

# A prática religiosa e a percepção do sofrimento:\*

## Um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica

### *The influence of religious practice on the perception of suffering:*

*A study in oncological and chronic pain patients*

**Eduardo Carqueja\*\***

Faculdade de Teologia da Universidade Católica do Porto.

#### Resumo

Numa abordagem holística da Pessoa doente, com ênfase na dimensão espiritual, o objectivo do presente estudo exploratório é verificar se a prática religiosa, em doentes oncológicos e em doentes com dor crónica, diminui a percepção do sofrimento. Aplicaram-se os seguintes instrumentos para colheita de dados: Questionário Sócio-demográfico e Clínico; EVA Dor; IESSD; Versão portuguesa do IPC; Versão portuguesa da HADS; Termómetro do Sofrimento e Escala Visual Analógica de Confiança na Equipa de Saúde. A população alvo compôs-se por doentes adultos com doença oncológica e doentes com dor crónica, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos, em tratamento ambulatorio. Verificou-se que a prática religiosa não diminui a percepção do sofrimento, porém, indicou que quem mais sofre, mais prática religiosa tem. No que concerne ao género, idade, estado civil e escolaridade, estes factores influenciam o sofrimento dos doentes, embora, em dimensões diferentes, nomeadamente, ao nível do sofrimento psicológico, sócio-relacional ou físico. Concluiu-se ainda que, os doentes com dor crónica percebem mais sofrimento que os doentes com cancro.

**Palavras chave:** Religião, fé, sofrimento; doença oncológica, dor crónica. ❧❧

#### Introdução

Ao longo dos tempos, a Medicina e a Religião sempre se apresentaram unidas, apesar de, na actualidade moderna se ter notado, no Mundo Ocidental, alguma separação. Contudo, nos últimos anos, tem-se verificado um vivo interesse na renovação da sua aliança. O que causou o recente aumento na investigação científica nesta

#### Abstract

*In a holistic approach to the sick Person, with emphasis in spiritual dimension, the purpose of the present exploratory study is to check if the religious practice, in oncological patients and in chronic pain patients, decreases the suffering perception. For data collecting, the following instruments were applied: Socio-Demographic and Clinical Questionnaire; EVA Pain; IESSD; Portuguese Version of IPC; Portuguese version of HADS; Thermometer of Suffering and Visual Analogical Scale of Confidence in Health Care Team. The target population was composed by adult oncological patients and chronic pain patients with ages between 18 and 79 years old, in clinic treatment. It was verified that religious practice does not decrease the suffering perception, but it indicated the more they suffer, the more religious practice they have. In what concerns gender, age, civic status and schooling, these factors have influence in the suffering of the patients, though in different dimensions, namely at psychological suffering, socio-relational or physical. It was conclusive too that patients with chronic pain have more perception of suffering than the oncological patients.*

**Key Words:** Religion; faith; suffering; oncological disease; chronic pain. ❧❧

área? Quais as suas principais conclusões? Qual deverá ser a conduta de um Técnico de Saúde em ordem a responder a esta renovada tendência em ligar os dois domínios?

Os principais aspectos éticos referentes a uma abordagem holística da Pessoa doente, especialmente da sua dimensão espiritual/religiosa, carecem de uma revisão cuidada e de uma ampla discussão multidisciplinar.

\* Prémio Monsenhor Vítor Feytor Pinto – Terapia e Espiritualidade (2008)

Investigação realizada no âmbito da obtenção do grau de mestre em Ciências Religiosas – Área “Fé e Psicoterapia” pela Faculdade de Teologia da Universidade Católica do Porto.

\*\* E-mail: eduardo.carqueja@hsjoao.min-saude.pt

Se, antes, se dizia como máxima que “Não há doenças, há doentes!”, salientando-se a especificidade da doença manifestada num indivíduo, hoje podemos dizer: “Não há doentes, há Pessoas doentes!”.

O conceito de Pessoa implica a plena e igual dignidade de todo o ser humano, enquanto tal, independentemente das condições objectivas da sua presença no mundo. A Pessoa não vem acrescentar-se, como elemento exterior, àquilo que porventura houvesse de impessoal no Homem, mas penetra-o radicalmente (Reimão, 1994).

A Pessoa é uma actividade que produz perpetuamente um sentido em cooperação e em luta constante com o destino interior, originário das profundezas da hereditariedade, e submetido à pressão do meio; mas, de tal modo que não é senão no seu cruzamento que o destino se torna destino e o meio se torna meio (Landsberg, 1952). Neste sentido, “não há Pessoa sem trabalho do espírito sobre a constituição física e psíquica do Homem” (Berdiáff, 1961). Por outro lado, a Pessoa só se realiza, como Pessoa, na sua relação com os outros.

O Homem, como Pessoa, é um ser dotado de interioridade espiritual e de poder de acolhimento, de liberdade e de criatividade; por isso, não está submetido a qualquer determinismo, embora esteja mergulhado na natureza; o Homem é corpo exactamente como é espírito, é integralmente corpo e integralmente espírito; é um ser naturalmente humano; é existência; aquilo que ela, a existência, se faz através da sua livre auto-realização.

Logo, o Homem é digno de respeito; de um respeito sem condições, é o respeito que restitui “o outro ser humano” à sua condição especificamente humana, pois a Pessoa é um fim em si mesma. Esta universalidade não implica, contudo, uniformidade ou conformidade. Os seres humanos são diferentes, pela sua personalidade, pelo seu meio cultural de origem, pelo seu modo de vida social, pelas suas crenças; os seres humanos são diferentes pelo conjunto das atitudes pelas quais cada um tenta afirmar a sua própria originalidade.

A Pessoa doente é uma Pessoa, na totalidade do seu ser único e original. A Pessoa tem o direito de ser reconhecida na sua diversidade, sob todos os pontos de vista, incluindo o religioso. Aceitar a diversidade é, portanto, respeitar os limites do “outro”.

Uma abordagem holística, envolve os aspectos espirituais bem como os sociais, físicos e emocionais da Pessoa (Fichter, 1981). No âmago desta totalidade humana é que, a Pessoa doente e a Pessoa religiosa, se combinam numa relação única.

Na esteira da referida abordagem holística à Pessoa doente, o objectivo do presente estudo visa perceber se a prática religiosa, em doentes oncológicos e em doentes com dor crónica, diminui a percepção do sofrimento.

## **1. Análise conceptual e fenomenológica do sofrimento**

O sofrimento é algo de inerente à espécie humana. Parte integrante da sua própria existência, enquanto ser racional, capaz de a significar e de a valorizar.

Dor e sofrimento são dois vocábulos usados, muitas vezes, de forma pouco rigorosa, confundindo-se não só na sua conceptualização, mas também, na sua contextualização. Esta confusão e difícil separação não serão fáceis de ser corrigidas. Existe uma linguagem, já antiga, que é usada, muitas das vezes, quase de forma inconsciente, fazendo com que a sobreposição dos conceitos de dor e sofrimento se encontrem muito enraizados na nossa cultura.

A psicologia, enquanto ciência do comportamento e da actividade interior do indivíduo, dedica bastante importância a esta temática.

Do ponto de vista conceptual, sofrimento e dor não se confundem, mas também não se distinguem com facilidade, da mesma forma que, não se pode separar a frente e o verso de uma folha de papel. O que não autoriza que se afirme a existência de uma relação de complementaridade entre eles. Fruto de uma visão dicotómica, a palavra sofrimento tem sido associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo.

Quando alguém sente dor física pode sofrer, mas, pode também sofrer sem essa dor física. Pode sofrer quando sente qualquer perda ou falta significativa (real ou imaginária). Pode ainda sofrer quando sente culpa por eventuais más opções e decisões do passado.

De salientar que, no sofrimento se pode encontrar, simultaneamente, um misto de prazer e dor. Assim, essa condição básica do ser no mundo, não pode ser definida apenas a partir do acontecimento. O sofrimento depende da significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo onde produz algo “além do princípio do prazer”.

O Homem sofre porque passa a perceber não só a sua finitude, mas também a sua incompletude; o que faz do sofrimento uma dimensão, não apenas psicológica, mas sobretudo, existencial e, muitas vezes, religiosa. Falar em tempo exige também

falar em memória. A memória do sofrimento é o elemento capaz de implicar o ser na preservação da vida; eis uma importante função do sofrimento na construção do sujeito. Estar implicado significa acreditar na promessa de um futuro, sinalizando algo para além do imediatamente presente.

Embora o sofrimento seja uma característica ontológica do ser humano, com todo o seu carácter de universalidade, é importante enfatizar a sua natureza individual e a sua subjectividade, decorrente da situação única e irrepetível da experiência do sofrer, em cada ser humano.

Assim, o sofrimento não é passível de ser transferido de uma Pessoa para outra. Ninguém pode sofrer pelo outro. O sofrimento encerra em si, o que de mais exclusivo existe em cada um de nós.

Várias são as causas ou razões do sofrimento, podendo ser, mais ou menos, evidentes. Contudo, a sua vivência interior é personificada naquela Pessoa, com toda a sua história, com toda a sua existência, com todas as suas cargas emocionais e afectivas.

Pode-se entrever que alguém está em sofrimento, mas não se é capaz, apenas pela observação, de entender o que é que de facto isso abrange, e o que representa para essa mesma Pessoa.

Várias são as definições de sofrimento que se podem encontrar na literatura. Todas elas tentam, umas melhores do que outras, concretizar e objectivar o que é globalmente subjectivo. No entanto, faz sentido operacionalizar este termo, pois, se assim não fosse, seria de todo impossível falar de sofrimento.

Para Freud (1920), o sofrimento é o estado de expectativa face ao perigo e preparação para ele, seja ele um perigo desconhecido (angústia), conhecido ou imprevisto, quando a Pessoa se depara com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Portanto, o sofrimento configura-se como uma reacção, uma manifestação da insistência em viver num ambiente que, na maioria das vezes, não é favorável.

Daniel Callahan, citado por Léo Pessini (2002), definiu sofrimento como sendo a experiência de impotência na perspectiva de dor não aliviada ou situação de doença que leve a interpretar a vida vazia de sentido. Por conseguinte, o sofrimento é mais global que a dor e, fundamentalmente, é sinónimo de qualidade de vida diminuída - situações como as de doenças graves e prolongadas que causam rupturas sociais na vida do paciente, juntamente com crise familiar, preocupações financeiras, premonições de morte e receios que surgem aquando da manifestação de novos sintomas e seus possíveis significados.

Arranz & al. (2003), citando Chapman e Gravin, referem o sofrimento como *«um complexo estado afectivo-cognitivo negativo, caracterizado pela sensação que o indivíduo tem de se sentir ameaçado na sua integridade, pelo sentimento de impotência para fazer frente à dita ameaça e pelo esgotamento dos recursos pessoais e psicossociais que lhe permitiriam enfrentar essa ameaça»*.

Estes mesmos autores entendem que podem simplificar esta definição de sofrimento e afirmam que *«uma Pessoa sofre quando: a) acontece algo que percebe como uma ameaça importante para a sua existência pessoal e/ou orgânica; b) ao mesmo tempo, sente que carece de recursos para lhe fazer frente»* (Arranz, Barbero, Barreto & Bayés, 2003).

O sofrimento pode então ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controlo e ameaça à integridade do Eu. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor.

Travelbee (1971) foi das primeiras a tentar formular uma definição de sofrimento. No final da década de 60 esta enfermeira americana, baseando-se na sua experiência clínica, caracterizou o sofrimento, enfatizando as sensações, emoções e comportamentos que lhe estão associados. Referiu ainda que, a esperança é o principal factor de alívio e superação da dor.

Segundo esta autora, a dor pode ser variável na sua intensidade, duração e profundidade, sendo, contudo, possível observar algumas respostas comuns, como “a não-aceitação, a culpabilização de si ou dos outros, a confusão, a cólera, a auto-compaixão e a angústia”. Definiu o sofrimento *«como um sentimento de desprazer, variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia, que pode evoluir para uma fase de “desespero maligno”, caracterizada pelo sentimento de abandono e expressa através de um comportamento de “negligência de si mesmo”, podendo chegar a um estado terminal de “indiferença apática»*.

O sofrimento deve ser entendido como um processo dinâmico que varia de Pessoa para Pessoa, mas que também varia na própria Pessoa, isto é, um acontecimento pode produzir sofrimento em determinada ocasião e esse mesmo acontecimento, noutra ocasião, pode não ser sentido ou percebido como sofrimento. A Pessoa é a “Pessoa e a sua circunstância”.

Mais do que o acontecimento que provoca sofrimento, é a interpretação e a avaliação que a Pessoa faz desse mesmo acontecimento. A forma como

percepciona o acontecimento é que possibilitará que a Pessoa se possa inundar de maior ou menor sofrimento.

O sofrimento, ainda avaliado por uma antiga e clássica dicotomia cartesiana, é muitas vezes, dividido em sofrimento físico e sofrimento psicológico. O primeiro relacionado com o corpo, o segundo com o espírito, com a alma, ou até com o sofrimento moral. Todavia, o sofrimento envolve todas as dimensões humanas, não se podendo isolar cada dimensão, num único tipo de sofrimento. O ser humano é um ser biopsicossocial e espiritual.

Nesse sentido, podemos referir a possibilidade do sofrimento emergir de uma destas quatro dimensões:

O sofrimento na dimensão corpórea ou biológica, em que o sofrimento é sentido como originário do corpo. É ele a causa do sofrimento; é ele que impede o bem-estar da Pessoa; é ele o centro da frustração e/ou do conflito. A dor é muitas vezes a causadora deste tipo de sofrimento.

O sofrimento na dimensão do *Self* ou psicológica, onde todo o sofrimento vem “desaguar”. Seja qual for a origem do sofrimento é nesta dimensão que ele emerge. É na vivência psicológica que são sentidos e percebidos os sentimentos de perda ou ameaça, que põem em questão o equilíbrio e a unidade do *Self*. As perturbações emocionais, nomeadamente, a angústia e a tristeza, são as maiores ameaças a esta unidade.

O sofrimento na dimensão relacional ou social, onde é o outro é muitas vezes o causador de sofrimento. Ninguém é sozinho. O ser humano é um ser em relação. Por outro lado, é um actor que encerra em si vários papéis. Perda de papéis significativos, perda de identidade pessoal, perda de reconhecimento ou perda de pessoas mais ou menos significativas, entre outras perdas, são condicionantes de um sofrimento nesta dimensão. Será também essencial focar a problemática da solidão, muita das vezes, solidão acompanhada, em que mesmo rodeadas de pessoas, as pessoas se sentem sós.

O sofrimento na dimensão do sentido da vida ou espiritual. É nesta dimensão que a Pessoa pode dá sentido à vida no seu trajecto existencial. A dimensão espiritual mostra-se, essencialmente, como a dimensão da vivência da liberdade e da responsabilidade. Quando uma Pessoa não consegue encontrar esse sentido pode surgir sofrimento. Sofrimento existencial, muitas vezes, carregado de vergonha, culpa, remorso, futilidade, desesperança, etc. Nesta dimensão também podemos englobar o sofrimento moral, como causador da perda da integridade pes-

soal. Por vezes, a própria religião pode ser causadora de sofrimento, quando entendida pela Pessoa como punição ou castigo imposto pelo divino.

O presente estudo, ao assentar numa abordagem de cariz existencial e fenomenológica, esta não deverá ser encarada como reduzida às quatro dimensões anteriormente referidas. Não se pode excluir cada dimensão de *per si*, nem distinguir individualmente cada uma delas. Como também já se referiu, o ser humano é um ser total, e é só nessa totalidade que pode ser entendido.

O sofrimento deve ser encarado como um processo, tendo-se não só em consideração a individualidade, mas também, a subjectividade de quem sofre.

Cada Pessoa, naturalmente, adopta uma forma própria de exteriorizar o seu sofrimento através da sua experiência psico-afectiva. Dever-se-á ter presente os traços prévios da personalidade, as experiências anteriores, mas não se poderá descurar a importância das emoções e dos sentimentos inerentes às fases deste processo.

Nesta linha de raciocínio, considerando que, o sofrimento não é um estado mórbido de angústia e de confusão, estático e inibidor do reajustamento, mas, pelo contrário, deve ser considerado como um processo de readaptação faseado, Gameiro (1999) cita Parkinson e descreve três fases: (1) fase de choque ou descrença; (2) fase de consciencialização e (3) fase de restabelecimento.

É importante que a intervenção psicológica tenha em conta a fase em que se encontra a Pessoa que sofre.

Esta mesma intervenção deve ser dirigida não ao sofrimento, mas, sem dúvida, à Pessoa que está em sofrimento. Só assim se consegue estabelecer uma relação empática, em que deverá estar presente a aceitação incondicional do outro, a congruência, a escuta activa e a compaixão.

Quando estas premissas são a base de qualquer intervenção psicológica, então, pode-se afirmar, que é por este caminho que a Pessoa poderá sentir o seu sofrimento diminuir.

## 2. Análise conceptual e fenomenológica da dor

Provavelmente, pelo seu carácter subjectivo, que tanto dificulta um enquadramento preciso, a dor foi historicamente compreendida e explicada de forma mítica, mística ou religiosa. Dor e sofrimento eram inseparáveis, socialmente tidos como castigos merecidos pela provocação da cólera dos deuses

ou ira divina, e ainda martírios necessários para a purificação e a salvação da alma (Miceli, 2002).

Distintos factores socioculturais têm papel importante na vivência e na percepção da dor. Dentro destes factores, encontram-se descritos as crenças religiosas e a educação que tiveram e têm uma importância decisiva no momento de enfrentar a dor (Sancho M. G., 1998).

A International Association for the Study of Pain (IASP) em 1986 definiu Dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos deste dano.

A dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos biológicos, emocionais, sociais, culturais, ambientais e cognitivos. Esta “entidade” possui um carácter muito especial, que varia de Pessoa para Pessoa, sob influência da aprendizagem cultural, do significado atribuído à situação em experiências anteriores vividas e recordações destas, bem como com a nossa capacidade de compreender as suas causas e consequências.

A dor invoca emoções e fantasias, muitas vezes, incapacitantes. Sofrimento, incerteza, medo de incapacidade, de desfiguração e de morte e preocupação com perdas materiais e sociais, são alguns dos diferentes componentes do grande contexto de traços que descreve a relação do doente com a sua dor.

A dor nunca é um simples, estático e universal, código de impulsos nervosos, mas antes, uma experiência que muda continuamente e que depende da cultura, da história e da consciência individual (Morris, 1991).

Por isso, sujeito a várias influências e essencialmente individuais, não se pode traçar, num indivíduo em particular, uma relação constante e previsível entre a dor e lesão orgânica, apesar de essa relação parecer, geralmente, tão evidente. Há muitas situações onde a relação entre a intensidade da dor e a gravidade de uma lesão não existe; a lesão pode ocorrer sem dor e a dor sem lesão orgânica notável. Observam-se casos, por exemplo, de lesões sem dor onde o valor adaptativo da dor é perdido, porque não se consegue assegurar as reacções necessárias para se prevenir inflamações e/ou infecções.

Pacientes que não sentem dor adicionam frequentemente novas agressões às suas lesões, chegando, não raramente, a mostrar quadros clínicos extremamente graves.

Não obstante, o grande desenvolvimento observado, nos últimos anos, no campo do conhecimento sobre a fisiopatologia da dor, alguns estudos reve-

lam que, em várias situações clínicas, o fenómeno doloroso não é adequadamente controlado, pois frequentemente, muitos dos componentes não-nociceptivos da dor (limitações nas actividades diárias, profissionais, sociais e familiares, o comprometimento do ritmo do sono, do apetite e do lazer) não são valorizados e tratados.

### 3. Doença oncológica

Cancro ou doença oncológica são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracteriza pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. Existe uma grande variedade de tipos de cancro. Por exemplo, o carcinoma, que surge nos tecidos epiteliais; o sarcoma, que ocorre nas estruturas de tecidos conjuntivos, como ossos e músculos; a leucemia que se origina na medula óssea e afecta o sangue; o melanoma que é um cancro de pele; e muitos outros (Carvalho, 2000).

A doença oncológica ou cancro, deverá ser entendida como um conjunto de doenças e não como sendo uma única entidade, resumida a uma única doença. Cancro, que em latim significa caranguejo, não é uma doença simples: a expressão refere-se a inúmeras doenças que se caracterizam pelo crescimento incontrolável de células anormais. Uma célula cancerosa é uma célula fora de controlo (Ribeiro, 1998).

Cancro é um termo genérico, usado para definir um grupo de mais de 100 doenças que podem afectar qualquer parte do organismo. Outros termos empregues são: neoplasias e tumores malignos. Uma das características que define o cancro é o desenvolvimento rápido de células anormais que crescem mais que o seu limite normal e podem invadir zonas adjacentes do organismo ou disseminar-se a outros órgãos, num processo que dá lugar à formação das chamadas metástases (WHO, 2006).

Mendelsohn, citado por Ribeiro (1998), refere que os termos *cancro*, *neoplasia* e *tumor maligno* são usualmente utilizados como sinónimos na literatura técnica. A doença chamada cancro define-se melhor, para o mesmo autor, por quatro características que descrevem como as células cancerosas actuam diferentemente das normais: *clonalidade*, *autonomia*, *anaplasia* e *metástase*.

O desenvolvimento da Medicina, no tocante ao entendimento das doenças oncológicas, bem como, a descoberta de tratamentos novos, foram modificando, a partir do início do século XX, a visão do cancro como sentença de morte. As primeiras

cirurgias, possibilitadas pela descoberta da anestesia, começaram a permitir a exérese de tumores, o que abriu caminho à possibilidade de cura. Novas informações sobre as causas e os processos de cancro e novos tratamentos – radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e outros – começaram a modificar o panorama da doença, trazendo esperança de maior sobrevida e cura, num grande número de casos (Carvalho, 2002).

Em Portugal, a mortalidade por cancro é a segunda causa de morte, com 22 724 óbitos em 2005, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007), a seguir às doenças do aparelho cardiovascular. O maior número de óbitos ocorreram na região Norte (7097) e, a nível nacional, vitimou mais homens (13421) que mulheres (9303).

Acredita-se na possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do cancro. Vários investigadores têm vindo a estudar possíveis efeitos de estados emocionais na modificação hormonal e desta na alteração do sistema imunológico (Bovbjerg, 1990). A relação entre o *stress* e a depressão, com o enfraquecimento do sistema imunológico, favorecendo o desenvolvimento de formações tumorais, foram amplamente analisadas por Le Shan (1992), Simonton, Simonton e Creighton (1987), pioneiros nos estudos dos aspectos psicológicos envolvidos nos processos de cancro (Carvalho, 2002).

### 3.1. Aspectos psico-emocionais da doença oncológica

A ideia da existência duma relação entre factores emocionais e cancro é tão antiga como a história da Medicina, pois já Galeno em “De Tomoribus” refere as mulheres com demasiada “Bile negra”, (melancólicas), como sendo mais susceptíveis ao cancro. Ao longo dos séculos, verificou-se um distanciamento entre doença oncológica, algo estigmatizada e com poucos tratamentos disponíveis, e os aspectos psicossociais, estando então os psiquiatras mais ocupados no tratamento dos “alienados”. No Século XX, a Medicina, como a Psiquiatria, evoluíram e, no início dos anos 50, surgiram os primeiros escritos sobre reacções psicológicas ao cancro (Marques, A. R. e cols. 1991).

Ryan, H. e cols. (2005), referem que o *stress* é comum nos doentes com cancro, porém, é frequentemente desvalorizado e não tratado pelos oncologistas. A ansiedade e a depressão podem imitar sintomas físicos decorrentes da doença ou do tratamento, fazendo com que esta perturbação

não seja detectada. Verificaram que os doentes omitiam emoções, por entenderem que não competia ao médico a ajuda nestas dimensões. Concluíram que as técnicas básicas de comunicação, como a escuta activa e a ajuda na verbalização das emoções aumentam a possibilidade, dos doentes expressarem as suas emoções.

O cancro é uma experiência, evidentemente, muito *stressante*. Quando o paciente se defronta com este diagnóstico tão carregado de significações negativas, a sua estabilidade psicológica sofre um importante abalo. Subitamente surgem expectativas e fantasias associadas com a morte, a dor, a anulação do projecto vital, o medo do abandono em que podem ficar os seus mais queridos, etc. (García-Camba, 1999).

Holland (1989) refere que estes medos serão universais e denomina-os de medos dos seis “Des”: Death (morte), Dependency (dependência), Disfigurement (deformidade), Disability (incapacidade), Disruption of interpersonal relationship (alteração das relações interpessoais) e Discomfort (dor).

O diagnóstico de cancro surge como um acontecimento de vida significativo, que vai implicar a gestão de um turbilhão de emoções e mobilizar todos os recursos e capacidades do indivíduo para lhe fazer frente. É nesta perspectiva que Mardi Horowitz coloca a doença como geradora de *stress* e, como qualquer acontecimento de vida, é encarada e assimilada em relação com a história passada, e a bagagem cognitiva e emocional da Pessoa que a vivencia. Entre o reconhecimento da perda da saúde e a sua aceitação eventual há um intervalo doloroso, marcado por fases que o autor em questão chamou de intrusão e negação. Sintetizando, haveria níveis altos de emoções, fantasias e memórias na fase intrusiva e distanciamento, embotamento emocional e evitamentos na fase de negação (Marques, R. e cols., 1991).

O cancro não produz o mesmo impacto emocional em todos os indivíduos, ainda que, o processo mais comum consista em que, se a interpretação e a valorização da situação for assumida como uma ameaça (Orbell, e cols., 2004), generalizar-se-á uma reacção emocional de ansiedade, que tenderá a ser mais intensa na medida em que o indivíduo perceba que os seus recursos para fazer frente a essa ameaça não são suficientes para controlar ou manejar as consequências negativas que daí advenham (Cano-Videl & Miguel-Tobal, 1999).

As reacções emocionais que emergem aquando do conhecimento de um diagnóstico de cancro e as estratégias de enfrentamento adoptadas perante

o mesmo estão relacionadas, não só, com a adaptação psicológica dos doentes, mas também, com uma maior ou menor sobrevida (Durá & Ibañez, 2000). Neste sentido, podemos mencionar as cinco clássicas estratégias de enfrentamento, de Moorey & Greer (1989), que podem adoptar os doentes com cancro perante o seu diagnóstico: espírito de luta, negação, fatalismo ou aceitação estóica, desesperança e preocupação ansiosa.

As referidas estratégias de enfrentamento determinam a valorização subjectiva do diagnóstico, a percepção de controlo e o nível de adaptação do sujeito, sendo que, aquelas que predizem um bom prognóstico ao nível de adaptação psicossocial e emocional são: o espírito de luta e a negação (Durá & Ibañez, 2000).

Cano-Videl (2005), numa revisão da literatura sobre as relações entre o cancro e a ansiedade, depressão e estado de ânimo, verificou que os doentes com cancro apresentavam níveis mais baixos de ansiedade do que a população geral, mas níveis de depressão iguais ou superiores, sendo ambos avaliados por questionários. Os transtornos da ansiedade apresentavam uma prevalência, nos últimos 12 meses, similar em doentes com cancro e a população geral, sendo que, os transtornos de estado de ânimo eram mais prevalentes em doentes com cancro.

A prevalência da depressão, nos doentes com cancro, aumenta com a severidade da doença e, os seus sintomas, com a dor e com a fadiga (Spiegel & Giese-Davis, 2003).

Quando se depara com uma doença grave com as características do cancro, a Pessoa tem diante de si a tarefa de se reorganizar, de se desconstruir e voltar a reconstruir a partir de uma mudança no seu trajecto de vida, de uma nova posição no mundo. A Pessoa altera os papéis até aí desempenhados, começa a interagir noutros contextos sociais não habituais, a ter outros interlocutores e a estabelecer uma relação com uma doença que tem uma história, uma simbologia e um significado muito especial. Frequentemente, o limite, a consciencialização da sua finitude e, do seu eventual antecipado fim de vida, parecem ser uma realidade – e a Pessoa é confrontada com a sua maior impotência: a morte.

As alterações psico-emocionais, decorrentes de uma doença oncológica, podem perdurar durante longo tempo, ou até mesmo, por toda a vida. Vivar & McQueen (2005), num estudo com doentes *sobreviventes* ao cancro da mama referem que é importante o apoio emocional a longo prazo, mesmo após o

fim dos tratamentos. Estas autoras verificaram que as mulheres necessitavam de recorrer a grupos de ajuda, ou a enfermeiras com experiência na área da patologia mamária, para receberem o apoio emocional que necessitavam, mesmo depois de clinicamente estarem curadas.

#### 4. A religião e o sofrimento

Nas civilizações antigas, a necessidade da religião era uma necessidade indissociavelmente religiosa e humana. O sentido da vida, do mundo e da religião, era pensado a partir do interior da visão religiosa do todo. Deste modo, tudo estava imbuído da ideia da necessidade da religião.

Ao longo da história, associado a um saber prático que levou à ciência de cada época, o Homem sempre conviveu com a crença nos Deuses, nas orações, nas ervas, nos curandeiros.

Analisada à distância de tantos séculos e à luz dos nossos conhecimentos, a relação da Fé e da religião com a cura das doenças, frequentemente, parece ser proveniente do conhecimento de algo que se manifestava de forma inconsciente. Conhecimento, muitas vezes, de cunho mitológico, impresso em papiros ou em belos monumentos talhados na pedra e que hoje, comprovados com sofisticadas técnicas laboratoriais, são retratados nos artigos de publicação científica.

Da pura poesia de uma emoção revelada em obras de arte monumentais, passou-se hoje à utilização prática e quase comprovada da importância da Fé, da Religião e de várias emoções na cura ou no desencadeamento das doenças (Emmons & Paloutzian, 2003).

Poder-se-ia dizer que, hoje, através da ciência, a humanidade está capaz de comprovar a importância dos sentimentos que o Homem sempre expressou aos seus Deuses, externos ou internos.

Na civilização formada pela modernidade, a Pessoa pode colocar-se fora da religião metodologicamente ou, então, por convicção. Nela, os homens, em princípio, têm o direito e a possibilidade cultural e social de crer ou de não crer. Nela, também, a Pessoa pode, numa atitude científica, colocar-se do lado de fora da religião e estudá-la objectivamente. Estudam-se filologicamente os textos sagrados, historicamente as Igrejas, sociológica e psicologicamente a religião. A ciência é sem Deus, neutra com relação à Fé religiosa; ela observa e explica o que pode: isso não é ateísmo filosófico, mas a-teísmo metodológico (Vergote, 2001).

No contexto das práticas de saúde, observa-se com alguma frequência a influência de aspectos religiosos na cura e no tratamento de doenças, ainda que existam alguns estudos que contradigam esta influência (Sloan & Bagiella, 2002). Nessa perspectiva, a interface entre religiosidade e o modo de lidar com essas mesmas doenças tem sido investigada, principalmente nas últimas duas décadas, em especial, por pesquisadores das ciências sociais e da saúde (Faria & Seidl, 2005).

A utilização de estratégias cognitivas e/ou comportamentais para lidar com *stressores*, advindas da religiosidade da Pessoa, é denominado *coping* religioso.

Emmons e Paloutzian (2003), afirmam que o desafio para os psicólogos, no século actual, é o entendimento das bases psicológicas das crenças, experiências e comportamentos religiosos, com o propósito de ampliar esse conhecimento em prol do bem-estar do ser humano.

Apesar dos estudos em psicologia da religião interessarem a quase todas as áreas da psicologia, apenas a clínica e a psicologia da saúde começaram a incorporá-los nas suas bases teóricas e práticas (Emmons & Paloutzian, 2003).

A necessidade da produção de conhecimento nesta área pode ser justificada pela relevância do tema religião nas sociedades humanas. Para ilustrar a relevância do tema nos dias actuais, pesquisas demográficas nacionais registam que aproximadamente 95% dos adultos nos Estados Unidos declararam acreditar em Deus (Hoge, 1996).

Vários cientistas têm investigado a associação entre factores relativos à religiosidade – práticas, afiliação, crenças – e saúde, tanto na sua dimensão física como mental. Esta associação possui raízes histórico-culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e ainda influenciam a cultura ocidental nos tempos actuais (Botelho, 1991).

Existem muitas pessoas que atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos seus problemas de saúde e recorrem frequentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (Pargament, 1990). Nesse sentido, estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos *stressores*, advindas da religião ou da espiritualidade da Pessoa, foram definidas por Tix e Frazier (1998) como *coping* religioso.

Harrison e cols. (2001) defendem a necessidade de estudo do *coping* religioso pelo simples facto das pessoas se depararem com sofrimento, desafios

e transições ao longo da vida, o que as impulsiona para além de suas próprias capacidades, levando-as a um processo dinâmico de *coping*, no qual crenças e práticas religiosas podem estar inseridas.

Nesse processo de *coping*, o indivíduo é visto como um agente proactivo que pode fazer escolhas, norteando-se, no entanto, por um sistema de valores e de crenças pré-estabelecido. Desta forma, ao efectuar uma revisão da literatura sobre prevalência de *coping* religioso, Pargament (1997) concluiu que, nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade no seu processo de *coping*, sendo mais propensas a utilizá-las aquelas cujas crenças e práticas religiosas, são parte relevante da sua orientação geral no mundo.

Pargament, Smith, Koenig e Perez (1998) referem que é difícil distinguir quando a religiosidade constitui ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de *coping*. Deste modo, propõem, com base em investigação empírica, a existência de indicadores referentes à perda de integração da Pessoa em relação às suas crenças, emoções, comportamentos, valores e sistema social, que poderiam levar a um envolvimento ineficaz da religiosidade no *coping*.

Como exemplo desses indicadores ou sinais de alerta, tem-se a autonegação da Pessoa em detrimento dos objectivos da igreja, o sentimento que o *stressor* é uma punição de Deus e o conflito com o dogma da igreja ou grupo religioso ao qual pertence (Faria & Seidl, 2005).

## 5. A fé na compreensão psicológica da pessoa

A questão da Fé, enquanto dimensão psicológica da Pessoa que influencia as acções humanas, é um tema pouco abordado pela Psicologia.

Amatuzzi (2003) afirma que «Se não posso, como psicólogo, pronunciar-me sobre o conteúdo de uma Fé, é certo, no entanto, que essas atitudes são experiências vividas pelas pessoas. A Psicologia pode então explorar essas vivências, e, através delas, os objectos a que se referem. Enquanto intencionais, isto é, enquanto formas de relação, as vivências de Fé, têm os seus referentes objectivos que não podem ser deixados de lado na sua consideração. A Fé refere-se àquilo que efectivamente anima a vida de uma Pessoa ou lhe dá um sentido, e a Ideologia àquilo que na prática a orienta nas suas decisões sociais e representa uma estratégia para realizar esse sentido. Só faço Psicologia verdadeiramente humana

se reconstruo essas relações, olhando os seus dois pólos, e o significado que têm para a Pessoa».

Fé deriva do latim *fide*, confiança. Quando se pesquisa num dicionário verifica-se que significa: crença religiosa; crença, convicção em alguém ou alguma coisa; convicção; acreditar sem evidência; firmeza na execução de um compromisso; crédito; confiança; intenção; virtude teológica (Infopédia, 2007).

Juan Luís Segundo, citado por Amatuzzi (2003), refere que a Fé, no sentido antropológico do termo, portanto como Fé humana, é, segundo o autor, uma relação com o fim visado e que dinamiza todo o processo de ir em direcção a ele. Seria a determinação que dá toda energia ao agir. Todavia, não substitui a consideração específica dos meios. É preciso que a Pessoa olhe a realidade concreta e objectiva pela qual deve passar no dinamismo da sua acção motivada, sob pena de frustrá-la totalmente. Para essa consideração específica dos meios, o autor reserva o termo Ideologia, não sem reconhecer que isso não é muito usual.

Em contextos religiosos, “Fé” tem muitos sentidos diferentes. Por vezes, quer dizer lealdade a determinada religião. Nesse sentido, pode-se, por exemplo, falar da “Fé católica” ou da “Fé islâmica”. Para religiões que se baseiam em credos, a Fé também quer dizer que alguém aceita as visões dessa religião como verdadeiras. Por outro lado, para religiões que não se baseiam em credos, a Fé, frequentemente significa que alguém é leal para com uma determinada comunidade religiosa.

Algumas vezes, Fé significa compromisso numa relação com Deus. Nesse caso, Fé é usada no sentido de fidelidade. Tal compromisso não carece de ser cego ou submisso. Para muitos judeus, por exemplo, o *Talmud* mostra um compromisso cauteloso entre Deus e os Filhos de Israel. Para muitas Pessoas, Fé, ou falta de Fé, é uma parte importante das suas identidades.

Na Bíblia Hebraica a palavra Hebraica *emet* (“*Fê*”) não significa uma crença dogmática. Ao invés disso, tem uma conotação de (1) fidelidade (da forma passiva “*ne’eman*” = “de confiança” ou “confiável”) ou (2) confiança em Deus e na palavra de Deus.

Amatuzzi (2001) faz a distinção entre a Fé humana e a Fé religiosa. Para este autor, a primeira é aquela que dá sentido à vida, é a tomada de posição básica diante da vida, enquanto operativa e não necessariamente enquanto declarada. O acesso à Fé real da Pessoa pressupõe que se vá além das declarações, e portanto, se dá numa entrevista em

profundidade. O estado da Fé situa-se entre dois pólos: o de uma confiança e o de uma desconfiança, ou seja, o de um abrir-se para o outro, ou o de um fechar-se em si mesmo. A segunda, para o autor, torna-se religiosa quando ela se realiza como confiança básica (portanto, como num dos pólos da Fé enquanto tomada de posição básica diante da vida), implicando a afirmação, ao menos, implícita de um absoluto, incondicionado, transcendente, fonte última do sentido, em quem se deposita a confiança. Juan Luís Segundo, citado por Amatuzzi (2003), conclui, então, chamando a atenção para esse falso lugar-comum, segundo o qual os homens se determinam uns pela Fé e outros por Ideologias, como se alguns fossem religiosos e outros políticos. Segundo o mesmo autor, a análise da existência humana mostra que Fé e Ideologia são dimensões humanas, universais e complementares. Acrescentar-se-ia, psicologicamente complementares, isto é, ambas necessárias. Se for verdade, será mais justo pensar que, todos possuem uma Fé (embora nem sempre religiosa), que é o que os permite ligar a um fim visado (a energia e determinação de nosso agir), e todos possuem uma Ideologia que é a visão de mundo, a construção mental da realidade, a forma de organizar a sua acção concreta. De salientar que é interessante notar que essa forma de pensar parece vir de muito longe.

Tomás de Aquino pode ser lido a essa luz, uma vez que, está mais interessado na Fé propriamente religiosa. Todavia, a existir uma continuidade entre Fé humana (dinamismo em relação a um sentido) e Fé religiosa (quando esse sentido é polarizado por um absoluto, e ao mesmo tempo totalmente envolvente), o que o este autor diz sobre a Fé religiosa pode ser lido à luz mais genérica da Fé, enquanto uma dimensão psicológica humana. Em suma, para designar essa ligação com o sentido, entendida enquanto um dinamismo (e não apenas cognitivamente), o autor refere-se à Fé e não à Religião. Na verdade, foca um dinamismo mais complexo que inclui também esperança e ligação afectiva. Na linguagem da sua teologia: Fé-Esperança-Caridade, designando um todo, que só se desintegra em situações anómalas (Tomás de Aquino, séc. XIII/Trad. 1980). Curiosamente, em todo caso, é que não se refere à Religião, mesmo tratando-se, como é o seu caso, de Fé em Deus. Em que momento se refere à religião? Quando trata das virtudes morais (Tomás de Aquino, séc. XIII/Trad.1980). Ora, as virtudes morais são as que equilibram as acções na realidade concreta em que se vive, no que diz

respeito aos caminhos tomados para direccionar essa acção ao fim visado, e, portanto, dizem respeito aos meios ou instrumentos na realização do fim. Segundo o autor, a Religião é a virtude que regula o bom funcionamento do culto prestado a Deus. Não se trata da própria relação originária com Deus, mas sim, do justo culto prestado. Então, pode-se afirmar que Fé (ou o conjunto Fé-Esperança-Caridade) se refere ao dinamismo em relação ao fim visado, enquanto religião se refere a actos concretos, através dos quais, se organiza o caminho em direcção ao fim.

### 5.1. Estádios da Fé – Fowler

O desenvolvimento religioso deverá ser entendido, como o desenvolvimento pessoal, no campo da compreensão e busca do sentido da vida. O desenvolvimento religioso, na sua dimensão de Fé, também deve ser encarado no desenvolvimento Pessoal e caminhar com a mesma elevação das outras dimensões Pessoais.

Fowler (1981) propôs um modelo em que os seres humanos, desde os tempos mais precoces, tendem a criar um sistema de valores que os ajude a produzir ordem num mundo caótico; para tal elaboram um sistema de significados através dos quais organizam a sua experiência histórica e lhes conferem sentido. Assim, a Fé é o itinerário de leitura e compromisso conosco próprios, com os outros e com o mundo, que confere centralidade, valor, ordem e significado à existência humana.

O principal contributo da teoria de Fowler situa-se na afirmação de que não é possível perceber a complexidade do desenvolvimento psicológico global sem significar a dimensão espiritual. Simultaneamente, teve a ousadia de abordar o desenvolvimento da Fé partindo de pressupostos estruturalistas relacionados historicamente com o agnosticismo/ateísmo. Conquanto, os estruturalistas ortodoxos restringem a sua reflexão a um mero ideal racionalista que pode levar à desintegração da própria experiência humana, tal é a tensão *stressora* entre a finitude e a ânsia de infinitude não assumida.

Apresenta-se de seguida uma descrição dos seis estádios do desenvolvimento da Fé que Fowler (1981), de uma forma brilhante, esquematizou. Os estádios mais elevados de cada uma das dimensões do desenvolvimento psicológico remetem para níveis de quase perfeição, que parece tocar o limite da fronteira na abertura ao transcendente: o limiar do finito/infinito.

Estádio 1: *Fé intuitivo-projectiva* - caracteriza-se pelo predomínio da imaginação, alicerçada nas imagens de Fé transmitidas pelas figuras de socialização. A criança vive um mundo fantasiado da Fé imposta pelas figuras de vinculação. Assim, vai interiorizando uma relação com Deus na base da confiança, recompensa, medo, culpa ou punição, dependendo das mensagens que os pais lhe foram dando sobre a vivência da Fé desde os momentos mais precoces. Este estádio ocorre até aos 5/6 anos de idade.

Estádio 2: *Fé mítico-literal* - Neste estádio, o desenvolvimento das operações concretas permite elaborar significados um pouco mais elaborados da experiência espiritual. Os princípios morais e religiosos são percebidos literalmente. Os mistérios são percebidos como realidades concretas. As histórias antropomórficas são a melhor maneira de entender os conteúdos da Fé. Ocorre entre os 7 os 11 anos de idade.

Estádio 3: *Fé sintético-convencional* - A rede de relações alargam-se com as influências incontornáveis que começam a questionar os esquemas iniciais: família alargada, amigos, escola, sociedade, *media*. A emergência destes factores é demasiado desafiante para o adolescente, gerando confusão. Aquele começa a organizar uma síntese das crenças e valores pessoais. A Fé vai-se organizando em função das relações interpessoais que se estabelecem; as convicções do grupo de amigos tem um impacto forte sobre as convicções ideológicas e religiosas do sujeito, mas ainda não estão objectivadas para poderem ser submetidas à reflexão crítica. Nesta fase pode situar-se o início da construção de uma identidade religiosa. Ocorre entre os 12 e 19 anos de idade.

Estádio 4: *Fé individualivo-reflexiva* - O sujeito vê-se confrontado com fortes dilemas: viver uma Fé individualista ou uma Fé comunitária (pertença a uma igreja); tensão entre subjectividade/necessidade de objectividade; entre o relativismo *versus* a possibilidade de se abrir ao Transcendente. É uma fase de dúvida metódica em que o *self* inicia uma integração num sistema personalizado de significados, envolvendo uma reflexão crítica de uma desmitologização de uma Fé outorgada. Questiona-se sobre o sentido dos rituais religiosos, sobre as verdades da Fé sobre a moral. Este estádio emerge no início da idade adulta (19 aos 25 anos).

Estádio 5: *Fé conjuntiva ou paradoxal* - A transição para este estádio envolve a descoberta das tensões opostas do *self* e do paradoxo da natureza

da verdade. Estas tensões impelem o indivíduo para a tentativa de integrar os opostos, quer a nível pessoal quer social, requerendo uma humildade epistemológica, não sendo importante que um dos lados esteja correcto e outro errado. Este estágio exige um nível de pensamento dialéctico. Poderá emergir a partir dos 35/40 anos de idade.

Estádio 6: *Fé universalizante* - Este estágio implica estar para além dos paradoxos e das polaridades, sendo uma fase de integração plena. A Pessoa percebe o centro do seu ser fora de si mesma, em Deus, e arrisca uma vida que parte da Fé na realização plena do seu reino. Este estágio não é acessível ao comum dos mortais encontrando-se apenas nos grandes espirituais, os místicos. São raras as pessoas que atingem este estágio, onde se poderia incluir, por exemplo, Kierkegaard, Lutero, Gandhi, Madre Teresa de Calcutá.

## II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

### I CAPÍTULO

#### Metodologia

O presente estudo visa analisar a prática religiosa e a sua associação à percepção do sofrimento, assim como, identificar algumas variáveis biopsicossociais que influenciem essa experiência.

#### 1. Hipóteses

O desenvolvimento do presente estudo de investigação orientou-se principalmente no sentido de testar três hipóteses principais.

##### Hipóteses:

Hipótese 1 – Os indivíduos que têm mais prática religiosa apresentam, na doença, níveis de sofrimento mais baixos.

Hipótese 2 – O nível de sofrimento pode aumentar devido a alguns factores de ordem sócio-demográfica, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, escolaridade e categoria profissional.

Hipótese 3 – Existem diferenças de sofrimento tendo em conta a patologia dos doentes.

#### 2. População e amostra

A população alvo do estudo foi composta por doentes adultos com doença oncológica e doen-

tes com dor crónica (com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos) que se encontravam em tratamento ambulatorio na Unidade de Oncologia Médica ou na Unidade de Tratamento de Dor, de um hospital central do Porto.

A amostra foi composta por 48 doentes da Unidade de Oncologia Médica que se encontravam a realizar tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia, ou que já os tinham terminado, e 40 doentes da Unidade de Tratamento da Dor, com dor crónica não oncológica, em fase de tratamento. Em cada unidade procedeu-se a uma amostragem probabilística, do tipo de amostra aleatória simples (Ribeiro, 1999), em que qualquer doente, destas unidades, podia ser seleccionado para o estudo.

Foram condições de inclusão, terem pelo menos 30 dias de tratamento, não terem comprometimento crítico das funções vitais, boa orientação temporo-espacial, ausência de patologia psiquiátrica diagnosticada e capacidade para ler, interpretar e dar respostas por escrito ao questionário. A participação no estudo foi voluntária, sendo previamente dada informação sobre o âmbito e finalidades do estudo, não tendo havido qualquer doente que tenha recusado integrar o estudo. Seguidamente, os doentes assinaram o Consentimento Informado e a respectiva autorização de inclusão no estudo.

#### 2.1. Caracterização geral da amostra

A caracterização sócio-demográfica da amostra encontra-se transcrita no Quadro 1.

A amostra é constituída por 51 mulheres e 37 homens, sendo a representação das mulheres (58%) um pouco superior à dos homens (42%).

A média das idades é de 50 anos; o mais novo tem 18 anos e o mais velho 79 anos. Os sujeitos encontram-se repartidos ao longo do intervalo estabelecido, correspondendo o grupo mais numeroso (36,4%) ao dos doentes com idades entre os 46-55 anos e os de menor frequência aos dos doentes com mais de 55 anos (30,7%).

Quadro 1 – Distribuição dos elementos da amostra segundo as suas características Sócio-Demográficas (N=88)

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	51	58.0
Masculino	37	42.0
<b>Idade</b>		
Até 45 anos	29	33.0
46-55 anos	32	36.4
Mais de 55 anos	27	30.7
<b>Estado Civil</b>		
Casado/união de facto	65	73,9
Solteiros/viúvos/divorciados/separados	23	26,1
<b>Escolaridade</b>		
Até ao 6º ano	54	61.4
Mais do 6º ano	34	38.6
<b>Categoria Profissional</b>		
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	3	3.4
Técnicos e profissionais de nível intermédio	6	6.8
Pessoal administrativo e similares	11	12.5
Pessoal dos serviços e vendedores	8	9.1
Operários, artífices e trabalhadores similares	17	19.3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens	2	2.3
Trabalhadores não qualificados	1	1.1
Reformados	25	28.4
Domésticas	9	10.2
Estudantes	3	3.4
Desempregados	3	3.4

A grande maioria (73,9%) referiram ser casados ou viverem em união de facto. Os restantes (26,1%) referiram ser solteiros, viúvos, divorciados ou separados.

Ao nível da escolaridade a maioria não ultrapassou o 6º ano (61,4%), sendo 2 deles analfabetos. Contudo, 5 doentes eram licenciados.

Os reformados (28,4%) encontravam-se como o maior grupo, seguidos dos operários, artífices e trabalhadores similares (19,3%) e administrativo e similares (12,5%).

As características clínicas da amostra são apresentadas no Quadro 2.

Dos 88 doentes da amostra, 48 (54,5%) tinham cancro. Os restantes 40 (45,5%) sofriam de dor crónica não oncológica.

O diagnóstico com maior percentagem de doentes é o de fibromialgia (20,5%), seguido de cancro da mama (17%) e de cancro gástrico (13,6%).

Quadro 2 – Distribuição dos elementos da amostra segundo os seus diagnósticos e sexo (N=88)

Diagnósticos	Sexo Masc.	%	Sexo Fem.	%	Total	%
Cancro da Mama	1	7.0	14	93.0	15	17.0
Cancro Gástrico	9	75.0	3	25.0	12	13.6
Cancro Cabeça/Pescoço	3	60.0	2	40.0	5	5.7
Cancro do Pulmão	3	100.0	0	0.0	3	3.4
Cancro do Cólon/Recto	3	100.0	0	0.0	3	3.4
Outros cancros	5	50.0	5	50.0	10	11.4
Fibromialgia	1	6.0	17	94.0	18	20.5
Nevralgia trigémeo	1	25.0	3	75.0	4	4.5
Nevralgia pós-herpética	2	67.0	1	33.0	3	3.4
Hérnia discal	0	0.0	2	100.0	2	2.3
Dor neuropática	2	100.0	0	0.0	2	2.3
Outros tipos de dor	7	64.0	4	36.0	11	12.5

Todos os doentes se encontravam em fase de tratamento. Como se pode observar no quadro 3, a média da duração da doença é de 57,11 meses, com um desvio padrão de 86,95 meses e a duração média de tratamento encontra-se em 21,82 meses com um desvio padrão de 36,83 meses. A mediana, para a doença, situa-se nos 30 meses e para o tratamento nos 6 meses.

Quadro 3 – Duração da doença e do tratamento em meses (N=88)

	Doença	Tratamento
Média	57.11	21.82
Mediana	30.00	6.00
Desvio Padrão	86.95	36.83

### 3. Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram seleccionadas tendo em conta as questões de investigação e as hipóteses formuladas.

#### Variáveis dependentes

Considerou-se a variável principal deste estudo “o sofrimento”, não só na sua dimensão mais global e abrangente, mas também na sua dimensão física, social, existencial e psicológica.

#### Variáveis independentes

Atendendo ao conteúdo das hipóteses, foram consideradas três variáveis independentes:

- A “*Prática religiosa*”, ou seja, os doentes são agrupados em dois grupos. Uns que têm prática religiosa regular e outros sem essa prática.
- “*Factores de ordem sócio-demográfica*”, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, escolaridade e categoria profissional.
- A “*Patologia*”, isto é, tendo em conta o facto de o doente ter cancro ou dor crónica.

#### Variáveis sócio-demográficas

Entendeu-se estudar as variáveis sócio-demográficas que mais interesse poderiam ter na caracterização da amostra e permitir uma análise exploratória das relações destas com o sofrimento do doente:

- Sexo
- Idade
- Estado civil
- Escolaridade
- Categoria sócio-profissional

#### Variáveis clínicas

Foram estudadas algumas variáveis clínicas do doente, nomeadamente:

- Unidade de tratamento (oncologia ou dor)
- Patologia (cancro ou dor crónica)
- Morbilidade psicológica (ansiedade e depressão)

## 4. Instrumentos utilizados

Tendo presente a natureza íntima dos fenómenos que se pretendiam estudar, optou-se por colher os dados através de questionários de auto-relato.

Seguindo a ordem de apresentação aos doentes, assim se mencionam os instrumentos utilizados:

- Questionário sócio-demográfico e clínico (autor);
- Escala Visual Analógica da Dor – EVA Dor;
- Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença - IESSD (Mcintyre e Gameiro, 1997);
- Versão portuguesa do Inventário de Locus de Controlo – IPC (Veríssimo, R. 1996);
- Versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS;
- Versão portuguesa em estudo (Ribeiro & Baltar, 1999);
- Termómetro do sofrimento;
- Escala visual analógica de confiança na Equipe de Saúde (autor).

### 4.1. Questionário sócio-demográfico e clínico

Questionário que constituiu a primeira parte da ficha de colheita de dados a ser preenchida pelos doentes e era composta por 10 questões de resposta curta e imediata.

No que concerne às variáveis sócio-demográficas dos doentes, foram registados: o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão e o local de nascimento.

Da situação clínica foram registados: o diagnóstico clínico, o tipo de tratamento, o tempo de doença e o tempo de tratamento.

A terceira dimensão deste questionário era referente à religião, sobre a qual, se perguntou se o doente tinha religião e qual, como era a sua prática e como definia Deus, numa só palavra.

### 4.2. Escala Visual Analógica da Dor

A Escala Visual Analógica encontra-se validada internacionalmente e é recomendada pela Direcção-Geral da Saúde (2003) para avaliação da dor.

Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será o resultado final da quantificação da dor (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

### 4.3. Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença – IESSD

Instrumento elaborado por Gameiro & McIntyre em 1997 a partir de auto-relatos de doentes internados em serviços hospitalares por motivo de doença física, que se revelou um instrumento com propriedades conceptuais e psicométricas satisfatórias para avaliar a intensidade do sofrimento, considerando a sua natureza multidimensional (Gameiro, M. 1999).

Constituído por 44 itens, com resposta numa escala de *Lickert* de 1 a 5 pontos (invertida no caso das experiências de “não sofrimento”), em que 1 *corresponde nada* e 5 *corresponde totalmente*.

O IESSD avalia a intensidade do sofrimento considerando a sua natureza multidimensional distribuída por 4 dimensões do sofrimento (sofrimento psicológico, 13 itens; sofrimento físico, 6 itens; sofrimento existencial, 16 itens; e sofrimento sócio-relacional, 7 itens) e uma dimensão de experiências positivas de sofrimento (5 itens).

A cotação da escala faz-se considerando a soma dos pontos correspondentes às respostas dos doentes nos itens de cada dimensão e no global (Gameiro, M. 1999). O *score* médio para cada dimensão é calculada, tendo presente os itens que têm cotação inversa. O perfil do sofrimento pode ser representado através de um gráfico radial com 4 pólos (um para a média de cada dimensão) sobre uma escala de base com a média das experiências positivas (referências de superação).

O IESSD é um instrumento que apresenta uma elevada consistência interna ( $\mu = 0,93$ ), assim como elevada fiabilidade e validade (Gameiro, M. 1999).

#### 4.4. Inventário de Locus de Controlo – IPC

Inventário elaborado por Hana Levenson, em 1973 e traduzido e adaptado para Portugal por Veríssimo, em 1996.

O IPC de Levenson, compreende três dimensões, para cada uma das quais contribuem algumas questões que permitem classificar os inquiridos como tendo um *Locus* interno, de outros poderosos - Pessoas ou instituições -, ou de acaso, conforme as suas expectativas generalizadas de controlo (Veríssimo, R. 1996).

Composto por 21 questões, distribuídas pela avaliação do *Locus* de controlo interno (7 itens), pelo *Locus* de controlo externo - *outros poderosos* (7 itens) e pelo *Locus* de controlo externo - *acaso* (7 itens).

As respostas são registadas numa escala de tipo *Lickert* de 6 pontos, de 1 – *discordo totalmente* – até 6 – *concordo totalmente* – sendo depois somadas para cada uma das três dimensões, de modo a darem pontuações totais nas respectivas escalas de internalidade, outros poderosos e acaso (Veríssimo, R. 1996).

#### 4.5. Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS

Escala desenvolvida por Snaith e Zigmond, em 1983, trata-se de um instrumento que avalia o estado de humor/emocional presente, com ênfase no estado de humor/emocional ao longo dos últimos dias

(Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2006).

Presentemente encontra-se validada para português por Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar (2006).

Consiste num instrumento com 14 itens, divididos em duas sub-escalas, cada uma constituída por 7 itens, cotadas separadamente. Uma das escalas quantifica a ansiedade e a outra a depressão que, conjuntamente, produzem um resultado total. Cada item é respondido numa categoria de resposta de 4 pontos, variando entre o 0 e 3, num máximo de 21 pontos em cada escala. Segundo Snaith (2003), cit *in* Ribeiro *et al.*, 2006, a HADS demora cerca de 2 a 5 minutos a ser respondida. Os resultados compreendidos entre 0-7 pontos são considerados normais, sem evidência de sintomatologia ansiosa ou depressiva. Entre 8-10 pontos indicam um estado de ansiedade ou depressão mínimo. De 11-14 pontos os valores são considerados moderados. Entre 15-21 pontos é considerado um estado grave de ansiedade ou depressão.

#### 4.6. Termómetro do sofrimento

Instrumento de avaliação idêntico à escala visual analógica e os seus pressupostos teóricos assentam na mesma fundamentação.

O Termómetro do sofrimento possui a apresentação gráfica de um termómetro de mercúrio, em posição vertical e encontra-se dividido em 10 partes, onde todos os valores de 0 a 10 estão mencionados. O seu comprimento é de 10 centímetros, em que na extremidade inferior é colocado o número 0, correspondente à ausência de sofrimento e na extremidade superior é colocado o número 10, correspondendo ao máximo de sofrimento. Sendo neste contínuo que o indivíduo pode registar o seu sofrimento.

Outras formas semelhantes podem ser encontradas tais como a escala de faces, em que é apresentada uma série de faces, tendo num extremo uma face sorridente e no oposto uma face triste, com outras faces intermédias indicando um *continuum* da alegria à tristeza, ou como uma escala que é apresentada verticalmente em que o degrau mais baixo corresponde ao valor mais baixo da escala e o mais alto ao mais elevado (Ribeiro, 1999).

#### 4.7. Escala Visual Analógica de Confiança na Equipe de Saúde

A Escala Visual Analógica encontra-se validada internacionalmente e é utilizada para avaliar várias dimensões, nomeadamente, a dor ou o sofrimento. Assim, entendeu-se utilizá-la para avaliar quanto cada doente confiava na Equipa de Saúde que o tratava.

Consiste numa linha horizontal, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade o número 0 e, na outra, o número 10. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua confiança. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da confiança e a posição assinalada na linha recta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será o resultado final da quantificação da confiança na Equipa de Saúde.

#### Procedimento de colheita de dados

O processo de colheita de dados decorreu entre 18 de Março e 9 de Junho de 2005 (12 semanas), após a devida autorização da Comissão de Ética do Hospital onde foi efectuado o estudo.

Em cada unidade de tratamento, os doentes eram abordados de forma aleatória e após a apresentação do âmbito e da finalidade do estudo, era solicitada a colaboração pessoal para responder ao questionário.

O doente era informado de que a sua participação era voluntária, sujeita a estreita confidencialidade e as suas respostas seriam mantidas em absoluto anonimato, ao que se seguia o pedido para assinar o Consentimento Informado.

Após o doente aceitar responder era-lhe fornecido um exemplar dos questionários e uma esferográfica. O preenchimento dos questionários era efectuado em local que preservasse a sua privacidade de resposta.

#### Tratamento estatístico

Os dados recolhidos foram processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12.0 de 2005, para Windows.

Os quadros que caracterizavam a amostra foram dispostos em quadros compostos de distribuição das frequências e, sempre que adequado, estas eram complementadas com as respectivas médias e desvio padrão.

Para resposta às questões da investigação e como prova da Hipótese I, utilizou-se o teste *t* de significância de correlações bivariadas de Pearson (teste bicaudal), atendendo à natureza intervalar das variáveis em causa e à normalidade que as respectivas distribuições de frequências e testes de ajustamento à curva normal, em grande parte, permitem pressupor.

Para testar a Hipótese II e III, procedeu-se a uma análise de cada variável utilizando o teste *t* de Student, o teste de *Chi-Square*, a ANOVA ou teste *t* de significância de correlações bivariadas de *Pearson* (teste bicaudal), tendo presente a especificidade da variável a estudar.

## II CAPÍTULO

### Resultados

Os resultados aqui apresentados dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta às questões da investigação e testar as hipóteses formuladas.

Esta análise e apresentação terão apenas um carácter descritivo, deixando-se a interpretação dos resultados obtidos para o capítulo da discussão.

### Estrutura dimensional da “prática religiosa e da percepção do sofrimento”

Hipótese 1 – Os indivíduos que têm mais prática religiosa apresentam, na doença, níveis de sofrimento mais baixos.

Hipótese testada determinando os coeficientes de correlação bivariada de Pearson (teste bicaudal) entre as várias dimensões do sofrimento, incluindo uma avaliação global através do termómetro do sofrimento e a prática religiosa. Como se pode verificar pela análise do quadro 4, a hipótese não é corroborada pelos dados empíricos do estudo. Não existe correlação entre a prática religiosa e o sofrimento. Excepto na dimensão do sofrimento socio-relacional, em que  $r = 0,04$ , todas as outras dimensões apresentam um  $r$  negativo: sofrimento psicológico ( $r = -0,08$ ), sofrimento físico ( $r = -0,18$ ), sofrimento existencial ( $r = -0,08$ ), experiências positivas de sofrimento ( $r = -0,07$ ) e termómetro do sofrimento ( $r = -0,08$ ).

Quadro 4 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson (teste bicaudal) entre as dimensões do sofrimento e da Prática Religiosa

		IESSD Psicológico	IESSD Físico	IESSD Existencial	IESSD Socio Relacional	IESSD Exp. Positivas sofrimento	Termómetro sofrimento	Prática Religiosa
IESSD Psicológico	Correlação de Pearson	1	.675(**)	.810(**)	.706(**)	-.441(**)	.443(**)	-.084
	Sig.	.	.000	.000	.000	.000	.000	.445
	N	88	88	88	88	88	88	84
IESSD Físico	Correlação de Pearson	.675(**)	1	.704(**)	.615(**)	-.316(**)	.581(**)	-.182
	Sig.	.000	.	.000	.000	.003	.000	.098
	N	88	88	88	88	88	88	84
IESSD Existencial	Correlação de Pearson	.810(**)	.704(**)	1	.723(**)	-.507(**)	.372(**)	-.075
	Sig.	.000	.000	.	.000	.000	.000	.499
	N	88	88	88	88	88	88	84
IESSD Socio-Relacional	Correlação de Pearson	.706(**)	.615(**)	.723(**)	1	-.054	.343(**)	.037
	Sig.	.000	.000	.000	.	.616	.001	.739
	N	88	88	88	88	88	88	84
IESSD Experiências Positivas sofrimento	Correlação de Pearson	-.441(**)	-.316(**)	-.507(**)	-.054	1	-.289(**)	-.067
	Sig.	.000	.003	.000	.616	.	.006	.542
	N	88	88	88	88	88	88	84
Termómetro sofrimento	Correlação de Pearson	.443(**)	.581(**)	.372(**)	.343(**)	-.289(**)	1	-.186
	Sig.	.000	.000	.000	.001	.006	.	.090
	N	88	88	88	88	88	88	84
Prática Religiosa	Correlação de Pearson	-.084	-.182	-.075	.037	-.067	-.186	1
	Sig.	.445	.098	.499	.739	.542	.090	.
	N	84	84	84	84	84	84	84

\*\* $p < 0,01$ 

## 1. Relação da “prática religiosa” com variáveis psicossociais

Hipótese 1 – Os indivíduos que têm mais prática religiosa apresentam, na doença, níveis de sofrimento mais baixos.

Hipótese 2 – O nível de sofrimento pode aumentar devido a alguns factores de ordem sócio-demográfica, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, escolaridade e categoria profissional.

Para tentar dar resposta a estas hipóteses procedeu-se a uma análise de cada variável e à sua relação com o sofrimento utilizando o teste *t de Student* ou o teste de *Chi-Square*, tendo presente a especificidade da variável a estudar.

## 1.1. Variáveis sócio-demográficas e “Prática Religiosa”

Conforme se pode observar pela leitura do quadro 5, a quase totalidade dos elementos da amostra do estudo afirmam ter religião (95,5%), sendo que, destes apenas 31,8% têm prática regular.

Quadro 5 – Prática Religiosa

Prática Religiosa	N	%
Com prática religiosa regular	28	31,8
Sem prática religiosa regular	56	63,7
Sem religião	4	4,5
Total	88	100,0

Os valores encontrados nas variáveis sócio-demográficas não revelam qualquer valor significativo que demonstrem que estas mesmas variáveis influenciam a prática religiosa, ou seja, não se encontraram diferenças significativas quanto à prática religiosa

devido às diferenças de gênero, à classe etária, ao estado civil ou ao nível de escolaridade (quadro 6).

Quadro 6 – Análise das Variáveis Sócio-demográficas e “Prática Religiosa” através do teste *t* de Student

Variáveis	Prática Religiosa	N (84)	T-teste	Sig.
Sexo	Com prática religiosa regular	28		
	Sem prática religiosa regular	56	,929	,356
Classe etária	Com prática religiosa regular	28		
	Sem prática religiosa regular	56	-1,444	,153
Estado civil	Com prática religiosa regular	28		
	Sem prática religiosa regular	56	1,064	,291
Escolaridade	Com prática religiosa regular	28		
	Sem prática religiosa regular	56	-,633	,528

## 1.2. “Prática Religiosa” e confiança na Equipe de Saúde

Pela análise do quadro 7, pode verificar-se que não existe diferença significativa entre a prática religiosa e a confiança na Equipe de Saúde, embora os indivíduos que têm prática religiosa regular apresentem um valor médio mais elevado ( $M = 9,282$ ) do que os que não têm prática religiosa regular ( $M = 8,746$ ), com um  $t(84) = 1,220$  e com  $p = 0,226$ .

## 1.3. “Prática Religiosa” e Percepção do sofrimento

A prática religiosa, como se pode verificar nos quadros 8 e 9, não tem influência significativa na percepção do sofrimento. Contudo, pode-se verificar que o valor médio da percepção do sofrimento, através do termómetro do sofrimento (quadro 8), é mais elevado nos indivíduos com prática religiosa regular ( $M = 6,50$ ) do que nos indivíduos sem essa mesma prática religiosa ( $M = 5,38$ ) com  $t(84) = 1,713$  e  $p = 0,090$ .

Quadro 7 – Análise da “Prática Religiosa” e confiança na Equipe de Saúde através do teste *t* de Student

	Prática Religiosa	N (84)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Confiança na Equipe de Saúde EVA	Com prática religiosa regular	28	9,282	1,5961	1,220	,226
	Sem prática religiosa regular	56	8,746	2,0285		
	Total	84				

Quadro 8 – Análise da “Prática Religiosa” e Percepção do sofrimento (Termómetro do sofrimento) através do teste *t* de Student

	Prática Religiosa	N (84)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Com prática religiosa regular	28	6,50	2,728	1,713	,090
	Sem prática religiosa regular	56	5,38	2,889		

Quadro 9 – Análise da “Prática Religiosa” e Avaliação do sofrimento (IESSD) através do teste *t* de Student

Avaliação sofrimento IESSD	Prática Religiosa	N (84)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento Psicológico	Com prática religiosa regular	28	3,3007	1,05397	,767	,445
	Sem prática religiosa regular	56	3,1255	,95200		
Sofrimento Físico	Com prática religiosa regular	28	3,5932	1,34476	1,676	,098
	Sem prática religiosa regular	56	3,1039	1,21811		
Sofrimento Existencial	Com prática religiosa regular	28	3,0207	,87324	,680	,499
	Sem prática religiosa regular	56	2,8771	,93133		
Sofrimento Socio-Relacional	Com prática religiosa regular	28	3,2804	1,02996	-,334	,739
	Sem prática religiosa regular	56	3,3602	1,03509		
Experiência Positiva sofrimento	Com prática religiosa regular	28	3,2071	,86834	,612	,542
	Sem prática religiosa regular	56	3,0750	,96375		

Os indivíduos com prática religiosa regular apresentam valores médios mais elevados de sofrimento do que os que não têm prática religiosa regular (quadro 9), na dimensão psicológica, na dimensão física, na dimensão existencial e nas experiências positivas de sofrimento. Na dimensão sócio-relacional, os indivíduos com prática religiosa regular apresentam valores menos elevados de sofrimento ( $M = 3,2804$ ) do que os que não têm prática religiosa regular ( $M = 3,3602$ ). Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas.

#### 1.4. Morbilidade psicológica e “Prática Religiosa”

Ao nível da morbilidade psicológica também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (quadro 10), sendo que, os indivíduos com prática religiosa regular apresentaram um valor médio mais elevado de ansiedade ( $M = 11,07$ ) e depressão ( $M = 8,79$ ), do que os indivíduos sem prática religiosa regular [Ansiedade ( $M = 10,39$ ) e Depressão ( $M = 8,25$ )].

#### 1.5. Variáveis clínicas e “Prática Religiosa”

Os doentes com cancro são os que apresentam menor prática religiosa regular (39,3%), sendo que,

os doentes com dor são aqueles que mais praticam regularmente (20,2%).

Utilizando o teste de *Chi-Square* verificou-se não existir significância estatística ( $p = 0,089$ ), entre as variáveis clínicas e a prática religiosa (quadro 11).

## 2. Relação da “percepção do sofrimento” com variáveis biopsicossociais

Hipótese 2 – O nível de sofrimento pode aumentar devido a alguns factores de ordem sócio-demográfica, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, escolaridade e categoria profissional.

Hipótese 3 – Existe diferenças de sofrimento tendo em conta a patologia dos doentes.

Para tentar dar resposta a estas hipóteses procedeu-se a uma análise de cada variável e à sua relação com o sofrimento utilizando o teste *t de Student*, o teste de *Chi-Square*, a ANOVA ou a correlação *r de Pearson*, tendo presente a especificidade da variável a estudar.

### 2.1. Variáveis sócio-demográficas e “Percepção do sofrimento”

Através da análise do quadro 12, pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas

Quadro 10 – Análise da morbilidade psicológica e “Prática Religiosa” através do teste *t de Student*

	Prática Religiosa	N (84)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Ansiedade HADS	Com prática religiosa regular	28	11,07	4,118	,666	,508
	Sem prática religiosa regular	56	10,39	4,539		
Depressão HADS	Com prática religiosa regular	28	8,79	3,573	,646	,520
	Sem prática religiosa regular	56	8,25	3,589		

Quadro 11 – Análise das variáveis clínicas e “Prática Religiosa” através do teste *Chi-Square*

Patologia	Prática Religiosa	N (84)	% Patologia	% Total	Teste Chi-Square (Sig.)
Cancro	Com prática religiosa regular	11	25,0	13,1	,089
	Sem prática religiosa regular	33	75,0	39,3	
Dor	Com prática religiosa regular	17	42,5	20,2	
	Sem prática religiosa regular	23	57,5	27,4	

Quadro 12 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “termómetro do sofrimento” e a sua relação com a variável Sexo

	Sexo	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Feminino	51	6,49	2,656	3,050	,003**
	Masculino	37	4,68	2,887		

\*\*  $p < 0,01$

entre os sexos, com as mulheres a terem uma maior percepção do sofrimento ( $M = 6,49$ ) que os homens ( $M = 4,68$ ), com valores  $t(88) = 3,050$  e  $p < 0,01$ .

Na avaliação do sofrimento através do IESSD, verificou-se (quadro 13) que o sofrimento psicológico é mais elevado nas mulheres ( $M = 3,3759$ ) que nos homens ( $M = 2,8205$ ), com valores  $t(88) = 2,713$  e  $p < 0,01$ .

Embora sem significância estatística, as mulheres apresentam em todos os tipos de sofrimento valores mais elevados que os homens, excepto nas experiências positivas de sofrimento, em que os homens ( $M = 3,2595$ ) apresentam valores mais elevados que as mulheres ( $M = 3,0667$ ).

Ao nível da classe etária não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (quadro 14), sendo que, os indivíduos situados entre os 46 e os 55 anos, foram os que apresentaram maior sofrimento ( $M = 6,47$ ), seguidos dos indivíduos com menos de 46 anos ( $M = 5,72$ ). O grupo de doentes com mais de 55 anos apresentou o valor mais baixo de percepção do sofrimento ( $M = 4,85$ ).

Numa análise da percepção do sofrimento, através do IESSD, e sua relação com a idade (quadro 15), verifica-se que o sofrimento sócio-relacional é mais elevado nos indivíduos situados entre os 46 e os 55

anos ( $M = 3,3484$ ), com valores  $L(88) = 5,091$  e  $p < 0,01$ . De facto, é nesta faixa etária que se situam, também, os valores mais elevados de sofrimento psicológico, de sofrimento físico e de sofrimento existencial, embora, a estes níveis, sem significado estatístico. Contudo, ao nível das experiências positivas de sofrimento, os indivíduos desta classe etária apresentam o valor mais baixo ( $M = 2,9750$ ). São os indivíduos com mais de 55 anos que apresentam os valores mais elevados ( $M = 3,3926$ ).

Pela análise do quadro 16 verifica-se que o estado civil dos doentes não influencia a percepção do sofrimento, com valores  $t(88) = -0,190$  e com  $p = 0,850$ . No entanto, os solteiros, viúvos, divorciados ou separados, apresentam um valor mais elevado de sofrimento ( $M = 5,83$ ) que os casados ou em união de facto ( $M = 5,69$ ).

Aquando da utilização do IESSD na avaliação do sofrimento e a sua relação com o estado civil dos indivíduos (quadro 17), verificou-se que em todos os níveis de sofrimento o grupo *Casado/União de facto*, apresenta valores mais elevados de sofrimento que o grupo *Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado*, sendo que, somente ao nível do sofrimento sócio-relacional exista significância estatística. O grupo *Casado/União de facto* apresenta a este nível  $M =$

Quadro 13 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “IESSD” e a sua relação com a variável Sexo

Avaliação sofrimento IESSD	Sexo	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento Psicológico	Feminino	51	3,3759	,96263	2,713	,008**
	Masculino	37	2,8205	,92738		
Sofrimento Físico	Feminino	51	3,4057	1,28539	1,739	,086
	Masculino	37	2,9300	1,23947		
Sofrimento Existencial	Feminino	51	3,0171	,94237	1,636	,106
	Masculino	37	2,6949	,86851		
Sofrimento Socio-Relacional	Feminino	51	3,4737	1,01915	1,871	,065
	Masculino	37	3,0581	1,04130		
Experiência Positiva sofrimento	Feminino	51	3,0667	,90833	-,958	,341
	Masculino	37	3,2595	,96479		

\*\*  $p < 0,01$

Quadro 14 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “Termómetro do sofrimento” e a sua relação com a variável Classe Etária

	Classe Etária	N (88)	Média	Desvio Padrão	Teste de Levene's	Sig.	ANOVA F	ANOVA Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Até 45 anos	29	5,72	2,685	,497	,610	2,375	,099
	De 46 a 55 anos	32	6,47	2,627				
	Mais de 55 anos	27	4,85	3,219				
	Total	88	5,73	2,884				

Quadro 15 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “IESSD” e a sua relação com a variável Classe Etária

Avaliação sofrimento IESSD	Classe Etária	N (88)	Média	Desvio Padrão	Teste de Levene's	Sig.	ANOVA F	ANOVA Sig.
Sofrimento Psicológico	Até 45 anos	29	3,1486	1,17792	3,029	,054	1,245	,293
	De 46 a 55 anos	32	3,3241	,80161				
	Mais de 55 anos	27	2,9204	,93539				
Sofrimento Físico	Até 45 anos	29	3,0845	1,44722	3,007	,055	,198	,820
	De 46 a 55 anos	32	3,2853	1,26597				
	Mais de 55 anos	27	3,2415	1,13980				
Sofrimento Existencial	Até 45 anos	29	2,7203	,96162	,151	,860	1,116	,332
	De 46 a 55 anos	32	3,0653	,90551				
	Mais de 55 anos	27	2,8370	,88982				
Sofrimento Socio-Relacional	Até 45 anos	29	3,2614	1,27782	5,091	,008**	,058	,944
	De 46 a 55 anos	32	3,3484	,87849				
	Mais de 55 anos	27	3,2807	,97863				
Experiência Positiva sofrimento	Até 45 anos	29	3,1103	,75325	1,612	,205	1,523	,224
	De 46 a 55 anos	32	2,9750	1,00547				
	Mais de 55 anos	27	3,3926	,99457				

\*\*  $p < 0,01$ 

Quadro 16 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “termómetro do sofrimento” e a sua relação com a variável Estado Civil

	Estado Civil	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Casado/União de facto	65	5,69	2,845	-,190	,850
	Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	23	5,83	3,055		

Quadro 17 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “IESSD” e a sua relação com a variável Estado Civil

Avaliação sofrimento IESSD	Estado Civil	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento Psicológico	Casado/União de facto	65	3,2552	,98976	1,837	,070
	Solteiro/Viúvo Divorciado/Separado	23	2,8235	,90563		
Sofrimento Físico	Casado/União de facto	65	3,3040	1,27290	1,214	,228
	Solteiro/Viúvo Divorciado/Separado	23	2,9278	1,29100		
Sofrimento Existencial	Casado/União de facto	65	2,9722	,90623	1,564	,122
	Solteiro/Viúvo Divorciado/Separado	23	2,6257	,93382		
Sofrimento Socio-Relacional	Casado/União de facto	65	3,4463	1,03759	2,280	,025*
	Solteiro/Viúvo Divorciado/Separado	23	2,8826	,96230		
Experiência Positiva sofrimento	Casado/União de facto	65	3,1323	,95804	-,260	,796
	Solteiro/Viúvo Divorciado/Separado	23	3,1913	,87278		

\*  $p < 0,05$ 

3,4463 e o grupo *Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado*  $M = 2,8826$ , com valores  $t(88) = 2,280$  e  $p < 0,05$ .

Quando se analisa a percepção do sofrimento e a sua relação com a escolaridade (quadros 18 e 19), verifica-se que os indivíduos com escolaridade até ao 6º ano, referem maior sofrimento, embora

sem significância estatística, excepto ao nível do sofrimento físico, em que estes apresentam um valor  $M = 3,4252$ , contra um valor  $M = 2,8571$  dos que têm mais que o 6º ano e com  $t(88) = 2,063$  e  $p < 0,05$ .

Quadro 18 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “Termómetro do sofrimento” e a sua relação com a variável Escolaridade

	Escolaridade	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Até ao 6º ano	54	5,81	2,829	,357	,722
	Mais do que o 6º ano	34	5,59	3,006		

Quadro 19 – Análise da Percepção do sofrimento, através do “IESSD” e a sua relação com a variável Escolaridade

Avaliação sofrimento IESSD	Escolaridade	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento Psicológico	Até ao 6º ano	54	3,2480	,99801	1,276	,206
	Mais do que o 6º ano	34	2,9747	,94644		
Sofrimento Físico	Até ao 6º ano	54	3,4252	1,27637	2,063	,042*
	Mais do que o 6º ano	34	2,8571	1,22711		
Sofrimento Existencial	Até ao 6º ano	54	3,0274	,96556	1,900	,061
	Mais do que o 6º ano	34	2,6500	,80529		
Sofrimento Socio-Relacional	Até ao 6º ano	54	3,3231	1,06091	,272	,786
	Mais do que o 6º ano	34	3,2606	1,02895		
Experiência Positiva sofrimento	Até ao 6º ano	54	3,1323	,95804	-,981	,329
	Mais do que o 6º ano	34	3,2706	,93014		

\*  $p < 0,05$ 

## 2.2. Morbilidade psicológica e “Percepção do sofrimento”

Pela análise do quadro 20 pode verificar-se a existência de elevada correlação entre a morbilidade psicológica e a percepção do sofrimento, através dos coeficientes de correlação bivariada de *Pearson* (teste bicaudal) entre as várias dimensões do sofrimento (IESSD) e a morbilidade psicológica (ansiedade e depressão).

O sofrimento psicológico apresenta uma correlação elevada [ $r(88) = 0,676$  com  $p < 0,001$ ] com a ansiedade e com a depressão [ $r(88) = 0,541$  com  $p < 0,001$ ].

O sofrimento físico apresenta uma boa correlação com a ansiedade [ $r(88) = 0,499$  e  $p < 0,001$ ] e com a depressão [ $r(88) = 0,553$  com  $p < 0,001$ ].

O sofrimento existencial também tem uma elevada correlação com a ansiedade [ $r(88) = 0,569$  e  $p < 0,001$ ] e com a depressão [ $r(88) = 0,682$  com  $p < 0,001$ ].

O sofrimento socio-relacional é outra dimensão do sofrimento que apresenta uma boa correlação com a ansiedade [ $r(88) = 0,463$  e  $p < 0,001$ ] e com a depressão [ $r(88) = 0,437$  com  $p < 0,001$ ].

As experiências positivas de sofrimento estão correlacionadas com a morbilidade psicológica, existindo com a ansiedade uma correlação de  $r$

(88) = - 0,324 e  $p < 0,01$  e com a depressão uma correlação de  $r(88) = - 0,493$  com  $p < 0,001$ .

Quando se avalia o sofrimento através do *termómetro do sofrimento* e se relaciona com a morbilidade psicológica (quadro 20), verifica-se que apenas a depressão apresenta correlação [ $r(88) = 0,302$  e  $p < 0,01$ ], o mesmo não se verificando com a ansiedade.

## 2.3. Locus de controlo sobre a doença e sofrimento na doença

O *Locus de controlo* foi avaliado nas suas duas dimensões, interno e externo, em ambas as patologias, cancro e dor crónica. Como é visível no quadro 21 o *Locus de controlo* interno é usado pela grande maioria dos doentes (79,5%) em detrimento do *Locus de controlo externo*, que é utilizado por apenas 20,5% dos doentes. São os doentes com cancro que apresentam uma maior percentagem de *Locus de controlo* interno (47,7%). Os doentes com dor apresentam um *Locus de controlo* interno de 31,8%. Ao nível do *Locus de controlo externo*, verifica-se que é utilizado em maior percentagem pelos doentes com dor (13,6%), contra 6,9% dos doentes oncológicos. A análise de variância foi efectuada através do teste *Chi-Square* com  $p < 0,05$ .

Na análise do *Locus de Controlo* e da sua relação com o sofrimento, através do *termómetro do sofri-*

Quadro 20 – Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* (teste bicaudal) entre as dimensões do sofrimento e da Morbilidades Psicológica

		<b>IESSD Psicológico</b>	<b>IESSD Físico</b>	<b>IESSD Existencial</b>	<b>IESSD Socio Relacional</b>	<b>IESSD Exp. Positivas sofrimento</b>	<b>Termómetro sofrimento</b>	<b>HADS Ansiedade</b>	<b>HADS Depressão</b>
IESSD Psicológico	Correlação de Pearson	1	.675(**)	.810(**)	.706(**)	-.441(**)	.443(**)	.676(**)	.541(**)
	Sig.	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Físico	Correlação de Pearson	.675(**)	1	.704(**)	.615(**)	-.316(**)	.581(**)	.499(**)	.553(**)
	Sig.	.000	.	.000	.000	.003	.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Existencial	Correlação de Pearson	.810(**)	.704(**)	1	.723(**)	-.507(**)	.372(**)	.569(**)	.682(**)
	Sig.	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Socio-Relacional	Correlação de Pearson	.706(**)	.615(**)	.723(**)	1	-.054	.343(**)	.463(**)	.437(**)
	Sig.	.000	.000	.000	.	.616	.001	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Exp. Positivas sofrimento	Correlação de Pearson	-.441(**)	-.316(**)	-.507(**)	-.054	1	-.289(**)	-.324(**)	-.493(**)
	Sig.	.000	.003	.000	.616	.	.006	.002	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
Termómetro sofrimento	Correlação de Pearson	.443(**)	.581(**)	.372(**)	.343(**)	-.289(**)	1	-.031	.302(**)
	Sig.	.000	.000	.000	.001	.006	.	.773	.004
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
HADS Ansiedade	Correlação de Pearson	.676(**)	.499(**)	.569(**)	.463(**)	-.324(**)	-.031	1	.529(**)
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.002	.386	.	.000
	N	88	88	88	88	88	88	88	88
HADS Depressão	Correlação de Pearson	.541(**)	.553(**)	.682(**)	.437(**)	-.493(**)	.302(**)	.529(**)	1
	Sig.	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.
	N	88	88	88	88	88	88	88	88

\*\*  $p < 0,01$ Quadro 21 – Análise do *Locus de Controlo* da doença

<b>Locus de controlo</b>	<b>Patologia</b>	<b>N (88)</b>	<b>% Patologia</b>	<b>% Total</b>	<b>Teste Chi-Square (Sig.)</b>
Interno	Cancro	42	87,5	47,7	,043*
	Dor	28	70,0	31,8	
				(79,5)	
Externo	Cancro	6	12,5	6,9	
	Dor	12	30,0	13,6	
				(20,5)	

\*  $p < 0,05$

Quadro 22 – Análise do *Locus de Controle* e a sua relação com o sofrimento, através do *Termómetro do sofrimento*

	<i>Locus de controlo</i>	N (88)	Média	Desvio Padrão	ANOVA F	ANOVA Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Interno	70	5,56	2,902	1,194	,278
	Externo	18	6,39	2,789		
	<i>Total</i>	88	5,73	2,884		

Quadro 23 – Análise do *Locus de Controle* e a sua relação com o sofrimento, através do IESSD

Avaliação sofrimento IESSD	<i>Locus de controlo</i>	N (88)	Média	Desvio Padrão	ANOVA F	ANOVA Sig.
Sofrimento Psicológico	Interno	70	3,0473	,89897	3,294	,073
	Externo	18	3,5122	1,21388		
Sofrimento Físico	Interno	70	3,0681	1,22530	4,085	,046*
	Externo	18	3,7406	1,38693		
Sofrimento Existencial	Interno	70	2,7534	,87123	7,092	,009**
	Externo	18	3,3800	,96372		
Sofrimento Socio-Relacional	Interno	70	3,2393	1,00909	1,122	,292
	Externo	18	3,5311	1,16805		
Experiência Positiva sofrimento	Interno	70	3,2514	,92482	4,403	,039*
	Externo	18	2,7444	,86990		

\*  $p < 0,05$ \*\*  $p < 0,01$ 

mento (quadro 22), verifica-se não existir variância significativa [F (88) = 1,194 e  $p = 0,278$ ], sendo que, os doentes que têm um *Locus de controlo* interno apresentam valores mais baixos de sofrimento ( $M = 5,56$ ) do que os que têm um *Locus de controlo* externo ( $M = 6,39$ ).

Quando se avalia a relação do *Locus de Controle* com o IESSD (quadro 23), verifica-se que, ao nível do sofrimento físico, os doentes com *Locus de Controle* externo sofrem mais ( $M = 3,7406$ ) que aqueles que apresentam um *Locus de Controle* interno ( $M = 3,0681$ ), com valores de significância da ANOVA de F (88) = 4,085 e com  $p < 0,05$ . O mesmo se passa ao nível do sofrimento existencial, em que os doentes com *Locus de Controle* externo sofrem mais ( $M = 3,3800$ ) do que aqueles que apresentam um *Locus de Controle* interno ( $M = 2,7534$ ), com valores de significância da ANOVA de F (88) = 7,092 e com  $p < 0,01$ . O sofrimento psicológico e o sócio-relacional também seguem a mesma tendência (*Locus de Controle* externo – maior sofrimento; *Locus de Controle* interno – menor sofrimento), no entanto, não têm variância estatisticamente significativa.

As experiências positivas de sofrimento são mais elevadas nos doentes com *Locus de Controle* interno ( $M = 3,2514$ ), do que nos doentes com *Locus de Controle* externo ( $M = 2,7444$ ), com valores de

significância da ANOVA de F (88) = 4,403 e com  $p < 0,05$ .

#### 2.4. “Percepção do sofrimento” e confiança na Equipe de Saúde

A análise da Percepção do sofrimento e a confiança na Equipa de Saúde (quadro 24) foi efectuada através da análise dos coeficientes de correlação bivariada de *Pearson* (teste bicaudal) entre as várias dimensões do sofrimento, *termómetro do sofrimento* e IESSD e a confiança na Equipa de Saúde.

Nesta análise não foi encontrada qualquer correlação significativa estatisticamente, ao nível dos vários tipos de sofrimento e sua relação com a confiança na Equipa de Saúde, excepto ao nível das experiências positivas de sofrimento, em que os doentes com valor mais elevado nas experiências positivas de sofrimento confiavam mais na Equipa de Saúde [ $r(88) = 0,237$  e  $p < 0,05$ ].

#### 2.5. Variáveis clínicas e “Percepção do sofrimento”

Conforme se pode verificar nos quadros 25 e 26, os doentes com dor crónica apresentam valores mais elevados da percepção do sofrimento do que os doentes com cancro. Quando se analisa o sofrimento

Quadro 24 – Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* (teste bicaudal) entre as dimensões do sofrimento e da confiança na Equipa de Saúde

		IESSD Psicológico	IESSD Físico	IESSD Existencial	IESSD Socio Relacional	IESSD Exp. Positivas sofrimento	Termómetro sofrimento	Confiança Equipa Saúde EVA
IESSD Psicológico	Correlação de Pearson	1	.675(**)	.810(**)	.706(**)	-.441(**)	.443(**)	-.047
	Sig.	.	.000	.000	.000	.000	.000	.662
	N	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Físico	Correlação de Pearson	.675(**)	1	.704(**)	.615(**)	-.316(**)	.581(**)	.064
	Sig.	.000	.	.000	.000	.003	.000	.552
	N	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Existencial	Correlação de Pearson	.810(**)	.704(**)	1	.723(**)	-.507(**)	.372(**)	-.075
	Sig.	.000	.000	.	.000	.000	.000	.485
	N	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Socio-Relacional	Correlação de Pearson	.706(**)	.615(**)	.723(**)	1	-.054	.343(**)	.003
	Sig.	.000	.000	.000	.	.616	.001	.977
	N	88	88	88	88	88	88	88
IESSD Experiências Positivas sofrimento	Correlação de Pearson	-.441(**)	-.316(**)	-.507(**)	-.054	1	-.289(**)	.237(*)
	Sig.	.000	.003	.000	.616	.	.006	.026
	N	88	88	88	88	88	88	88
Termómetro sofrimento	Correlação de Pearson	.443(**)	.581(**)	.372(**)	.343(**)	-.289(**)	1	-.031
	Sig.	.000	.000	.000	.001	.006	.	.773
	N	88	88	88	88	88	88	88
Confiança Equipa Saúde - EVA	Correlação de Pearson	-.047	.064	-.075	.003	.237(*)	-.031	1
	Sig.	.331	.276	.243	.489	.013	.386	.
	N	88	88	88	88	88	88	88

\*\*  $p < 0,01$ \*  $p < 0,05$ Quadro 25 – Análise das variáveis clínicas e Percepção do sofrimento (*Termómetro do sofrimento*) através do teste *t* de Student

	Patologia	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento (Termómetro do sofrimento)	Cancro	48	4,38	2,803	-5,596	,000***
	Dor	40	7,35	2,032		

\*\*\*  $p < 0,001$ 

através do *termómetro do sofrimento*, constata-se que os doentes com dor apresentam um valor médio de 7,35 e os doentes com cancro apresentam um valor médio de 4,38, com um  $t(88) = -5,596$  e com  $p < 0,001$ .

O sofrimento psicológico é mais elevado nos doentes com dor ( $M = 3,6405$ ) do que nos doentes com cancro ( $M = 2,7273$ ), com  $t(88) = -4,880$  e com  $p < 0,001$ . O mesmo se passa com o sofrimento físico, em que os doentes com dor apresentam valores mais elevados ( $M = 4,1983$ ) de sofrimento do que os doentes com cancro ( $M = 2,3785$ ), com  $t(88) =$

$-9,386$  e com  $p < 0,001$ . O sofrimento existencial é igualmente mais elevado nos doentes com dor ( $M = 3,3848$ ) do que nos doentes com cancro ( $M = 2,4623$ ), com  $t(88) = -5,377$  e com  $p < 0,001$ . Também ao nível do sofrimento sócio-relacional se mantém a mesma tendência (maior sofrimento nos doentes com dor do que com cancro), em que os doentes com dor apresentam um valor médio de 3,6113 e os doentes com cancro apresentam um valor médio de 3,0388, com um  $t(88) = -2,651$  e com  $p < 0,05$ .

Quadro 26 – Análise das variáveis clínicas e Percepção do sofrimento (IESSD) através do teste *t* de Student

Avaliação sofrimento IESSD	Patologia	N (88)	Média	Desvio Padrão	T-teste	Sig.
Sofrimento Psicológico	Cancro	48	2,7273	,86993	-4,880	,000***
	Dor	40	3,6405	,87915		
Sofrimento Físico	Cancro	48	2,3785	,97625	-9,386	,000***
	Dor	40	4,1983	,81220		
Sofrimento Existencial	Cancro	48	2,4623	,78651	-5,377	,000***
	Dor	40	3,3848	,81875		
Sofrimento Socio-Relacional	Cancro	48	3,0388	1,03265	-2,651	,010**
	Dor	40	3,6113	,97931		
Experiência Positiva sofrimento	Cancro	48	3,5458	,85725	4,947	,000***
	Dor	40	2,6700	,78909		

\*\*  $p < 0,05$ \*\*\*  $p < 0,001$ 

As experiências positivas de sofrimento são mais elevadas nos doentes com cancro ( $M = 3,5458$ ), do que nos doentes com dor ( $M = 2,6700$ ), com valores de significância de  $t(88) = 4,947$  e com  $p < 0,001$ .

Conforme se pode verificar pelos resultados obtidos, as hipóteses 2 e 3 deste estudo, podem ser confirmadas, verificando-se que o sexo, a idade, o estado civil e a escolaridade, têm influência na percepção do sofrimento.

As mulheres apresentam mais sofrimento psicológico que os homens. Os indivíduos, situados na faixa etária dos 46 aos 55 anos, apresentam mais sofrimento sócio-relacional, assim como, os indivíduos casados ou a viverem em união de facto. Por outro lado, verifica-se que os indivíduos com menor escolaridade apresentam mais sofrimento físico.

Os doentes com dor crónica apresentam, em todas as dimensões do sofrimento, valores mais elevados que os doentes com cancro.

Ao nível das experiências positivas de sofrimento, verifica-se que são os doentes com cancro, aqueles que apresentam valores mais elevados nessa dimensão.

### III CAPÍTULO – DISCUSSÃO

No capítulo anterior efectuou-se a apresentação e a análise dos dados obtidos, tentando descrever os resultados mais relevantes para a presente investigação. De seguida, e num primeiro momento, proceder-se-á a uma síntese e apreciação crítica desses resultados, fazendo uma confrontação entre eles e o quadro teórico que serve de referência, e tentando relevar os seus significados e implica-

ções. O segundo ponto da discussão é reservado à descrição de algumas limitações identificadas no desenvolvimento deste estudo.

## 1. Discussão de resultados

A discussão dos resultados é organizada de forma sequencial, de modo a iniciar com as respostas às questões da investigação, nomeadamente, às hipóteses levantadas.

### 1.1. Estrutura dimensional da “Prática Religiosa e da Percepção do sofrimento”

Os resultados obtidos neste estudo reflectem uma dimensão cultural e religiosa enraizada na população portuguesa em que a religião faz parte da sua vida. Da amostra do estudo, 95,5% das Pessoas referem ter religião. Curiosamente, só 31,8% afirmam ter uma prática regular. Este valor é aproximado ao do estudo realizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, com a coordenação de Manuel Villaverde Cabral e realizado em 2000, onde 27% dos indivíduos que tinham religião a praticavam de forma regular<sup>1</sup>.

Esta discrepância de valores coloca interrogações que ultrapassam os objectivos desta investigação, mas que serão de ter em consideração, sobretudo, para tentar entender como é que as Pessoas vivem a sua religiosidade, que dimensões atribuem ao seu

<sup>1</sup> Quando se fala de prática regular, o estudo refere-se à presença física no espaço de culto pelo menos uma vez por semana.

Deus e em que fase do desenvolvimento religioso, se encontram.

Segundo Cabral, M. & Vala, J. (2000), a religiosidade dos portugueses já não representa uma reprodução hipostasiada do catolicismo mais tradicional, nem uma ressonância reificada daquilo que está social e religiosamente instituído, ou seja, o normativo, o doutrinário, o prescritivo. Os dados da religiosidade dos portugueses é de natureza heterodoxa, sincrética e pessoal, muito embora, sob o amplo chapéu de um catolicismo nominalmente unificante.

Inúmeros estudos enfatizam o facto da dimensão religiosa e espiritual ter um impacto positivo no bem-estar e na qualidade de vida dos doentes (Johnson, Mark, 2004; Brow, C. & Benjamins, M., 2004; Koenig, H., 2004; Stefanek, M, McDonald, P. & Hess, S., 2005).

No presente estudo a primeira hipótese “*os indivíduos que têm mais prática religiosa apresentam, na doença, níveis de sofrimento mais baixos*”, não foi corroborada, tendo-se verificado que a prática religiosa não diminui a percepção do sofrimento, indicando, contudo, que quem mais sofre mais prática religiosa tem.

Para Freud (1973) a religião é assumida como a neurose obsessiva universal, afirmando existir grandes semelhanças entre os rituais religiosos e os rituais obsessivos compulsivos dos neuróticos, cuja realização segundo um esquema preciso e fixo tem como objectivo reduzir ilusoriamente a ansiedade. Freud lê as práticas religiosas como cerimoniais neuróticos, com regras fixas, cujo não cumprimento gera sentimentos de culpa, aumentando a ansiedade; assim, a religião seria a responsável pela neurose obsessiva compulsiva. Para Freud, a religião é factor de maior sofrimento.

Gameiro (1999), no seu estudo sobre o sofrimento na doença refere que os doentes com maior *controlo religioso*, apresentam maior sofrimento, particularmente nas dimensões *existencial* e *sócio-relacional*.

Sloan, R.P. & Bagiella, E. (2002) tendo por base o facto de existirem numerosos estudos na literatura que avaliaram as relações entre envolvimento religioso e resultados de saúde e nos quais a maioria revela que as pessoas religiosas são mais saudáveis, identificaram todos os artigos de língua inglesa com resumos publicados na Medline no ano de 2000. Dos 266 artigos publicados, só 17% tinham ligação com benefícios de saúde associados ao envolvimento ou prática religiosa. Desses que realmente eram relevantes, foram encontrados muitos defeitos metodológicos. Os autores concluíram que, há uma

pequena base empírica para se poder afirmar que o envolvimento religioso ou actividade religiosa está associado a uma melhor qualidade de saúde.

Um outro estudo de Mako, C., Galek, K. & Poppito S.R. (2006), refere que se a dor espiritual não for devidamente entendida tanto impede a recuperação como contribui para o sofrimento total do paciente.

## 1.2. Variáveis sócio-demográficas e “Prática Religiosa”

Os resultados obtidos, embora sem existirem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas estudadas e a prática religiosa, revelam uma maior prática religiosa nas mulheres, nas pessoas com mais de 55 anos, casadas e com escolaridade até ao 6º ano. Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Cabral e Vala em 2000, onde se refere que a prática religiosa regular está implementada maioritariamente nas regiões Norte e Centro do país, entre as pessoas mais idosas e menos instruídas do sexo feminino (Cabral & Vala, 2000).

## 1.3. Variáveis sócio-demográficas e “Percepção do sofrimento”

Na análise da associação entre as variáveis sócio-demográficas e a Percepção do sofrimento verificou-se existirem diferenças significativas entre os sexos, em que as mulheres apresentam maior sofrimento do que os homens, com mais significância quando se avalia o sofrimento através do Termómetro do Sofrimento e ao nível do sofrimento psicológico ( $p < 0,01$ ) quando se utiliza o IESSD.

Verbrugge (1985), refere que as diferenças sexuais na saúde são principalmente o resultado de papéis sociais e culturais diferentes, *stress*, estilos de vida, e práticas de saúde preventivas e que homens e mulheres diferenciam-se mais na sua percepção e avaliação quando estão perante doenças prolongadas e/ou crónicas do que em situações de doença aguda.

O senso comum dita que os homens têm mais dificuldade em expressar o sofrimento, evitando demonstrar alguma fraqueza com tal atitude. Existem algumas crenças populares do tipo “*um Homem não chora!*”, “*...isto é para homens...*”, etc. Assim, neste contexto sócio-cultural pode-se entender estes resultados como adequados, para além do que refere Silva & al., citado por Gameiro (1999), em que as mulheres evidenciam um limiar de sensibilidade à dor inferior à dos homens.

Também do ponto de vista psicológico, as representações colectivas sobre a mulher constituem um contributo inegável à interiorização de uma auto-imagem real ou socialmente idealizada, marcada pela fragilidade, pela primazia do afectivo e por uma menor auto-estima. Vários estudos têm demonstrado uma forte relação entre, numa vertente, a sensibilidade à dor, a percepção de sintomas e a tendência a considerá-los como doença, e, noutra vertente, os modelos culturais de relação com a existência (Silva, 1999).

Por outro lado, o maior sofrimento psicológico nas mulheres que nos homens, estará relacionado com um valor mais elevado de morbidade que estas apresentam, nomeadamente ao nível da ansiedade ( $p < 0,01$ ).

Em relação à classe etária, é na classe dos 46 aos 55 anos que se verificam valores mais elevados de sofrimento, embora só ao nível do sofrimento sócio-relacional é que exista significância estatística ( $p < 0,01$ ).

Os doentes situados nesta faixa etária sentem mais dificuldade nas relações sociais com as outras pessoas, pois quer a própria doença, quer os tratamentos, são factores que dificultam contactos sociais. Por outro lado, a doença promove, muitas vezes, troca de papéis sociais, profissionais e até mesmo familiares. Pessoas activas que, por consequência da doença, ficam afastadas dos seus círculos sociais e profissionais. Uma vez, por sua própria iniciativa e vontade, outras obrigadas.

São estes doentes que menos encontram experiências positivas de sofrimento. Esta dificuldade em integrar o sofrimento na sua existência é concordante com a percepção que apresentam do sofrimento. Sentem com maior intensidade a doença e centram nela a atenção.

Ao nível do estado civil, verificou-se um resultado que, aparentemente, é oposto ao que é referido nos mais diversos estudos e que significam o suporte social como um factor essencial não só para o bem-estar dos doentes, mas também importante na recuperação e sobrevivência (Arranz, P. & Cancio, H. 2000; Coelho, M. & Ribeiro, J., 2000; Sirgo, A. & Gil, F. 2000; Winnubst, J., Cuzjin, A., & Ros, W., 1990).

Embora sem significância estatística, quando utilizado o IESSD, verificou-se que o grupo *Casado/União de facto* apresenta, em todos os níveis de sofrimento, valores mais elevados de sofrimento que o grupo *Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado*.

Verificou-se ainda que, os doentes pertencentes ao grupo *Casado/União de facto* apresentam, ao

nível do sofrimento sócio-relacional, um valor mais elevado  $M = 3,4463$  do que o grupo *Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado*  $M = 2,8826$ , com valores  $t(88) = 2,280$  e  $p < 0,05$ .

Na prática clínica, este resultado não causa grande estranheza, na medida em que, diariamente, ouve-se doentes que referem sentirem-se “*como um fardo para a família*”, ou dizerem “*é mais difícil estar doente e pensar em morrer quando temos família e sabemos que vamos deixar quem tanto amamos*”, “*a minha doença só trouxe sofrimento à minha família*”.

Hernández, S. & Durá, E. (2002) referem que as relações interpessoais podem ser afectadas negativamente pela própria doença do paciente e que existem inúmeros estudos que evidenciam que as relações conjugais, familiares e sociais dos doentes com cancro se vêem alteradas em consequência da doença. Paradoxalmente, as redes naturais de apoio ao doente podem estar deterioradas.

A escolaridade também foi um factor onde se verificaram diferenças na percepção do sofrimento, embora só ao nível do sofrimento físico se verificasse significância estatística, onde os doentes com menos escolaridade apresentam maior sofrimento,  $M = 3,4252$  contra um valor  $M = 2,8571$  dos que têm mais que o 6º ano e com  $t(88) = 2,063$  e  $p < 0,05$ .

Como refere Gameiro (1999), estando a escolaridade dos indivíduos associada às suas competências cognitivo-conceptuais, é de admitir que as pessoas com menor nível de escolaridade possuam, em geral, menor capacidade de integração conceptual dos fenómenos perturbadores vividos, sofrendo, desta forma, mais com a doença.

Pode-se concluir que a segunda hipótese “*O nível de sofrimento pode aumentar devido a alguns factores de ordem sócio-demográfica, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, escolaridade e categoria profissional*” é corroborada. O sexo, a idade, o estado civil e a escolaridade, influenciam o sofrimento dos doentes, embora em dimensões diferentes, nomeadamente, ao nível do sofrimento psicológico, sócio-relacional ou físico, respectivamente.

De enfatizar que estes dados podem servir de reflexão para uma melhor compreensão da individualidade de cada doente e da abordagem que deve ser utilizada ao doente que sofre.

É importante que a intervenção psicológica seja direccionada para a Pessoa que sofre, mais do que para o sofrimento, pois este tem várias especificidades decorrentes de quem o “*carrega*”.

#### 1.4. Morbilidade psicológica e “Percepção do sofrimento”

Os resultados obtidos indicam que existe forte correlação entre a morbilidade psicológica (ansiedade e depressão) e a percepção do sofrimento, indiciando que os indivíduos mais perturbados psicologicamente tendem a experienciar mais intensamente o sofrimento. Pode-se afirmar que a morbilidade dos sujeitos está relacionada com todas as vertentes do sofrimento quer sejam psicológicas, físicas, existenciais ou sócio-relacionais.

Por outro lado, verifica-se que, ao nível das experiências positivas de sofrimento, são os indivíduos com menor morbilidade psicológica que apresentam uma maior atitude positiva perante o sofrimento.

Diferentes estudos referem que entre 30% a 50% das pessoas que sofrem de cancro apresentam alguma alteração psicológica (Bárez & al., 2003). Problemas de depressão e ansiedade são os mais frequentes e muitas vezes não são tratados (Fertig, 1997; Maguire, 2000).

Breitbart, citado por Die Trill (2003) refere que a prevalência de depressão em doentes com cancro oscila entre 20% e 25%, aumentando com maiores graus de incapacidade física, doença avançada e presença de dor.

A literatura tem evidenciado que, mesmo em quadros eminentemente orgânicos, a influência dos aspectos psicológicos tem sido relevante na queixa de dor. Estudos mostram que há uma significativa associação entre dor crónica e depressão, podendo a depressão crónica e recorrente preceder e predispor as Pessoas a desenvolverem queixas dolorosas crónicas, assim como, as patologias dolorosas crónicas favorecerem a depressão (Aguiar & al., 2000).

Num estudo de prevalência de depressão e ansiedade em doentes com dor crónica, Castro & al. (2006) encontraram uma relação estatisticamente significativa, o que pode ser atribuído a co-morbidade entre ansiedade e depressão em pacientes com dor crónica.

Como já foi referido anteriormente o sofrimento pode ser sentido, no caso de doença, como uma ameaça, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controlo e ameaça à integridade do eu.

Para Travelbee (1971), o sofrimento é como um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de “desespero maligno”, caracterizada pelo

sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de “negligência de si mesmo”, podendo chegar a um estado terminal de “indiferença apática”.

Perante estes dados, a abordagem destes doentes, embora com maior incidência nas suas queixas psicológicas, não deveria ficar centralizada na sua dimensão psicopatológica, mas antes revestir-se de uma amplitude mais holística e global do adoecer humano, pois são evidentes as perturbações de morbilidade decorrentes dos diferentes tipos de sofrimento, podendo mesmo falar-se de uma retroalimentação entre estes fenómenos.

#### 1.5. “Percepção do sofrimento” e confiança na Equipe de Saúde

Embora não se tenha encontrado valores com significância estatística na percepção do sofrimento e na sua relação com a confiança na Equipa de Saúde, verifica-se que ao nível das experiências positivas de sofrimento, os doentes com valor mais elevado confiam mais ( $p < 0,05$ ) na Equipa de Saúde. Este resultado faz com que seja importante perceber que relação é estabelecida entre os profissionais de saúde e os doentes: 1) ou a forma como os doentes percebem o sofrimento e o modo como o integram ou o vivem, faz com que confiem mais ou menos na Equipa de Saúde; 2) ou a confiança que têm na Equipa de Saúde faz com que percebam o sofrimento com maior ou menor intensidade. Assim, compete aos profissionais de saúde promover, estimular e acompanhar os doentes, na busca de um sentido que facilite uma melhor integração do sofrimento e que este seja vivenciado numa atitude mais positiva de viver a doença.

#### 1.6. Variáveis clínicas e “Percepção do sofrimento”

Não obstante, o cancro provoque uma constelação de emoções negativas no momento do diagnóstico, não é um fenómeno estático, mas pelo contrário, apresenta uma cronologia com diferentes fases onde o paciente tenderá a desenvolver mecanismos adaptativos para enfrentar o *stresse* que comporta cada situação em cada momento (García-Camba, 1999).

Os resultados obtidos corroboram a hipótese 3 do nosso estudo: “*existem diferenças de sofrimento tendo em conta a patologia dos doentes*”, ao verificar-se que os doentes com dor crónica percebem

mais sofrimento que os doentes com cancro ( $p < 0,001$ ).

Alguns doentes com dor crónica têm dificuldade em fazer respeitar o seu sofrimento. Na amostra em estudo 20,5% apresentam um diagnóstico de fibromialgia.

Esta síndrome é uma doença de etiologia desconhecida que se caracteriza por dor crónica generalizada, que o doente localiza no aparelho locomotor (García-Bardón & al., 2006). Os mesmos autores referem que não há evidência de lesões ao nível dos sistemas nervosos central (SNC) e periférico (SNP). As provas objectivas complementares para o diagnóstico (analíticas, radiológicas, etc.) são normais.

Por outro lado, a subjectividade inerente ao fenómeno doloroso, faz com que seja, por vezes, difícil aos doentes transmitir o seu sofrimento, não só à equipa de saúde, mas também ao próprio contexto familiar. Esta dificuldade faz com que o doente se feche no seu sofrimento e evite ser alvo de críticas e incompreensão, quase sempre injustas e providas de grande ignorância de quem as emite.

Provavelmente, pelo seu carácter subjectivo, que tanto dificulta um enquadramento preciso, a dor foi historicamente compreendida e explicada de forma mítica, mística ou religiosa. Dor e sofrimento eram inseparáveis, socialmente tidos como castigos merecidos pela provocação da cólera dos deuses ou ira divina, e ainda martírios necessários para a purificação e a salvação da alma (Miceli, 2002).

Os critérios biológicos estritos, assim como, os exclusivamente psicopatológicos deixam de fora um número elevado de doentes com queixas dolorosas. Exames físicos ou complementares negativos ou incipientes, ou situações diagnosticadas com distúrbios de personalidade ou distúrbio de ansiedade, introduzem na avaliação que o profissional faz da dor do seu paciente, um dado subjectivo desvalorizador desta (Figueiredo, 2001).

A dor crónica é um importante problema de saúde pública que não só causa um tremendo sofrimento pessoal, como também, uma enorme perda económica para os indivíduos e para a sociedade (Castel-Bernal, 2006).

Os resultados encontrados nestes dois grupos enquadram-se no que é constatado na prática clínica. Os doentes oncológicos apresentam uma grande capacidade adaptativa ao desenvolvimento da doença, mesmo quando surgem recaídas. A esperança parece estar mais presente nestes doentes que nos doentes com dor crónica. Estes, como já foi

referido, como têm maior dificuldade em demonstrar a sua doença, mais facilmente vêm desvalorizadas as suas queixas e, conseqüentemente, são menos entendidos e compreendidos no seu processo de doença, fazendo com que o sofrimento seja uma constante nas suas vidas.

### 1. 7. Locus de Controlo da doença e sofrimento na doença

Rotter, citado por Rodríguez-Rosero & al. (2002), refere que o *Locus de Controlo* é um constructo criado para explicar a percepção das Pessoas sobre quem, ou o quê, detém o controlo sobre a sua vida. Essa tendência manifesta-se nas expectativas individuais de alcançar resultados desejados no futuro e está relacionada com o comportamento, na medida em que, esses resultados são percebidos como relevantes para o sujeito e como prováveis de ocorrer.

O controlo, e particularmente a atribuição que dele faz o indivíduo, *Locus de Controlo*, é um dos mediadores cuja influência tem vindo a ser proposta na relação entre agentes de tensão e claudicação do bem-estar mental e físico. Os indivíduos de controlo interno reagem à frustração de um modo mais construtivo e com menos respostas pouco adequadas de tipo agressivo e auto-culpabilizante. Aqui se enquadra a observação de que a internalidade se associa a uma melhor adaptação a situações de doença grave. Contrariamente, os indivíduos com um controlo mais externalizado tendem a tolerar mal as situações de ambigüidade. Nestes indivíduos existe uma elevada correlação entre os acontecimentos situacionais e os quadros sintomáticos (Veríssimo, R. 1996).

No presente estudo verifica-se que o *Locus de Controlo interno* é usado pela grande maioria dos doentes (79,5%) em detrimento do *Locus de Controlo externo*, que é utilizado por apenas 20,5% dos doentes. Dos doentes com cancro, 87,5% apresentam de *Locus de Controlo interno* e 12,5% um *Locus de Controlo externo*. Dos doentes com dor crónica, 70,0% apresentam um *Locus de Controlo interno* e 30,0% apresentam um *Locus de Controlo externo*.

Quando correlacionamos o *Locus de Controlo* com o sofrimento global, através do Termómetro do Sofrimento, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, embora se verificasse maior sofrimento nos doentes que utilizam um *Locus de Controlo externo* ( $M = 6,39$ ), do que aqueles que utilizam um *Locus de Controlo interno* ( $M = 5,56$ ).

O mesmo não aconteceu quando se correlacionou o *Locus de Controlo*, com as várias dimensões do sofrimento, através do IESSD. Encontraram-se significâncias estatísticas ao nível do sofrimento físico, existencial e nas experiências positivas de sofrimento. Os doentes com mais controlo interno tinham valores mais baixos de sofrimento e valores mais elevados ao nível das experiências positivas de sofrimento.

Estes valores estão de acordo com a maioria dos estudos e reforçam a necessidade de fazer com que os doentes sintam que são parte importante do tratamento e da cura, pois só assim, se conseguirá contribuir para uma diminuição efectiva do sofrimento na doença.

## 2. Limitações do estudo

O presente estudo, inicialmente, não tinha como objectivo principal correlacionar a prática religiosa com a percepção do sofrimento, mas sim, correlacionar a Fé em Deus com a percepção do sofrimento. Contudo, surgiu uma questão metodológica que se prendia com o facto de apenas quatro elementos da amostra referirem não ter Fé, nem acreditar em nenhum Deus.

Sendo um estudo realizado com uma amostragem probabilística, do tipo de amostra aleatória simples (Ribeiro, 1999), em que qualquer doente podia ser seleccionado para o estudo, não se poderia condicionar a amostra. Por esta razão, optar-se por avaliar outra dimensão da religiosidade no sofrimento – a prática religiosa.

A avaliação dos resultados, por isso mesmo, não pode deixar de ter em consideração algumas limitações decorrentes, não só desta alteração, mas também do facto de haver poucos estudos sobre este tema a nível nacional. Por outro lado, a sua interpretação deve efectuar-se com alguma prudência evitando-se a sua generalização.

O reduzido número da amostra é um factor que pode ter influência nos resultados, mas a escassez do tempo não permitiu aumentar o seu número.

Outro aspecto a relevar passa pelo desvio padrão da amostra relativo ao tempo médio de doença (M = 57,11 meses, com um desvio padrão de 86,95 meses) e do tratamento (M = 21,82 meses, com um desvio padrão de 36,83 meses). Estes valores possibilitam percepções bastante diferentes do sofrimento, pois cada fase de evolução da doença transmite uma especificidade de emoções e sentimentos que vai variando no decorrer da sua história clínica.

## Conclusão

Num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e do sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual. Para além da difícil resposta à questão do “porquê” da dor/sofrimento – campo das filosofias e religiões -, o cuidado solidário, que alia competência técnico-científica e humana, em relação à dor e ao sofrimento do outro, é uma oportunidade preciosa para nos deixarmos tocar na nossa sensibilidade e nos humanizarmos nesse processo (Pessini, L., 2002).

A pós-modernidade tem colocado o Homem diante de uma crise de sentido de vida sem precedentes. Apesar de ter conseguido um alto grau de domínio tanto na técnica como na ciência, constata-se uma crise de valores, da moral e da ética, gerando sofrimento, decepção e um crescente aumento de violência. O Homem contemporâneo valoriza a matéria, o ter, o poder, relegando para segundo plano o espiritual, o ser, caindo numa profunda crise de sentido de vida, apesar de ser notório o surgimento de uma forte tendência na procura da prática de valores que há muito tinham sido esquecidos, como é o caso da espiritualidade, que até então, não fazia parte das preocupações do meio científico.

Actualmente, verifica-se um grande número de pesquisas relacionadas com a espiritualidade, dando-lhe reconhecimento científico como factor importante, não só, para a cura, como também na prevenção e promoção da saúde do indivíduo, assim como, e sobretudo, na palição. Esse movimento, ainda que tímido, constitui um passo significativo para o entrecruzamento entre os diversos campos do conhecimento. A espiritualidade é uma característica exclusiva do ser humano.

Como refere Viktor Frankl (1989), a dimensão espiritual ou noética é a essência da existência humana. Se é certo que o Homem e os animais são constituídos por uma dimensão biológica, uma dimensão psicológica e uma dimensão social, o Homem é um ser diferente destes porque faz parte do seu ser a dimensão noética. Esta dimensão é considerada superior às demais, sendo também mais abrangente porque inclui as dimensões inferiores, sem negá-las - o que garante a totalidade do Homem.

Recorrendo a uma metáfora arquitectónica, a espiritualidade pode ser entendida como “*a casa completa*”. Os quartos, as salas ou a cozinha, por si só e de forma isolada, não são uma casa, não

têm lógica nem harmonia, nem sentido. Assim se passa com a espiritualidade. As dimensões humanas isoladamente são inconsequentes, não fazem sentido, nem significam o ser humano. É necessária uma dimensão integradora, que dê sentido à Pessoa no seu trajecto existencial, que crie harmonia. Essa é inequivocamente a espiritualidade.

Falar de existência, na sua dimensão espiritual, é falar sobretudo do “ser-responsável” e do “ser humano consciente de sua responsabilidade” (Frankl, 1993).

Como nos diz Levinas (1988), «desde que o outro me olha, sou por ele responsável, sem mesmo ter que assumir responsabilidades a seu respeito; a sua responsabilidade *incumbe-me*. É uma responsabilidade que vai além do que faço».

Trata-se não da *liberdade de* condições biológicas, psicológicas e sociais - a que todo Homem está submetido - mas da *liberdade para* uma tomada de posição diante de todas as circunstâncias, quotidianas ou excepcionais.

A dimensão espiritual é, obrigatoriamente, ou necessariamente, inconsciente. Uma das características mais marcantes desta dimensão é a “auto-transcendência,” ou seja, o Homem é constituído de uma intencionalidade que o dirige para algo ou alguém fora de si mesmo (Frankl, 1993).

Deste modo, vai-se descobrindo no nível do inconsciente a presença da espiritualidade negada por algumas escolas psicológicas, de forma que se pode falar de um inconsciente noético ou espiritual, sendo este inconsciente espiritual justificativo da espiritualidade consciente. Nesta espiritualidade inconsciente radica a consciência entendida como uma “compreensão de valores pré-morais”.

A definição de Ross (1995) da dimensão espiritual foi considerada de extrema utilidade. Para este autor, a espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança/vontade para viver; necessidade de ter Fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e, quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

Viktor Frankl (1993) sublinha que o carácter de “dever” próprio da consciência moral não poderia vir do Homem, mas sim da transcendência - algo maior do que ele - por se constituir como uma palavra segura, de “autoridade”, que guia o querer de modo eficaz em direcção à realização do sentido de vida.

Surge no ser-responsável a necessidade de responder à voz da transcendência, usando a livre vontade, iniciando um relacionamento com o transcendente. Este relacionamento com o transcendente acontece mesmo que não possa ser percebido de maneira consciente, ou seja, é uma ligação intencional com o transcendente ainda que vivida inconscientemente. Assim, o relacionamento com o transcendente revela-se como uma característica humana, ontológica.

A questão da Fé, enquanto dimensão psicológica da Pessoa, que influencia as acções humanas é um tema pouco abordado pela Psicologia.

Se, enquanto psicólogos não se adequa pronunciar sobre o conteúdo de uma Fé, é certo, no entanto, que essas atitudes são experiências vividas pelas Pessoas. A Psicologia pode então explorar essas vivências, e, através delas, os objectos a que se referem. Enquanto intencionais, isto é, enquanto formas de relação, as vivências de Fé, têm os seus referentes objectivos que não podem ser deixados de lado na sua consideração. A Fé refere-se àquilo que efectivamente anima a vida de uma Pessoa ou lhe dá um sentido. Só se pratica Psicologia verdadeiramente humana se essas relações e o significado que têm para a Pessoa se reconstruírem (Vergote, 2001).

O desenvolvimento religioso deverá ser entendido, como o desenvolvimento pessoal, no campo da compreensão e busca do sentido da vida. O desenvolvimento religioso, na sua dimensão de Fé, também deve ser encarado no desenvolvimento pessoal e caminhar com a mesma elevação de outras dimensões pessoais.

No presente estudo, mais prática religiosa não apresenta benefícios na diminuição da percepção do sofrimento na doença. O que se verificou foi que quem mais sofre, mais prática religiosa tem. Para uma melhor compreensão deste fenómeno seria importante estudar e analisar, que tipo de religiosidade se verificaria nestes doentes. *Quem é o meu Deus? Que Deus idealizo eu? É um Deus criado por mim, ou um Deus do desejo?*

Não se tendo abordado, neste trabalho, a análise dos conteúdos da entrevista, é importante salientar que, na análise de conteúdo da definição de Deus se encontraram, sobretudo, significados de segurança e protecção. *Será então que mereço este sofrimento? É legítimo perguntar.*

Vergote (2001) aborda esta temática e coloca uma questão que, passa pela compreensão da religião como sendo uma necessidade ou um desejo. Refere que a religião é a manifestação de um elo afectivo

dos homens religiosos com a sua divindade. Se a religião for uma necessidade, então, apenas é um meio e não conduz à divindade. Por outro lado, se for um desejo, então, pode desembocar em Deus quando o Homem recebe, compreende e aceita a mensagem religiosa que revela a Deus e que o torna presente.

Não tendo sido encontrados resultados que indiquem a existência de benefício da prática religiosa na diminuição da percepção do sofrimento, deve-se sublinhar, contudo, que é no grupo dos doentes com maior prática religiosa, que se encontra o nível mais elevado de experiências positivas no sofrimento. Este importante dado leva a poder afirmar que estes doentes, apesar da intensidade do sofrimento, conseguem encontrar um sentido e significado para o mesmo. Associando a este dado o facto de existir mais prática religiosa em pessoas com mais sofrimento, então, pode-se afirmar, que a prática religiosa é benéfica enquanto mecanismo de adaptação à doença, i. e., enquanto mecanismo de *coping*. Num período em que a doença cria nas pessoas uma percepção de falta de controlo, em que, muitas vezes, a desesperança é marcante nas suas vidas, é através da Fé que conseguem manter a âncora à vida. As pessoas conseguem integrar o sofrimento através da Fé, utilizando, inequivocamente Deus como fonte de segurança, de protecção e de esperança.

As outras duas hipóteses em estudo, foram corroboradas, tendo-se verificado que os factores de ordem sócio-demográfica têm influência directa na percepção do sofrimento, fazendo com que seja necessário ter presente as idiosincrasias de cada Pessoa doente, para evitar a centralização apenas na doença ou no sofrimento e que se descure por a Pessoa.

O facto de existir mais sofrimento nos doentes com dor crónica do que nos doentes com cancro, também deve ser tido em conta pelos profissionais de saúde que, frequentemente, desvalorizam as queixas destes doentes, agravando ainda mais o sentimento de incompreensão e de desesperança existente.

Sem que se pretenda criar um estereótipo da Pessoa que sofre na doença, sentiu-se necessidade de elencar alguns dados, que emergiram da investigação, que possam servir de reforço na diminuição do sofrimento, nomeadamente: ser mulher, ter entre os 46 e os 55 anos, ser casada, possuir baixa escolaridade, ansiedade e dor crónica.

O presente trabalho almeja contribuir para uma maior humanização dos cuidados de saúde que passa inevitavelmente por entender a Pessoa que sofre nas suas diversas dimensões, evitando cair no reducionismo de tratar a doença da Pessoa sem que esta tenha um papel activo nesse processo. Mais do que uma atitude intervencionista, dever-se-á ter uma atitude de acompanhamento.

O presente estudo exploratório, embora limitado por razões objectivas e metodológicas, já anteriormente discutidas, apresentou resultados, alguns confirmatórios e outros inesperados, que merecerão, porventura, estudo posterior. Tanto mais por se tratar de um tema emergente nas preocupações do acto médico, até aqui tão negligenciado.

Sendo, a presente investigação, a este nível e com esta dimensão, uma das primeiras realizadas em Portugal, teve por finalidade uma firme tentativa de constituir um primeiro passo, humilde porém rigoroso, do estudo destas temáticas, que redefina e possibilite o emergir de um sentido de vida numa reorganização holística na Pessoa doente, da qual não se pode excluir a sua espiritualidade, intrínseca a todo o ser humano.

## Bibliografia

1. Aguiar RW, Caleffi L. (2000). Dor crónica. In: Fráguas Junior R. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.407-418.
2. Amatuzzi, M. M. (2001). Esboço de Teoria do Desenvolvimento Religioso. In *Entre Necessidade e Desejo. Diálogos da Psicologia com a Religião*. São Paulo: Loyola.
3. Amatuzzi, M. M. (2003). Fé e Ideologia na Compreensão Psicológica da Pessoa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2003, 16 (3), pp. 569-575.
4. Arranz P., Barbero J. J., Barreto P. & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona. Editora Ariel S. A.
5. Arranz, P. & Cancio, H. (2000). Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. In Gil, F. (Ed.), *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia.
6. Barbour, I. (1990). *Religion in an age of science. The Gifford Lectures 1989-1991* (Vol. I). San Francisco: Harper.
7. Báñez, M., Blasco, T. & Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, Vol. 19, nº 2 (diciembre), 235-246.
8. Berdiaff, N. (1961). *Cinco Meditações sobre a Existência*. Lisboa: Guimarães Editores.
9. Botelho, J. B. (1991). *Medicina e religião: conflito de competências*. Manaus: Metro Cúbico.
10. Bovbjerg, O (1990). Psychoneuroimmunology and cancer. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford Press.
11. Brow, C & Benjamins, M., 2004. Religion and preventive health care utilization among the elderly. *Social Science & Medicine*, 58: 109-118.

12. Cabral, M. & Vala, J. (2000). Atitudes Sociais dos Portugueses. *Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Boletim de divulgação* nº 2, Março de 2000. Lisboa.
13. Cano-Videl, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad Estrés* 5 (2-3), 129-143.
14. Cano-Videl, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2 (1), 71-80.
15. Carvalho, M. M. (2000). Imunologia, estresse, cancro e o programa Simonton de auto-ajuda. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 10 (1), 27-30.
16. Carvalho, M. M. (2002). Psycho-oncology: History, Characteristics and Challenge. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166.
17. Castel-Bernal, B., García-Bardón, V., & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica*, 2006; 2 Supl. 1: 44-49.
18. Castro, M., Quarantini, L., Daltro, C., Kraychette, D. & Miranda-Scippa, A. (2006). Prevalência de Ansiedade, Depressão e Características Clínico-epidemiológicas em Pacientes com Dor Crônica. *Revista Baiana de Saúde Pública. jul./dez. 2006 v.30 n.2*, p.211-223.
19. Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 79-87.
20. Die Trill, J. & Goyanes, A. D. (2003). El cancer y sus tratamientos. In Die Trill, M. (Org.). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES ediciones, S. L.
21. Die Trill, M. (2003). Los transtornos del estado del ánimo. In Die Trill, M. (Org.). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES ediciones, S. L.
22. Direção-Geral da Saúde - *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa, nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.
23. Durá, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicologia, Saúde & Doenças* 1 (1), 27-43.
24. Emmons, R. A. & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Reviews Psychology*, 54, 377-402.
25. Faria, J. B. & Seidl, E. M. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(3), pp. 381-389.
26. Fertig, D. L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis and treatment. *The Breast Journal*, 3, 292-302.
27. Fichter J.(1981). Religion and pain. *Theology today*, 38.
28. Figueiredo, M. & Araújo-Soares, V. (2001). Dor: a Hidra de Sete Cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2001, Jul-Dez, Vol. 3, nº 2, 159-184.
29. Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G. & al (2003). Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37, nº 4.
30. Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. San Francisco: Harper & Row.
31. Frankl, V. E. (1989). *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante.
32. Frankl, V. E. (1993). *A presença ignorada de Deus*. Petrópolis, Rio Janeiro: Vozes.
33. Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
34. Freud, S. (1973). *Obras completas de S. Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
35. Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
36. García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Possibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2006; 2 Supl. 1: 38-43.
37. García-Camba, E. (1999). Psiquiatria de Enlace y Cáncer. In *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
38. Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G. & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86-93.
39. Hernández, S. & Durá, E. (2002). Programas de apoio social para enfermos oncológicos. In Dias, M. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
40. Hoge, D. R. (1996). Religion in America: the demographics of belief and affiliation. Em E. P. Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 21-41). Washington: APA.
41. Holland, J. C. & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological cure of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
42. Infopédia (2007). Dicionários e enciclopédia em língua portuguesa. 2003-2007 Porto Editora. www.infopedia.pt. Acedido em 2007.
43. João Paulo II (1998). *Fides et Ratio*. Vaticano.
44. Johnson, Mark R. D., 2004. Faith, Praier, and Religious Observances. *Clinical Cornerstone. Diversity in Medicine*, Vol. 6 (1): 17-24.
45. Koenig, Harold, 2004. Spirituality, Wellness, and Quality of Life. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, Vol. 2 (2): 76-82.
46. Landsberg, P. L. (1952). *Problèmes du personnalisme*. Paris : Seuil.
47. Le Shan, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus.
48. Levinas, E. (1988). *Ética e Infinito. Diálogos com Philippe Nemo*. Lisboa. Edições 70.
49. Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558.
50. Mako, C., Galek, K. & Poppito S.R. (2006). Spiritual pain among patients with advanced. *Journal of Palliative Medicine*, Oct; 9(5):1106-13.
51. Mannheim Karl (1952). *Ideologie und Utopie*, 3ª edição. Frankfurt.
52. Marques, A. R. e cols. (1991). *Reações Emocionais à Doença Grave: Como lidar... Consulta de Risco - Clínica Psiquiátrica dos H. U. C.* Edição Psiquiatria Clínica: Coimbra.
53. Marsden, G. M. & Longfield, B. J. (Orgs.) (1992). *The secularization of the academy*. New York/Oxford: Oxford University Press.
54. Miceli, A. (2002). Dor Crônica e Subjectividade em Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(3): 363-373.
55. Moorey, S. & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
56. Morris D. B. (1991). *The future of pain*. Morris DB. The culture of pain. Berkeley: University of California Press, 1991; 267-290.
57. Orbell, S., Hagger, M., Brown, V., Tidy, J. (2004). Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy following an abnormal cervical screening result. *British Journal Health Psychology* 9 (4), 533-555.
58. Paiva, Geraldo J. (2000). *A religião dos cientistas. Uma leitura psicológica*. São Paulo: Loyola.
59. Paiva, Geraldo J. (2002). Ciência, Religião, Psicologia: Conhecimento e Comportamento. *Revista Psicologia, Reflexão e Crítica*, 2002, 15 (3), pp. 561-567.
60. Pareto, Vilfredo (1984). *Tratado de sociologia geral (selecção de capítulos)*. In: Rodrigues, José Albertino (Org.). *Pareto: Sociologia*. São Paulo: Ática.
61. Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
62. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, USA: The Guilford.
63. Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1, 710-724.
64. Pessini, L. (2002). Humanização da dor e do sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista de Bioética*. Novembro de 2002.

65. Reimão C. (1994). *A concepção de Pessoa*. Jornadas Comemorativas – 1º Centenário da Casa de Saúde da Idanha. Lisboa.
66. Ribeiro, José Luis Pais (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
67. Ribeiro J., Silva I., Ferreira T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.
68. Rodríguez-Rosero J.E., Ferriani, M.G.C. & Dela Coleta M.F. (2002). Escala de Locus de controle da saúde - MHLc: estudos de validação. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, 2002, março-abril; 10(2):179-84.
69. Ross, L., (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1995; 32:457-68.
70. Sancho M. G. (1998). Dolor y sufrimiento. El problema del sentido. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 5: 144-158, 1998.
71. Shafranske, E. P. (1997). Practices in the search for meaning: A response to Hefner. *International Journal for the Psychology of Religion*, 7, 161-166.
72. Silva, L. F. (1999). Saúde das mulheres. O Género, determinante cultural da saúde. *Revista de Epidemiologia. Arquivos de Medicina*, 13(Supl. 5):31-34.
73. Simonton, C., Simonton, S., & Creighton, J. (1987). *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus.
74. Sirgo, A. & Gil, F. (2000). Intervención Psico-Educativa y Terapia de Grupo en Pacientes con Cáncer. In Gil, F. (Ed.), *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia.
75. Sloan, R.P. & Bagiella, E. (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1): 14-21.
76. Sousa, Paulo L. R.; Tillmann, Ieda A.; Horta, Cristina L.; Oliveira, Flávio M. (2002). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria na Prática Médica, Volume 34*, nº 4. Centro de Estudos - Departamento de Psiquiatria - UNIFESP/EPM.
77. Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, Vol. 54 (3): 269-282.
78. Stefanek, M, McDonald, P. & Hess, S., (2005). Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, Vol. 14 (6): 450-463.
79. Tix, A. P. & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal for Consulting & Clinical Psychology*, 66, 411-22.
80. Travelbee, Joyce (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
81. Winnubst, J., Cuzjin, A., & Ros, W. (1990). Social support and cancer: Main themes and problems. In Schmidt, L. & col. (Eds.), *Theoretical and Applied Aspects of Health Psychology*. New York: Harwood Academic Publishers.
82. WHO (2006). Cancro. Nota Descritiva nº 297. Fevereiro de 2006.
83. World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation*, (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23). Geneve.
84. Verbrugge, L. (1985). Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 26, No. 3 (Sep., 1985), pp. 156-182.
85. Vergote, A. (2001). Necessidade e desejo da religião na óptica da psicologia. In Paiva, G. (Org.). *Entre Necessidade e Desejo. Diálogos da Psicologia com a Religião*. São Paulo: Loyola.
86. Veríssimo, R. (1996). Expectativas de Controle no Contexto da Personalidade. Ainda a propósito da estrutura factorial do IPC de Levenson. *Acta Médica Portuguesa*, 1996; 9:21-28.
87. Vivar, C. G. & McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 51 (5), 520-52