

EXPERIÊNCIAS SUBJECTIVAS DE SOFRIMENTO EM DOENTES ONCOLÓGICOS: PERCEÇÃO DA DOENÇA E RELIGIOSIDADE

Helena Norinha Sobral

Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde – ‘Experiências Subjectivas de Sofrimento em Doentes Oncológicos: Percepção da Doença e Religiosidade’

Orientador: Carlos Alves Marques.

Co-Orientador: Manuel Henriques Gameiro

Data da defesa: 20/10/06

INTRODUÇÃO

Actualmente, os profissionais de saúde e, em particular, os enfermeiros são crescentemente confrontados com doentes oncológicos, independentemente do serviço onde trabalhem. De facto, segundo a Organização Mundial de Saúde (Stewart e Kleihues 2003), no ano 2000, 5.3 milhões de homens e 4.7 milhões de mulheres desenvolveram tumores malignos e 6.2 milhões morreram da doença. Em Portugal, de acordo com a Direcção Geral de Saúde (2001), morreram no ano de 1999, devido a tumores malignos, 20934 pessoas. No ano 2000, foram sujeitas a internamento hospitalar por neoplasia 75348 pessoas, aumentando este numero para 78467 no ano 2001 (DGS 2004).

Por outro lado, estima-se que, em 2020, 12% da população mundial morrerá de cancro e, nos países industrializados, mais de um em cada quatro morrerá desta doença. Neste cenário, não nos parece exagerado afirmar que o cancro significa a ‘dilaceração, pelo sofrimento, da vida de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo’ (Stewart e Klehues 2003: 9). A dimensão deste problema é de tal forma grave que é imperioso reflectir sobre as diferentes envolventes relacionadas com a doença, desde as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, à orgânica das estruturas de saúde, de forma a responder adequadamente às necessidades efectivas dos indivíduos, desde o diagnóstico à cura ou morte.

Quando um cancro é diagnosticado, o paciente pode necessitar de tratamento especializado durante meses ou mesmo alguns anos. As principais formas de terapia – cirurgia, radioterapia e quimioterapia – embora determinantes para uma evolução favorável da doença, constituem-se, muitas vezes, em novas fontes de sofrimento para o doente. O sofrimento é, portanto, algo transversal a estas doenças e como refere Gameiro (1999: 17), o tema do sofrimento na doença, enquanto experiência subjectiva, ‘tem sido alvo de reflexão fenomenológica e existencial, tendo gerado múltiplas tipologias das componentes fundamentais desta experiência, ao mesmo tempo, altamente individual e sujeita a várias condicionantes sociais e culturais’. Para este autor, o sofrimento nas doenças graves e de mau prognóstico é, muitas vezes, tão intenso que o doente ‘se sente agrilhado à sua condição e envolto numa bruma tão densa que lhe limita a capacidade de fruir o presente e o ânimo para investir no futuro’ (idem: 13). Como enfermeiros, não podemos ficar indiferentes, porque o alívio do sofrimento é para nós um imperativo ético (Wright 2005), enquanto especialistas no cuidar.

Na literatura desta área, encontram-se várias abordagens conceptuais acerca do sofrimento, enquanto experiência de fragilidade e vulnerabilidade (Renaud, 2006) e, como tal, vivida de forma íntima e única por cada indivíduo. Travelbee (1978) define o sofrimento como um sentimento de desprazer, variando de um simples desconforto mental, físico ou espiritual, até uma angústia extrema, podendo evoluir para uma fase que Travelbee apelida de ‘desespero maligno’, caracterizado pelo sentimento de abandono e expresso, através de uma conduta de ‘negligência de si mesmo’, podendo chegar a um estado terminal de ‘indiferença apática’ (ap. Hobbles e Lansinger 1989).

Um dos autores de referência na abordagem desta temática, Cassell (1991: 24), explica o sofrimento como ‘um estado de desconforto severo provocado por uma ameaça actual ou percebida como eminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo.’ O sofrimento surge com a perda da capacidade de realizar o(s) seus objectivo(s) da pessoa, porque o indivíduo, normalmente, centra-se no seu projecto de vida, enquanto a doença, a dor ou o sofrimento podem significar a derrota de tais intenções. Assim, aquele autor considera que ‘nos humanos, a dor e o sofrimento são distintos, e que pode haver dor (ou outros sintomas físicos) sem sofrimento e sofrimento sem tais sintomas’.

Neste sentido, a pessoa que sofre precisa de um apoio que não pode apenas orientar-se pelo objectivo, aparentemente legítimo e imediato de ‘diminuir o sofrimento’, ou seja, pretender, de qualquer forma, que a pessoa deixe de sofrer, recorrendo, frequentemente, a situações de certa forma alienantes, como o ‘encobrimento da verdade, o abuso de drogas psico-inibidoras e, em casos extremos, a promoção da eutanásia’ (Gameiro 1999: 23). Os profissionais de saúde só poderão ajudar, de forma efectiva, estes doentes, se compreenderem melhor como sofrem, o que os faz sofrer mais e, partindo deste conhecimento, planear os cuidados de forma a minorar o seu sofrimento. Pode mesmo ser necessário alterar práticas instituídas e desenvolver formação específica nesta temática.

Um aspecto que é muito importante aprofundar são as representações cognitivas do doente acerca da sua doença, constituindo uma fonte, eventualmente injustificada, de sofrimento. De acordo com Reis (1998), as significações pessoais são parte integrante do estado de saúde da pessoa e estão intimamente ligadas a significações mais latas sobre si própria, sobre o mundo e imbuídas em sistemas sócio-culturais (Reis e Fradique 2004).

Tradicionalmente, a medicina tem focado o papel dos factores psicológicos na etiologia ou nas consequências psicopatológicas da doença, enquanto a abordagem da percepção da doença parte da experiência do doente e a principal ênfase é no próprio modelo do paciente sobre a sua condição (Weinman e Petrie 1997). Tal como as pessoas constroem representações sobre o mundo exterior, para explicar e prever acontecimentos, ‘os pacientes desenvolvem modelos cognitivos similares sobre as alterações da corporalidade que reflectem qualquer sintoma passageiro ou doença mais prolongada’ (idem:113).

Outra área que tem vindo a despertar um interesse crescente na psicologia contemporânea é o papel da religiosidade no comportamento e no funcionamento psicológico (Lewis et al. 2001). Hennezel & Leloup (1998) consideram que a espiritualidade tangente a relação do homem com os valores que o transcendem, independentemente do

nome que lhes atribui; e nem sempre a dimensão espiritual do sofrimento do doente é tida em conta ou acompanhada pelos profissionais de saúde ou mesmo familiares.

Deste modo, citando McIntyre (1999, com prefácio de Gameiro), o desenvolvimento de 'perfis individuais de experiência de sofrimento na doença' pode tornar-se num instrumento importante de rastreio de situações de risco, bem como contribuir para o 'planeamento de intervenções biopsicossociais mais individualizadas e informadas nesse mesmo sofrimento, permitindo um cuidar mais científico e humanizado' (idem: 18-19).

Com este padrão de referências teóricas, o objectivo deste trabalho de dissertação é estudar a relação entre a percepção da doença e as experiências subjectivas de sofrimento na doença oncológica, compreendendo, em particular, o papel da religiosidade, no alívio do sofrimento destes doentes.

MÉTODO

Tendo em conta o objectivo do estudo, desenvolvi um desenho metodológico que permitisse descrever o sofrimento do doente oncológico e analisar a relação deste com a *percepção da doença* e a *fé religiosa*, bem como identificar outras variáveis relevantes para a natureza desta investigação.

Trata-se de uma investigação quantitativa, do tipo correlacional, analisando a relação entre diferentes variáveis em estudo, através da verificação de hipóteses de associação (Lobiondo-Wood e Haber 2001). Este estudo possui também um carácter descritivo, tendo em conta a identificação de variáveis relevantes (sócio-demográficas e tempo de doença) nas experiências subjectivas de sofrimento dos doentes oncológicos.

População e Procedimentos

A população alvo deste estudo é composta pelos doentes do foro oncológico, em tratamento ou em consultas de vigilância, no Hospital de Dia do Hospital de S. Teotónio, em Viseu. A investigação foi realizada com base numa *amostra consecutiva*, isto é, composta por todos os indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão, durante um período previamente determinado, ou até alcançar um número definido de sujeitos (Hulley e Cummings, 1993).

Assim, a amostra foi constituída por doentes do foro oncológico, adultos (com idades entre os 20 e os 65 anos), do Hospital de Dia do Hospital de S. Teotónio de Viseu, durante os meses de Agosto a Novembro de 2005. Neste sentido, excluíram-se os doentes em situação de cuidados paliativos e doentes com patologia psiquiátrica diagnosticada. Para além disso, foram consideradas condições de inclusão os doentes apresentarem boa orientação no tempo e no espaço, bem como manifesta capacidade para ler, interpretar e responder por escrito ao questionário. De acordo com estas condições, a amostra do estudo foi constituída por 71 doentes.

Sempre que o doente aceitava responder, e após ser assegurado o carácter estritamente voluntário, confidencial e anónimo do questionário, era preenchida, por mim, a primeira página do questionário (acerca de informações sócio-demográficas e clínicas), com base numa pequena entrevista, e, seguidamente, era fornecido ao respondente o

questionário e uma esferográfica, sendo dados alguns esclarecimentos e procurando não ultrapassar o conteúdo apresentado no texto do próprio questionário.

A caracterização da amostra é feita com base nas características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e categoria profissional) e clínicas (tipo de neoplasia, tipo de tratamento e tempo de doença).

Características Sócio-demográficas

A amostra é constituída por 39 mulheres (54,90 %) e 32 homens (45,10 %). Em relação à idade, são os doentes que integram o grupo etário 56-65 anos os mais representados (50,71%), seguindo-se o grupo etário 46-55 anos (28,17%) e o grupo 25-35 anos (5,63%). A amostra apresenta uma média de idades de 53 anos.

No que se refere ao estado civil, predominam, de forma clara, os indivíduos casados ou vivendo em união de facto (81,69%), seguindo-se os viúvos ou divorciados (11,27%) e, por último, os indivíduos solteiros (7,04%).

Relativamente à escolaridade, mais de metade dos sujeitos da amostra têm até 4 anos de escolaridade (57,75%), mas o grupo imediatamente a seguir tem 13 ou mais anos de escolaridade (15,49%), correspondendo, na maioria dos casos, a indivíduos com bacharelato ou licenciatura.

A caracterização profissional foi feita, segundo a Classificação Internacional de Profissões (1994), utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística. Neste sentido, encontra-se um elevado número de donas-de-casa (25,35%), constituindo cerca de um terço da amostra, sendo o grupo mais representado. A seguir, surgem os indivíduos com profissões que integram o Grupo 9 (Trabalhadores não qualificados; 16,90%), sendo os menos representados os que integram os Grupos 7 (Operários, artífices e trabalhadores similares; 4,23%) e 8 (Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 4,23%). É de salientar que um número significativo de indivíduos (15,49%) pertence a grupos de quadros superiores ou intelectuais/ científicos (Grupos 1 e 2), em sintonia com o número de indivíduos com formação superior, anteriormente referido. Em contraste, surge um número pouco elevado de reformados. Na realidade, porém, há mais elementos da amostra que se encontram na situação de reformados, mas como as suas reformas eram idênticas aos salários que usufruíam enquanto em situação activa, optei por considerar a profissão exercida anteriormente para efeito da caracterização sócio-demográfica.

Variáveis

Para além das variáveis socio-demográficas, referidas acima, são incluídas, como *variáveis clínicas*, o *tipo de neoplasia*, o *tipo de tratamento* e o *tempo de doença*. A variável tipo de neoplasia corresponde ao diagnóstico do doente, enquanto a variável tipo de tratamento refere-se ao tratamento que o sujeito estava a fazer no momento de aplicação do questionário e, igualmente, o(s) tratamento(s) efectuado(s) anteriormente. Relativamente ao tempo de doença, considera-se o tempo desde o diagnóstico até ao momento do questionário, contabilizado em meses.

Desta forma, predominam os sujeitos com neoplasias gastro-intestinais (35,21%), seguindo-se os indivíduos com neoplasias hematológicas (23,94%) e com neoplasias da mama ou ginecológicas (18,31).

No que se refere ao tipo de tratamento, a cirurgia em combinação com a quimioterapia é o tipo de tratamento mais frequente (46,48%), o que concorda com os diagnósticos predominantes na amostra, sendo este o tipo de tratamento mais usado nos casos de neoplasias gastro-intestinais e mamárias. Segue-se a quimioterapia, usada de forma isolada (28,17%), o que poderá estar relacionado com o facto de ser o tratamento de eleição das neoplasias hematológicas, que ocupam o terceiro lugar, relativamente aos diagnósticos mais frequentes dos indivíduos da amostra.

Podemos ainda constatar que mais de metade dos doentes (54,93%) têm entre 6 e 60 meses (5 anos) de confronto com a doença. Seguem-se os diagnosticados há menos de 6 meses (38,03%) e apenas 5 doentes (7,04%) vivem com a doença há mais de 60 meses (5 anos).

As três variáveis centrais deste estudo são: *experiências subjectivas de sofrimento na doença, percepção da doença e fé religiosa*.

Instrumentos

Tendo em conta o carácter intrinsecamente individual do sofrimento da pessoa doente, bem como dos fenómenos relacionados, nomeadamente, a percepção da doença e a força da fé religiosa, decidi recolher os dados, através de um questionário de auto-preenchimento (excepto o questionário socio-demográfico e clínico), constituído por quatro componentes, apresentados ao doente pela ordem seguinte:

- Questionário sócio-demográfico e clínico (autora).
- Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença – IESSD (McIntyre e Gameiro 1999).
- Illness Perception Questionnaire – Revised - IPQ-R (Moss-Morris et al. 2002).
- Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – SCSRFQ (Plante e Boccaccini 1997 ap. Lewis et al. 2001).

Questionário Socio-Demográfico e Clínico

Este questionário constituía a primeira parte da ficha de colheita de dados e era preenchido por mim própria, fazendo parte da entrevista inicial na abordagem do doente. O questionário é composto por oito questões de resposta curta ou alternativa. Em relação às variáveis sócio-demográficas, foram registadas informações relativas à idade, sexo, escolaridade, profissão e estado civil. No que concerne às variáveis clínicas, foram registadas informações relativas ao diagnóstico (tipo de neoplasia), tipo de tratamento (actual e anterior) e tempo de doença.

Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença (IESSD)

Este inventário é constituída por 44 itens de resposta tipo Likert que varia entre: (1) não corresponde nada ao que se passa comigo / *é totalmente falso*; (2) corresponde pouco ao que se passa comigo; (3) corresponde bastante ao que se passa comigo; (4) corresponde muito ao que se passa comigo; (5) corresponde totalmente ao que se passa comigo / *é totalmente verdadeiro*.

O IESSD permite, assim, avaliar a intensidade de sofrimento na situação de doença, no global e nas cinco dimensões: *sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento*

mento existencial, sofrimento sócio-relacional e experiências positivas do sofrimento. Este inventário mostrou uma elevada fidelidade no estudo do construto *sofrimento na doença* (alfa de Cronbach = 0,950).

Illness Perception Questionnaire – IPQ-R

O questionário original, da autoria de Weinman et al. (1996), baseado no modelo de auto-regulação de Leventhal et al. (1997), foi desenvolvido como uma medida quantitativa de acesso a cinco componentes da representação da doença: identidade, consequências, tempo de doença, controlo sobre a cura e controlo sobre a causa (ap. Ogden 2004). A tradução para a versão portuguesa é da responsabilidade de Vera Araújo-Soares, Ana Trovisqueira e Teresa McIntyre. O tratamento estatístico foi feito com base na sintaxe proposta pelos autores originais.

O IPQ revisto por Moss-Morris et al. (2002) compreende oito escalas:

Identidade – consiste numa lista de sintomas percebidos desde o início da doença (e.g. dores, náuseas), de modo que os respondentes assinalam a sua existência (1) ou inexistência (0) e o facto de estarem relacionados com a sua doença (1) ou não (0). A identidade consiste na soma dos sintomas identificados como presentes e relacionados com a doença, no sentido em que quanto maior a pontuação, maior a identificação dos sintomas com a doença. Os restantes componentes deste instrumento são avaliados, segundo uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre (1) discorda plenamente; (2) discorda; (3) não concorda nem discorda; (4) concorda; (5) concorda plenamente.

Duração (aguda/crónica) – constituída por 6 itens (e.g. a minha doença dura pouco tempo). Maior pontuação significa a percepção de doença mais prolongada ou crónica.

Duração (cíclica) – constituída por 4 itens (e.g. os sintomas da minha doença mudam bastante de dia para dia). Neste caso, maior pontuação significa que o doente percebe a doença como tendo um carácter cíclico.

Consequências – constituída por 6 itens (e.g. a minha doença é grave). Maior pontuação reflecte uma percepção de maior gravidade da doença.

Controle Pessoal – constituída por 6 itens (e.g. há muita coisa que eu possa fazer para controlar os meus sintomas). Maior pontuação nesta escala tem um sentido positivo, significando que o doente acredita na possibilidade de controlo da doença, pelo seu comportamento.

Controle de Tratamento – constituída por 5 itens (e.g. o tratamento é eficaz na cura da minha doença). Maior pontuação significa que o doente acredita que a sua doença é controlável pelo tratamento médico.

Coerência da Doença – constituída por 5 itens (e.g. tenho uma ideia clara sobre a minha doença); maior pontuação significa que o doente compreende a sua doença, percebendo a situação como coerente.

Representação Emocional – constituída por 6 itens (e.g. fico deprimido quando penso sobre a minha doença). Maior pontuação está associada a sentimentos negativos acerca da doença (medo, perturbação, irritação, preocupação).

A consistência interna das escalas apresentou valores que variaram de $\alpha = 0,511$ a $\alpha = 0,858$. A escala *controlo de tratamento* apresenta a menor consistência interna,

enquanto as escalas *representação emocional* e *coerência da doença* são as que mostraram maior fidelidade.

Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – SCSRFQ

Este instrumento é uma medida breve de auto-relato, compreendendo 10 itens que medem a força da fé religiosa, indiferentemente da denominação ou filiação religiosa. A avaliação faz-se através de uma escala de Likert de quatro pontos que varia entre (1) discorda plenamente; (2) discorda; (3) concorda; (4) concorda plenamente. Quanto mais elevada a pontuação, mais forte é a fé religiosa. Este instrumento também apresentou uma elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,940.

RESULTADOS

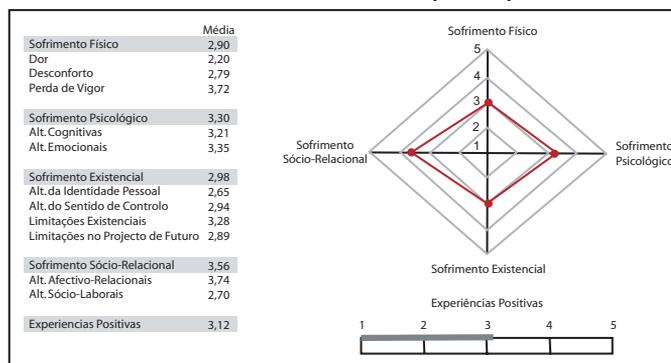
De um modo geral, podemos considerar que os resultados obtidos apontam para valores de intensidade de sofrimento bastante elevados, quase sempre acima dos valores intermédios das escalas (3,00, considerando o valor médio dos scores), variando desde 2,90 a 3,56. De salientar que um quarto dos doentes respondentes referem intensidades de sofrimento nas quatro dimensões (psicológica, física, existencial e sócio-relacional), com valores médios iguais ou superiores a 3,63.

Observando a Figura 1, verifica-se que é a dimensão *sofrimento sócio-relacional* aquela que apresenta valores de intensidade de sofrimento mais elevados ($\bar{X} = 3,56$; 25% dos doentes referem uma intensidade de sofrimento igual ou superior a 4,33). Todavia, é a temática *alterações afectivo-relacionais* a que apresenta maior intensidade de sofrimento, com um valor médio de 3,74, enquanto a temática *alterações sócio-laborais* tem um valor bastante inferior ($= 2,70$). Segue-se a dimensão *sofrimento psicológico* ($= 3,30$), sendo a temática *alterações emocionais* a que apresenta um valor médio mais elevado ($= 3,35$). A dimensão *sofrimento existencial* apresenta um valor médio inferior ($= 2,98$), sendo a temática *limitações existenciais* a que revela mais intensidade de sofrimento ($= 3,28$).

Por outro lado, a dimensão *sofrimento físico* é aquela que apresenta valores mais baixos ($= 2,90$), constatando-se, comparativamente, que a temática *perda de vigor* assume um valor bem mais elevado ($= 3,72$).

As *experiências positivas de sofrimento*, traduzindo sentimentos de optimismo e esperança, revelam valores, de certa forma, elevados ($= 3,12$; 25% dos doentes referem expectativas positivas, com uma intensidade igual ou superior a $= 4,00$).

Figura 1 – Perfil de sofrimento nos doentes oncológicos com base no 'IESSD' (N = 71).



Relação entre a 'Percepção da Doença' e as 'Experiências Subjectivas de Sofrimento'

Os dados empíricos confirmam a existência de relações significativas e altamente significativas entre a maioria dos componentes, que nos permitem avaliar a percepção da doença e as dimensões *sofrimento psicológico*, *sofrimento físico* e *sofrimento existencial*. As *experiências positivas de sofrimento* são aquelas que menos se relacionam com a *percepção da doença*. No entanto, verifica-se uma relação significativa entre a crença na eficácia do tratamento e a manifestação de expressões de optimismo e esperança ($r = 0,374$, $p < 0,010$). Em sentido inverso, a *percepção da doença*, como crónica e de carácter cíclico, associa-se à diminuição da esperança ($r = -0,289$, $p < 0,05$; $r = -0,347$, $p < 0,01$).

No que respeita ao *controlo pessoal*, parece que a percepção de que o seu comportamento pode ajudar na evolução da doença minora o *sofrimento psicológico* ($p < 0,01$) e *existencial* ($p < 0,01$), como se a sensação de poder contribuísse para melhorar a situação da doença, fazendo a pessoa sentir-se melhor consigo própria e com os outros.

No caso de uma maior identificação da doença com os sintomas, o doente revela mais *sofrimento físico*, *existencial*, *psicológico* e *sócio-relacional*, verificando-se relações altamente significativas ($p < 0,010$).

A percepção de *consequências graves* está fortemente relacionada com todas as dimensões das *experiências de sofrimento*, isto é, quanto maior é a percepção de gravidade, maior tende a ser a intensidade de sofrimento revelada pelos doentes. A situação é idêntica para a *representação emocional*, reflectindo sentimentos negativos, como ansiedade, perturbação, irritação, medo, etc.

Os dados mostram ainda que quando a doença tem um significado coerente para o doente, isso pode 'amortecer' o seu sofrimento, embora não se evidencie como determinante para o desenvolvimento de sentimentos de optimismo e esperança.

Em suma, os dados empíricos confirmam a existência de relações significativas entre as cognições e representações emocionais da doença e as *experiências de sofrimento*.

Relação entre as 'Experiências Subjectivas de Sofrimento' e a 'Fé Religiosa'

Embora os dados obtidos revelem uma fé religiosa forte, isto não se traduz, porém, em alívio do sofrimento. No caso dos homens, as dimensões *sofrimento psicológico*, *sofrimento existencial* e *sofrimento sócio-relacional*, apresentam uma relação positiva significativa ($p < 0,05$), ou seja, quanto mais forte é a fé religiosa, mais intenso tende a ser o sofrimento psicológico. No caso das doentes do sexo feminino, porém, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a *fé religiosa* e as *experiências de sofrimento*.

Por outro lado, é também importante analisar a relação entre as *experiências de sofrimento* e a *fé religiosa*, em função da idade dos doentes. Constatamos que nos doentes mais novos (com idades inferiores a 50 anos), não se verificam relações estatisticamente significativas. Em contrapartida, nos doentes mais velhos, constata-se relações significativas ($p < 0,05$) entre o *sofrimento psicológico* e o *sofrimento sócio-relacional* e a *fé religiosa*, embora no sentido de quanto mais forte a força da fé religiosa, mais intenso o sofrimento.

Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença, em Função de Outras Variáveis Sócio-demográficas e Tempo de Doença.

Sexo

Analisando a variação das *experiências de sofrimento*, em função do *sexo*, os resultados indicam que as mulheres evidenciam sofrimento mais intenso do que os homens, nas dimensões *sofrimento psicológico* e *sofrimento físico*, enquanto os homens demonstram sofrimento mais intenso nas dimensões *sócio-relacional* e *existencial*. No entanto, as mulheres revelam mais expectativas positivas que os homens. No entanto, pela aplicação dos testes t, verificamos que essas diferenças não são significativas ($p > 0,05$), podendo inferir que as *experiências subjectivas de sofrimento* não são substancialmente diferentes entre homens e mulheres.

Idade

A intensidade do sofrimento parece aumentar com o avançar da idade. Todavia, os testes de significância não confirmam que essa relação seja estatisticamente significativa ($p > 0,05$). O mesmo não acontece, porém, com as *experiências positivas de sofrimento*, uma vez que os dados revelam uma relação negativa significativa ($p < 0,05$), ou seja, à medida que a *idade* avança, os sentimentos de optimismo e esperança tendem a diminuir. Os resultados deste estudo não confirmam, de qualquer forma, a relevância da *idade* como determinante nas *experiências de sofrimento* dos doentes oncológicos.

Estado Civil

Para analisar a relação entre o *estado civil* e as *experiências de sofrimento* são considerados dois grupos: casados (inclui casados e pessoas a viver em união de facto) e não casados (inclui solteiros, divorciados e viúvos). Nesta sentido, observa-se que os valores médios de intensidade de sofrimento nas dimensões *psicológico*, *físico*, *existencial* e *sócio-relacional* são ligeiramente mais elevados nos doentes da amostra não casados.