- c. 11-16 anos.....
- d. > de 16 anos.....

4.3. Tem apoio de familiares nos cuidados aos seus filhos?

- a. Sim.....
- b. Não.....

5. Habilitações Literárias:

- a. Bacharelato.....
- b. Licenciatura.....
- c. Mestrado.....
- d. Doutoramento.....

5.1. Possui alguma Pós-Graduação?

- a. Sim.....
- b. Não.....

Caso tenha respondido **sim** especifique que Pós-Graduação tirou.

5.2. Possui alguma especialidade em enfermagem?

- a. Sim.....
- b. Não.....

5.2.1. Se possui especialidade em enfermagem, indique qual:

- a. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....
- b. Enfermagem Médico-Cirúrgica.....
- c. Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....
- d. Enfermagem de Reabilitação.....
- e. Enfermagem de Saúde Comunitária.....
- f. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....

6. Há quantos anos é enfermeiro? _____ (anos).

7. Exerce a profissão de enfermagem em:

- a. Cuidados de Saúde Primários.....
- b. Cuidados de Saúde Diferenciados (Hospital).....

8. Em que Serviço/Unidade Funcional presta cuidados de enfermagem?

Se desempenha funções em **Cuidados de Saúde Primários** responda às questões **nº 9 e 10** e posteriormente **salte para a questão nº 13.**

Se desempenha funções em **Cuidados de Saúde Diferenciados** salte para a **questão número 11.**

9. Que tipo de horário realiza?

- a. Jornada continua
- b. Horário rígido.....
- c. Horário flexível

10. Em média a quantos utentes presta cuidados por dia? _____

11. Quais os turnos que realiza no seu serviço?

- a. Manhãs
- b. Tardes
- c. Manhãs e Tardes
- d. Manhãs, tardes e noites
- e. Tardes e noites.....

12. Em média, a quantas pessoas presta cuidados durante um turno?

- a. Da manhã _____
- b. Da tarde _____
- c. Da noite _____

13. No desempenho das suas funções qual o grupo etário que mais beneficia dos seus serviços?

- a. Crianças / Adolescentes (0 - 18 anos).....
- b. Jovens adultos (> 18 - 34 anos).....
- c. Adultos (≥ 35 - 65 anos).....
- d. Idosos (+ de 65 anos).....
- e. Todas as idades

14. Contratualmente, qual a carga horária semanal que detém?

- a. 35 horas semanais
- b. 40 horas semanais.....
- c. Outros.....

14. 1. Em média quantas horas semanais trabalha? _____ (horas).

15. Com que frequência durante um mês existem turnos a operar com menos elementos que o inicialmente planeado?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
<input type="radio"/>				

16. Com que frequência cuida de pessoa(s) em fase terminal ou em cuidados paliativos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
<input type="radio"/>				

17. Com que frequência lida com situações de urgência/emergência?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
<input type="radio"/>				

18. Com que frequência presta cuidados a pessoa(s) em sofrimento?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
<input type="radio"/>				

19. Com que frequência lida com a morte de pessoa(s) que estão/estiveram ao seu cuidado?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
<input type="radio"/>				

20. Com que frequência é você a transmitir a informação da morte da pessoa à família/cuidador?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
○	○	○	○	○

21. É ou foi cuidador Informal?

- a. Sim.....
- b. Não.....

Caso seja ou tenha sido cuidador informal, por favor responda às seguintes questões tendo em conta a(s) pessoa(s) que cuidou informalmente.

22. Porque optou por ser cuidador informal?

- a. Opção pessoal.....
- b. Decisão familiar
- c. Recompensa monetária
- d. Satisfação pessoal/solidariedade.....
- e. Outros. (especifique na linha abaixo).....

Especifique: _____

23. Durante quanto tempo é ou foi cuidador informal? _____ Anos _____ Meses.

24. De quantas pessoas cuida ou cuidou informalmente? _____

25. De quem cuida ou cuidou?

- a. Cônjuge/companheiro(a)
- b. Mãe/Pai
- c. Filho(a)/Enteado(a)
- d. Sogro(a).....
- e. Outros. (especifique na linha abaixo).....

Especifique: _____

26. Vive/viveu com a(s) pessoa(s) que cuida ou cuidou?

- a. Sim.....
- b. Não.....

27. Alguma(s) pessoa(s) que cuidou já morreu?

- a. Sim.....
- b. Não.....
- c. Sim, mas continua a ser cuidador de outra(s) pessoa(s).....

PARTE II

Esta parte do questionário é composta por 11 itens avaliados numa escala tipo Lickert que varia entre 1- Discordo totalmente e 5- Concordo totalmente e tem como objetivo avaliar o grau de sofrimento dos profissionais de enfermagem na prestação de cuidados de saúde. Seguidamente, pedimos-lhe que se foque na situação que está a passar/que passou com a(s) pessoa(s) que tem/teve ao seu cuidado e manifeste o seu menor ou maior grau de

Caregiver Grief Scale (CGS)

1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Concordo moderadamente; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente;

	1	2	3	4	5
12. Sofro com a morte/sofrimento de um doente ao meu cuidado.					
13. Não consigo lidar com a morte/sofrimento de um doente ao meu cuidado.					
14. É doloroso aceitar a degradação do estado de saúde / sofrimento/ morte de um doente ao meu cuidado.					
15. Recordo com regularidade como era o doente nos primeiros contatos que tivemos juntos.					
16. Sinto falta da(s) relações estabelecidas no passado com os doentes em sofrimento ou que faleceram ao meu cuidado.					
17. Em momentos de repouso recordo frequentemente o(s) doente(s) em sofrimento ou que faleceram ao meu cuidado.					
18. Sempre que um doente ao meu cuidado sofre ou morre, dou por mim a pensar se fiz tudo para evitar esse desfecho.					
19. Sinto um vazio com a perda de doentes que estiveram ao meu cuidado.					
20. Evito pensar no facto de que doentes ao meu cuidado tenham morrido.					
21. É difícil para mim mostrar a minha tristeza e sofrimento.					
22. Tenho dificuldade em aceitar o sofrimento de um doente ao meu cuidado.					

Obrigado pela sua colaboração!