



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O *COPING* NA PESSOA  
COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
mestre em Enfermagem

Por  
Rui Manuel Jarró Margato

Novembro, 2010





CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O *COPING* NA PESSOA  
COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
mestre em Enfermagem

Por  
Rui Manuel Jarró Margato

Sob orientação de Prof. Paulo Joaquim Pina Queirós

Novembro, 2010



## RESUMO

No âmbito da evidência prática, no contexto da prestação de cuidados a pessoas com tumor do aparelho locomotor, constatamos que a doença oncológica acarreta alterações drásticas no estilo de vida das pessoas, para as quais não estão preparadas, não dispondo de estratégias adequadas para se adaptarem à nova situação de vida. Este processo é brusco e inesperado, sendo influenciado pela representação que as pessoas têm da sua doença.

Com este estudo pretendemos conhecer a representação da doença e o *coping* das pessoas com tumor do aparelho locomotor. O aprofundar do conhecimento sobre a representação da doença, vai permitir identificar focos de atenção de enfermagem no domínio da adaptação, com vista a ajudar as pessoas com tumor do aparelho locomotor no seu processo de transição.

Na tentativa de melhor conhecer este fenómeno, realizámos um estudo descritivo-correlacional, através do qual pretendemos compreender a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor, determinar a existência de relação com as estratégias de *coping*, com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

A amostra do estudo é constituída por 64 pessoas com tumor do aparelho locomotor, uma semana após iniciar tratamento com quimioterapia, no período de Janeiro a Junho de 2009, internados no serviço de Ortopedia B - Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).. Desta forma, temos uma amostra não probabilística acidental, constituída por pessoas entre os 40-49 anos, repartidos entre os dois géneros (34 representam o sexo masculino e 30 representam o sexo feminino), com formação do ensino superior (40,60%). Relativamente à categorização profissional, são essencialmente operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas, dos quais 67,20% são activos. Apresentam como características clínicas o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor, que se situa entre os seis e os dezassete meses (59,40%) e a vivência de experiências de doença oncológica, com familiares (53,90% da amostra). Os sintomas mais frequentemente referidos são os vómitos/náuseas e cansaço, correspondentes a 82,80% da amostra, seguida pela queda de cabelo que corresponde a 62,50% da amostra.

Para obtermos uma representação fiável das variáveis em estudo, recorreremos a três instrumentos de colheita de dados: o questionário sócio-demográfico, o Revised

Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP).

Verificámos que as pessoas da amostra apresentam uma forte representação da doença que explica, através de um modelo de regressão linear, 79,90% das estratégias de *coping* utilizadas. Neste sentido, as pessoas que têm a percepção de estar a viver uma doença crónica (“Duração aguda/crónica), as que têm a percepção de estar a viver uma doença periódica (“Duração cíclica”) e as pessoas que atribuem significados emotivos à doença (“Representação emocional”), usam mais estratégias de *coping* no geral, sendo que as estratégias de resolução de problemas mais usadas pelas pessoas da amostra são o “Confronto e resolução activa dos problemas”, as “Estratégias de controlo das emoções” e a “Agressividade internalizada/externalizada”.

A representação da doença varia de acordo com o tempo de diagnóstico do tumor, visto que o factor “Coerência da doença” aumenta de acordo com o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor e o factor “Representação emocional” diminui à medida que o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor aumenta. Verificamos também que a representação da doença se correlaciona negativamente com a idade nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e “Controlo pessoal”, ou seja, à medida que a idade aumenta, a representação da doença diminui nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”.

## **ABSTRACT**

As part of the evidence of practice, in the context of providing nursing care to individuals with bone and soft tissue tumors, we found that malignant disease causes drastic changes in lifestyle of individuals for which they are unprepared, lacking adequate strategies to adapt to the new life situation. This process is sudden and unexpected, and is influenced by the image that individuals have of their illness.

The aim of this study is to better understand the disease representation and coping strategies of individuals with soft and bone tissue tumors. The deepening of knowledge about the representation of disease in individuals with locomotor system tumors, will allow to identify nursing focus of intervention in the adaptation area in order to help individuals with bone and soft tissue tumors in its transition process.

In the attempt to understand this phenomenon, we conducted a descriptive, correlational study, through which we tried to identify the representation of the disease, and determine the existence of a relationship with coping strategies and socio-demographic and clinical data.

The sample study comprises 64 patients with bone and soft tissue tumors, a week after starting chemotherapy treatment, in the period from January to June 2009, admitted in Orthopaedics B - Soft and Bone Tissue Tumors Unit, of Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). Thus, we used a non-probability accidental sample consisting of individuals between 40-49 years, divided between the two genders (34 males and 30 females), with the tertiary level education (40.60%). Regarding the professional categorization, the sample individuals are mainly semi-skilled workers, small businessmen and landowners, of which 67.20% are active. As clinical variables we have the time elapsed since the diagnosis of bone and soft tissue tumor and the experience of previous forms of chronic disease. The most frequent symptoms referred were vomiting/nausea and fatigue corresponding to 82.80% of the sample, followed by hair loss that corresponds to 62.50% of the sample.

To obtain a reliable representation of the variables under study, we used three data collection tools: a socio-demographic questionnaire, the Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) and Problem-Solving Inventory (IRP).

We found that the surveyed individuals have a strong disease representation that explains, through a linear regression model, 79.90% coping strategies used. In this sense, individuals who perceive to be living a chronic illness ("Length acute/chronic"),

who have the perception to be living a recurrent disease ("Length cyclical") and that individuals attach emotional meanings to illness ("Emotional Representation"), use more coping strategies in general. The coping strategies more often used by individuals in the sample, are "Active confrontation and resolution of problems", "Strategies for emotions control " and "Aggressiveness internalized / externalized".

The illness representation varies with the time of tumor diagnosis, whereas the factor "Consistency of disease" increases with the time elapsed after the tumor diagnosis, and the factor "Emotional representation" decreases as the time elapsed after tumor diagnosis increases. We also found that the illness representation is negatively correlated with age in the factors "Duration (acute/cyclic)" and "Personal control", ie as age increases, the representation of the disease reduces the factors "Length (acute/ cycle) "and "Personal control ".

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós pela orientação científica, pelo seu estímulo e apoio, contribuindo com importantes sugestões na elaboração deste trabalho, bem como na sua revisão.

Aos HUC, ao serviço de Serviço de Ortopedia B - Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, aos seus profissionais e aos seus doentes, pela disponibilidade e pelas condições de trabalho proporcionadas.

Aos meus Pais pela força e apoio sempre presentes, nos momentos bons e maus, estando sempre ao meu lado para me orientar.

Ao meu Irmão pela amizade e cumplicidade que partilhamos desde que nasceu.

À Tânia, pelo amor e compreensão incondicionais, por ter sempre acreditado e ajudado, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

Finalmente, a minha gratidão é extensível a todos aqueles que, apesar de não serem explicitamente mencionados, contribuíram de alguma forma, directa ou indirectamente, para a prossecução deste trabalho.

Dedico este trabalho à memória do meu avô Jarró.



## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
 <b>PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
 <b>CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	 <b>21</b>
1 SAÚDE E DOENÇA.....	22
1.1 Modelo de auto-regulação do comportamento em saúde de Leventhal.....	26
1.2 Representação da Doença e <i>Coping</i> .....	31
1.3 <i>Stress</i> .....	36
1.4 Transições.....	38
2 DOENÇA ONCOLÓGICA – CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	42
 <b>PARTE DOIS: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	
 <b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....</b>	 <b>47</b>
1 OBJECTIVOS E TIPO DE ESTUDO.....	48
2 QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	49
3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
4 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	51
4.1 Operacionalização das Variáveis.....	52
5 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	59

5.1	Questionário Sócio-Demográfico.....	59
5.2	<i>Revised Illness Perception Questionnaire</i> (IPQ-R).....	60
5.3	Inventário de Resolução De Problemas (IRP).....	60
6	PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	61
7	TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	63
 <b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>		<b>64</b>
1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	65
2	A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	68
2.1	Relação da representação da doença com as estratégias de <i>coping</i> na pessoa com tumor do aparelho locomotor.....	68
2.2	Relação da representação da doença com o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor.....	74
2.3	Relação entre a representação da doença com o sexo da pessoa com tumor do aparelho locomotor.....	75
2.4	Relação da representação da doença com a idade da pessoa com tumor do aparelho locomotor.....	76
2.5	Relação entre a representação da doença com o nível de escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor.....	77
2.6	Relação da representação da doença com a vivência de experiências de saúde anteriores de familiares, na pessoa com tumor do aparelho locomotor.....	79
 <b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>		<b>80</b>
1	RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM AS ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	81
2	RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O TEMPO DECORRIDO APÓS O DIAGNÓSTICO DE TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	85
3	RELAÇÃO ENTRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O SEXO DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	86

4	RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM A IDADE DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	87
5	RELAÇÃO ENTRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	88
6	RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM A VIVÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE ANTERIORES, NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR.....	89
	<b>CONCLUSÕES GERAIS.....</b>	<b>90</b>
	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES.....</b>	<b>95</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>96</b>

**ANEXO I** – Questionário

**ANEXO II** – Consentimento Informado

**ANEXO III** – Pedido de autorização para aplicação do questionário

**ANEXO IV** – Autorização para a aplicação do questionário

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1 - Modelo de auto-regulação do comportamento de Leventhal.....	28
Figura nº 2 - Transições: Teoria de Médio Alcance (Meleis <i>et al.</i> , 2000).....	40

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1 - Distribuição dos itens pelos factores do IRP (40 itens).....	54
Quadro nº 2: Distribuição dos elementos da amostra segundo as características sócio-demográficas (n=64).....	67
Quadro nº 3 - Resumo estatístico referente às dimensões do IPQ-R (n=64).....	69
Quadro nº 4 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP (n = 64).....	71
Quadro nº 5 - Resumo estatístico comparativo referente aos factores do IRP.....	72
Quadro nº 6 – Estatísticas descritivas da sub-escala “Identidade da Doença”.....	73
Quadro nº 7 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o IPQ-R e o tempo de diagnóstico de tumor (n = 64).....	74
Quadro nº 8 - Resultado da aplicação do teste <i>t</i> para grupos independentes entre o IPQ-R e o sexo (n = 64).....	75
Quadro nº 9 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o IPQ-R e a idade do indivíduo (n = 64).....	76
Quadro nº 10 - Médias para o IPQ-R pelos níveis de escolaridade (n=64).....	78
Quadro nº 11 - Resultado da aplicação do teste <i>t</i> para grupos independentes entre o IPQ-R e a vivência de experiências de saúde anteriores (n = 64).....	79

## **LISTA DE SIGLAS**

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

OMS – Organização Mundial de Saúde

IPQ-R – Revised Illness Perception Questionnaire

IRP – Inventário de Resolução de Problemas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

## INTRODUÇÃO

Actualmente a enfermagem constitui-se como uma disciplina, fundamentando as suas práticas no conhecimento decorrente da investigação desenvolvida pelos enfermeiros, e de processos de reflexão sistemática sobre a prática. Entendendo os cuidados de enfermagem à luz do mandato social da profissão, numa perspectiva portadora de sentido para a pessoa cuidada, a nossa atenção centra-se nos processos adaptativos que a pessoa mobiliza para lidar com os fenómenos de transição, dotando-a de capacidades e competências para se tornar menos vulnerável aos prejuízos causados pela disfunção física, social ou afectiva.

Numa época em que o desenvolvimento tecnológico dotou a humanidade de processos que lhe permite prolongar a vida, compreender o seu lugar no universo e os fenómenos que o constituem, vivemos diariamente, nos contextos dos cuidados de saúde, uma alienação da simplicidade, das características que fazem de nós pessoas, com a desumanização das relações interpessoais e a conseqüente ameaça à dignidade humana.

A doença oncológica desenvolve-se de forma lenta e silenciosa, iniciando-se por um processo unicelular e desenvolve-se progressivamente até à formação de tumores que invadem os tecidos adjacentes, podendo metastizar para outros locais (Santos, 2006).

No âmbito da evidência prática, no contexto da prestação de cuidados a indivíduos com tumor do aparelho locomotor, constatamos que a doença oncológica acarreta alterações drásticas no estilo de vida das pessoas, para as quais não estão preparados, não dispondo de estratégias adequadas para se adaptarem à nova situação de vida. É um processo brusco e inesperado, sendo influenciado pela representação que as pessoas têm da sua doença.

As pessoas com tumor do aparelho locomotor, são confrontadas com uma doença rara, de mau prognóstico, muitas vezes em idade jovem, sendo submetidas a tratamentos de quimioterapia com efeitos secundários bastante agressivos, havendo necessidade de recorrer a cirurgias mutilantes. A maioria dos osteossarcomas são tumores de alto grau de malignidade, desenvolvendo-se preferencialmente nas pernas ou braços, e são caracterizados pela formação de tecido ósseo que cresce como uma bola, formando uma massa circular, que pode eventualmente penetrar no córtex ósseo para formar uma zona reactiva (Wittig *et al.*, 2002).

O estudo da representação da doença é relevante na medida que tem em consideração o conceito individual de saúde/doença, a forma como se interpreta os sinais e sintomas, as causas atribuídas e a imagem criada para a representar. Esta conceptualização está em conformidade com as convicções individuais sobre os comportamentos relacionados com a saúde e a interpretação conferida às consecutivas ameaças sentidas no dia-a-dia (Santos, 2006).

Desta forma, as percepções da doença consistem na organização das representações ou crenças que as pessoas têm sobre a sua condição de saúde. Recentemente considera-se que estas percepções são determinantes nos comportamentos individuais, estando intimamente ligados à forma como a pessoa lida com a doença, aceita o estado de saúde ou gere o regime terapêutico, actuando como uma estrutura para o desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com a doença (Leventhal *et al.*, 1997).

O presente estudo usará o modelo da auto-regulação de Leventhal como uma modelo conceptual para analisar a representação da doença das pessoas com tumor do aparelho locomotor.

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de coping mais referida na literatura. Para estes autores, o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos da pessoa.

Neste sentido, e por forma a efectivar os ganhos em saúde nas pessoas com tumor do aparelho locomotor, os enfermeiros devem compreender o significado que estas atribuem à sua doença, ajudando-as ao longo do processo adaptativo, e trabalhar as estratégias de *coping* subjectivas que melhor respondam às necessidades de adaptação ao processo de transição.

As mudanças na saúde e na doença das pessoas criam um processo de transição, que pode ser definida como “*a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro... transição refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa - ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação*” (Meleis *et al.*, 2000, p.12). As pessoas em processos de transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem, por sua vez, repercutir-se no estado de saúde. Como um conceito central na enfermagem, a transição

tem sido analisada nos seus componentes e tem definido uma estrutura para articular estes componentes.

Desta forma, e tendo em consideração que as repostas da pessoa às situações de doença se constituem como focos de atenção altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem intervir de forma intencional junto das pessoas que vivenciam fenómenos de transição saúde/doença.

Com o presente estudo pretendemos conhecer a representação da doença e o *coping* das pessoas com tumor do aparelho locomotor. Ao aprofundar o conhecimento sobre a representação da doença, é possível identificar focos de atenção de enfermagem no domínio da adaptação, com vista a ajudar as pessoas com tumor do aparelho locomotor no seu processo de transição.

Por esta ordem de razões justifica-se e é pertinente o estudo desta temática, já que a sua relevância clínica pode ser enorme e a investigação neste domínio é diminuta, o que levou a elaborar a seguinte questão central de investigação: “De que forma a representação da doença influencia o *coping* nas pessoas com tumor do aparelho locomotor?”

Tendo em consideração a questão de investigação, foram delineados os seguintes objectivos:

- Descrever a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor;
- Descrever as características de *coping* nas pessoas com tumor do aparelho locomotor;
- Verificar qual a relação existente entre a representação da doença e o *coping* nas pessoas com tumor do aparelho locomotor;
- Verificar se existe relação entre a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor e as seguintes variáveis: tempo de internamento; sexo; idade; nível de escolaridade e vivência de experiências de doença crónica com familiares.

Sob ponto de vista metodológico, para além da pesquisa bibliográfica e da prática reflexiva, recorreremos à aplicação de um questionário às pessoas com tumor do aparelho locomotor, internados no Serviço de Ortopedia B - Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor dos H.U.C..

Em termos estruturais, este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas. A primeira, consiste na fundamentação teórica, para nos situar no estudo a realizar. Para a sua elaboração, documentámo-nos sobre os aspectos que considerámos mais importantes para a compreensão do estudo, e que permitisse construir um quadro conceptual que proporcionasse o suporte teórico necessário à fundamentação do trabalho. Realizámos para tal, uma criteriosa selecção bibliográfica das obras mais pertinentes no âmbito da temática em estudo.

A segunda parte consiste na investigação empírica, na qual descrevemos a metodologia na realização do estudo, a apresentação e a análise dos resultados obtidos, seguindo-se a sua discussão. Na discussão dos resultados, tentamos interpretar os dados, relacionando-os não só com a fundamentação teórica, como com outros estudos no mesmo domínio.

## **PARTE UM**

### ***ENQUADRAMENTO TEÓRICO***



## **CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O referencial teórico aborda os principais conceitos que permitem sustentar o estudo. Deste modo, neste capítulo procede-se a uma revisão da literatura sobre os aspectos relacionados com a representação da doença e o *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor, que se consideram essenciais para a compreensão do estudo realizado.

Este capítulo consiste assim numa revisão sistemática da literatura, na qual se faz referência ao processo de saúde-doença e doença oncológica.

## 1 – SAÚDE E DOENÇA

Uma das consequências do avanço da tecnologia no domínio da saúde, mais especificamente na área da oncologia, é a elevada taxa de sobrevivência entre as pessoas que sofrem deste tipo de afecções. Este aumento da sobrevida coloca-nos perante um grande desafio: se há cada vez mais sobrevida nas pessoas com doença oncológica, também existe uma crescente necessidade de intervenção dos enfermeiros junto delas. Entre as necessidades de intervenção, são de primordial importância as que se referem à manutenção ou recuperação da qualidade de vida, tornando-se essencial compreender o papel da pessoa no aparecimento, desenvolvimento e gestão da sua doença (Justo, 2002).

Um dos problemas com os quais os profissionais de saúde têm de lidar na pessoa com doença oncológica é a multiplicidade e a simultaneidade de sofrimentos vivenciados, porque decorrentes de uma doença grave, por vezes fatal, que acarreta amplas limitações para a sua funcionalidade, com repercussões para os territórios da interacção familiar, profissional e social, facto muito condicionado pelos tratamentos a que a doença obriga e que induzem efeitos secundários graves, acrescido à necessidade de ser muitas vezes necessário recorrer a cirurgias mutilantes (*Idem*).

A dificuldade em obter uma definição consensual do termo saúde reside no facto de ser um estado difícil de objectivar, visto decorrer da percepção que cada pessoa tem da sua condição, tornando-o de complexa mensuração. É um conceito associado a dimensões culturais, ao estatuto sócio-económico, à idade e aos valores. De facto, todos nós possuímos definições de saúde próprias, baseadas nas experiências de vida (Bolander, 1998).

A saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado. Tal visão de saúde foca-se na totalidade da natureza da pessoa, no seu domínio físico, social, estético e moral, em detrimento de somente alguns aspectos do comportamento humano e fisiologia (Watson, 2002).

O conceito de saúde variou ao longo do tempo, evoluindo desde a simples ausência de doença, até ao conceito adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), que define saúde como “*a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente*”. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida

diária, não o objectivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

Deste modo, a saúde não se constitui como um objectivo por si, mas sim como um meio para atingir o bem-estar ou felicidade. Um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia, durante mais tempo, para se empenhar nas actividades de vida diárias, a nível cultural, familiar, lazer ou outras, sendo um meio para alcançar os objectivos de vida potenciais, entre aqueles que, num determinado momento histórico e cultural, são considerados ideais (Ribeiro, 2005).

Não obstante, o conceito de saúde presente nos Enunciados Descritivos do Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.6), considera que a saúde é *“o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”*. Deste modo, a representação de saúde é um estado subjectivo, pelo que a saúde não pode ser considerada como oposta ao conceito de doença. De acordo com o mesmo documento (2001, p.6) *“a representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural”*.

A exploração do conceito de saúde permite ajudar a clarificar o conceito de doença.

A concepção de doença remete-nos para a identificação de alguns conceitos provenientes da língua inglesa - *disease, illness* e *sickness* - e que em português significam respectivamente - *“ter uma doença”*, *“sentir-se doente”* e *“comportar-se como doente”*. O primeiro conceito, *“ter uma doença”*, pode ser considerado um acontecimento biológico, que está relacionado com mudanças anatómicas, fisiológicas ou bioquímicas, ou com a combinação destas. Refere-se a uma ruptura na estrutura ou função de uma parte do corpo, de um sistema ou subsistema. O conceito *“sentir-se doente”* consiste num acontecimento humano, que é consequência da interacção da pessoa com o seu meio e resulta numa configuração de desconforto e desorganização psicossocial. Por último, o conceito *“comportar-se como doente”* consiste numa identidade social, num estatuto ou papel assumido pela pessoa que foi classificada como

não saudável. Neste contexto, é possível à pessoa sentir-se doente sem ter uma doença, tal como é possível a pessoa ter uma doença e não se sentir doente (Ribeiro, 2005).

O actual paradigma dos cuidados de enfermagem coloca ênfase na promoção da saúde, auto-cuidado e prevenção de doenças, através da promoção de estilos de vida saudáveis (Lawrence & Schank, 1993 *apud* Mahasneh, 2001). Para que os enfermeiros possam intervir sobre os estilos de vida e as preocupações das pessoas, é necessário visualizarem a saúde na perspectiva das pessoas de quem cuidam, produzindo para tal conhecimento sobre as suas percepções de saúde, comportamentos, estilos de vida e preocupações, de modo a identificarem necessidades em cuidados de enfermagem que se constituam como foco da prática profissional dos enfermeiros.

As percepções de saúde são as formas como as pessoas compreendem e interpretam a sua saúde. A pesquisa mostrou que as percepções de saúde reflectem de forma precisa os factores determinantes de saúde, bem como as suas normas culturais (Lundberg & Manderbacka, 1996 *apud* Mahasneh, 2001).

Os comportamentos de saúde são as actividades desenvolvidas por pessoas que acreditam que são saudáveis, a fim de evitar futuros problemas de saúde, tais como comer uma dieta equilibrada, praticar exercício físico regular, etc.. Incluem a realização de exames de rotina, tais como o auto-exame da mama e *check-ups* regulares. Comportamentos saudáveis também envolvem a não adopção de hábitos nocivos, tais como o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas (Taylor, 1991 *apud* Mahasneh, 2001).

Os recentes desenvolvimentos no domínio da enfermagem têm contribuído para o aprofundar de modelos explicativos dos comportamentos relacionados com a saúde, com vista a compreender a aceitação e a própria adesão não só aos tratamentos como aos comportamentos de saúde (Santos, 2006)

O estudo da representação da doença oncológica é levado a cabo tendo em consideração o conceito individual de saúde/doença, a forma como se interpreta os sinais e sintomas, as causas atribuídas e a imagem criada para a representar. Esta conceptualização está em conformidade com as convicções individuais sobre os comportamentos relacionados com a saúde, e a interpretação conferida às consecutivas ameaças sentidas no dia-a-dia (*Idem*).

Dispomos de uma grande variedade de termos para descrevermos os pensamentos que caracterizam a realidade por nós percebida ou que construímos nesse pensar (Moniz e Barros, 2005).

Para a maioria ocidentais, ser saudável é a norma, durante a maior parte do tempo de vida. Assim, o significado de estar doente provém daquilo que subjectivamente significa ser saudável (Ogden, 2000).

As percepções da doença consistem na organização das representações ou crenças que as pessoas têm sobre a sua condição de saúde. Recentemente considera-se que estas percepções são determinantes nos comportamentos individuais, estando intimamente ligados à forma como a pessoa lida com a sua doença, aceita o estado de saúde ou gere o regime terapêutico (Leventhal *et al.*, 1997).

Existe um padrão consistente na forma como as pessoas estruturam as suas percepções de doença, que contém geralmente um componente respeitante à identidade no qual o nome da doença desempenha um papel importante, assim como os sintomas que a pessoa acredita estarem associados à circunstância. Estas têm igualmente uma opinião sobre a causa da doença e o tempo que irá durar. Além disso, os componentes da percepção da doença incluem a opinião sobre as consequências pessoais da condição para a pessoa e sua família, assim como a extensão a que a doença é possível de ser controlada através dos tratamentos (Leventhal *et al.*, 1980 *apud* Keith *et al.*, 2007).

Neste contexto, existem elementos importantes a considerar, nomeadamente a opinião das pessoas sobre a sua condição de saúde, que está frequentemente em desacordo com as opiniões dos profissionais, visto que os profissionais de saúde geralmente não estão a par das ideias das pessoas sobre sua condição, sendo uma área frequentemente descurada. As percepções das pessoas variam bastante; mesmo as aquelas com doenças semelhantes e em idêntico estadió de desenvolvimento podem partilhar ideias díspares da sua doença (Keith *et al.*, 2007)

O estudo actual usará o modelo da auto-regulação de Leventhal como uma estrutura para investigar as cognições da doença das pessoas com tumor do aparelho locomotor. O conceito central do modelo é a representação ou a cognição que as pessoas têm sobre sua doença. A representação da doença dá significado subjectivo aos sintomas, e discute-se que actua como uma estrutura para o desenvolvimento de estratégias de *coping*. Leventhal *et al.*, (1997) sugerem que as pessoas dão forma às ideias sobre sua doença segundo cinco dimensões de representação.

## 1.1 – Modelo de Auto-Regulação do Comportamento em Saúde de Leventhal

O termo auto-regulação refere-se à forma como os sistemas actuam no sentido de alcançar determinados fins, assim como às estratégias e recursos mobilizados para tal. Os objectivos da auto-regulação são as experiências concretas e percebidas, os sintomas físicos e sensações, as disposições e emoções, os sentimentos de vigor e competência gerados pelas determinantes biológicas e psicossociais da pessoa. Os procedimentos e estratégias escolhidos para a regulação são definidos pelas características da ameaça à saúde, os recursos individuais e o contexto social e cultural (Leventhal, *et al.*, 2003).

As cognições da doença podem ser entendidas como crenças implícitas do senso comum que a pessoa tem sobre as suas doenças, fazendo parte do seu conhecimento individual (Ogden, 1999). As crenças podem também ser entendidas como o principal equipamento para a pessoa lidar com a realidade. Este equipamento não é apenas um produto das necessidades e defesas básicas, nem é moldado directamente do mundo que nos rodeia. Ele constitui a necessidade de equilíbrio entre as imposições de funcionamento interior e o meio ambiente (Neto, 1998, *apud* Santos, 2006).

A relação existente entre as cognições abstractas, nomeadamente sentimentos de vulnerabilidade e as experiências concretas, geralmente associada aos sintomas, é decisiva tanto para a construção das emoções, como para a conceptualização das ameaças da doença (Leventhal, *et al.*, 2003).

Leventhal começou sua investigação no final dos anos 60 e início de 70 do século passado, analisando a forma como as mensagens de medo em situações agudas podem levar as pessoas a adquirir comportamentos saudáveis, tais como o uso cintos de segurança ou deixar de fumar (Leventhal *et al.* 1980). Este autores verificaram que diferentes tipos de informação são necessários para influenciar as atitudes e acções, por forma a responder a uma ameaça à saúde e bem-estar. Ao desenvolver o seu modelo inicial, Leventhal e colaboradores queriam determinar de que forma as pessoas vítimas de doenças crónicas se adaptavam e que mecanismos de *coping* utilizavam para lidar com a sua doença. Assim, propuseram um modelo de sistema adaptativo organizado hierarquicamente, baseado em três constructos, nomeadamente a representação da doença; o planeamento de estratégias de *coping* e o seu resultado; e a avaliação do resultado dessas estratégias adaptativas (Nerenz e Leventhal, 1983).

Leventhal *et al.* (1997) sugeriram que as crenças sobre a doença proporcionavam aos doentes o apoio de um esquema para o *coping* com a doença, compreensão da própria doença, e o que devem ter em atenção para o caso de ficarem doentes. Integrada nesse sistema de crenças, podemos considerar que a representação da doença contém um número de atributos cognitivos, de acordo com os quais as experiências de doença são organizadas e que são a base para a adopção de mecanismos de coping para lidar com as ameaças à saúde. Identificaram assim cinco dimensões cognitivas destas crenças, nomeadamente:

- Identidade: refere-se ao nome atribuído a uma doença (o diagnóstico médico) e aos sinais e sintomas que lhe estão associados.
- Causa percebida da doença: ideia sobre a causa percebida da sua doença. Estas representações são baseadas na informação recolhida a partir da experiência pessoal, bem como nos pareceres de outros significativos, profissionais de saúde e comunicação social, reflectindo condicionantes como stress, poluição ambiental ou outros.
- Dimensão temporal: crença sobre a previsão acerca do tempo que a doença pode durar, se é aguda ou crónica. Estas crenças serão reavaliadas à medida que o tempo avança. Tem sido sugerido que dentro de cada doente crónico está um doente agudo questionando-se sobre o que aconteceu.
- Consequências: podem reflectir as percepções dos doentes sobre os possíveis efeitos da doença nas suas vidas (consequências físicas, emocionais e sociais ou a combinação de diferentes factores).
- Possibilidade de cura e controlo da doença: crenças sobre se a doença pode ser curada ou controlada e que papel a pessoa desempenha neste aspecto.

Leventhal incorporou a sua descrição de crenças de doença no modelo de auto-regulação do comportamento de doença. Este baseia-se em abordagens de resolução de problemas e sugere que as pessoas lidam com as doenças/sintomas da mesma forma que fazem com outros problemas. O modelo assume que, perante um determinado problema ou mudança no estado da pessoa, esta ficará motivada para resolvê-lo e restabelecer o seu estado de normalidade. Os modelos tradicionais descrevem a resolução do problema em três fases:

1. Interpretação: tornar o problema compreensível;
2. *Coping*: lidar com o problema de modo a voltar ao estado de equilíbrio;
3. Avaliação: estimar quanto a fase de coping foi bem sucedida.

De acordo com os modelos de resolução de problemas, estas fases continuarão até que as estratégias de *coping* sejam bem sucedidas e o estado de equilíbrio seja atingido. Em termos de saúde e doença, se o ser saudável é o estado normal, então qualquer início de doença será interpretado como um problema e a pessoa estará motivada para restabelecer o seu estado de saúde (Leventhal *et al.*, 1997).

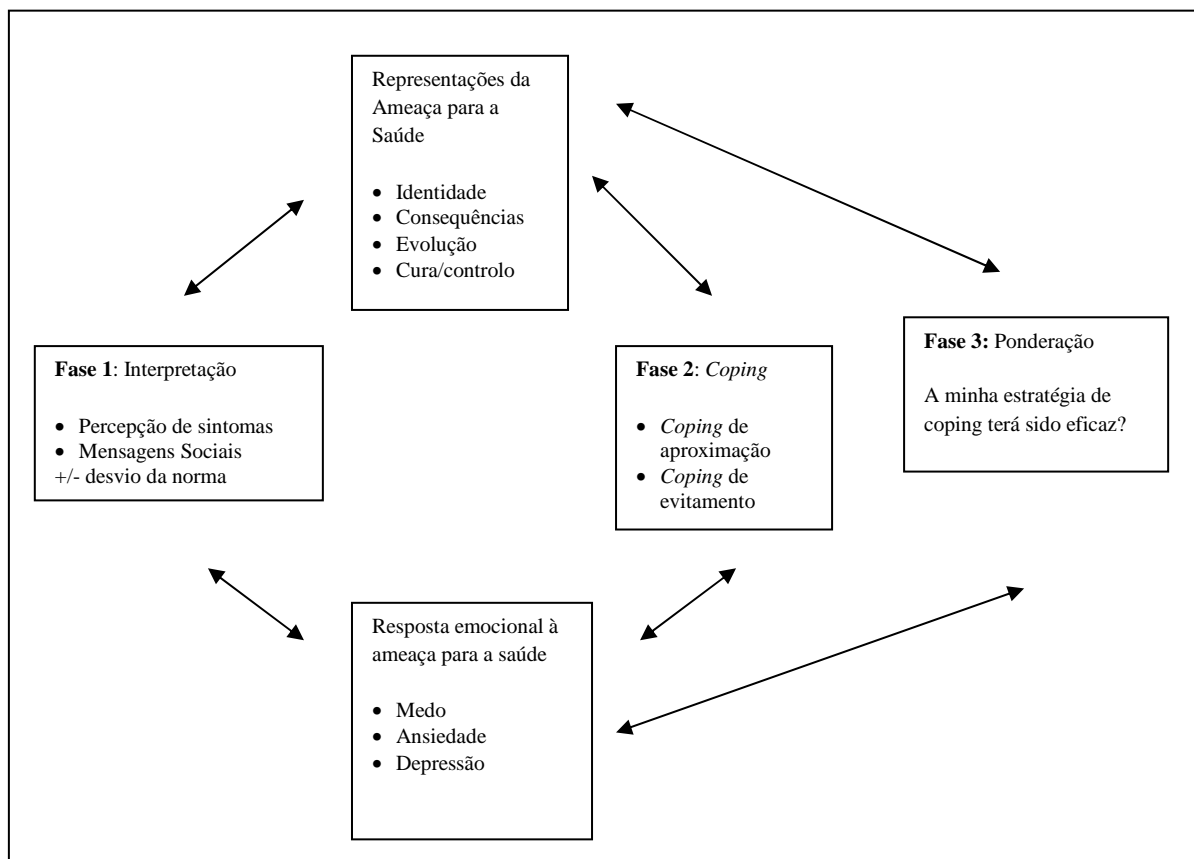


Figura nº 1 - Modelo de auto-regulação do comportamento de Leventhal (Leventhal *et al.* 1997)

## **Fase 1 – Interpretação**

A pessoa pode ser confrontada com o problema de uma potencial doença através de dois canais: percepção dos sintomas (tenho uma dor no peito) ou mensagens sociais (o médico diagnosticou esta dor como sendo angina de peito). De acordo com as teorias de resolução de problemas a partir do momento em que, através destes canais, a pessoa tenha recebido a informação sobre a possibilidade de ter uma doença, estará então motivada para voltar ao seu estado de normalidade. Tudo implica atribuir sentido ao problema. De acordo com Leventhal *et al.* (1997), pode-se dar sentido ao problema ao aceder às cognições que a pessoa tem acerca da doença. Como tal, os sintomas e as mensagens sociais irão contribuir para o desenvolvimento dessas mesmas cognições de doença que são construídas de acordo com as seguintes dimensões: identidade, causa, consequências, dimensão temporal, cura/controlo. Estas representações cognitivas do problema dar-lhe-ão sentido e permitirão à pessoa desenvolver e considerar as estratégias adequadas de *coping*.

No entanto, a representação cognitiva não é a única consequência da percepção dos sintomas e das mensagens sociais. A identificação do problema de doença também resultará em mudanças no estado emocional. Por exemplo, perceber o sintoma da dor e receber a mensagem social, indicando que esta poderá estar relacionada com a doença coronária pode resultar em ansiedade. Como tal, quaisquer estratégias de *coping* terão de estar relacionadas tanto com as cognições de doença como com o estado emocional da pessoa.

## **Fase 2 – Coping**

A fase seguinte do modelo é o desenvolvimento e a identificação das estratégias adequadas de *coping*. O *coping* pode ser assumido de várias formas, tendo sido definidas duas amplas categorias de *coping* que incorporam a multiplicidade das outras estratégias: *coping* de aproximação, em que a pessoa encara e explora as emoções subjacentes à sua doença, e *coping* de evitamento, em que a pessoa nega a realidade de estar doente.

### Fase 3 – Ponderação

A terceira e última fase do modelo de auto-regulação é a ponderação, que consiste na avaliação individual da eficácia da estratégia de *coping* e a resolução de continuar com essa ou optar por outra.

As limitações do modelo biomédico em explicar a extensa variabilidade nas respostas individuais à doença crónica determinaram uma aproximação aos modelos psicossociais, incluindo o estudo da cognição da doença, com ênfase particular no Modelo de Auto-regulação do Comportamento em Saúde. Este modelo, desenvolvido por Leventhal *et al.* (1997), constitui um instrumento de investigação que procura ampliar o conhecimento sobre o impacto das doenças crónicas e seu tratamento, na qualidade de vida das pessoas e seus parceiros sociais.

Os resultados de saúde passam assim a ser avaliados a partir do nível funcional individual, medido através da percepção das pessoas. Esta é a concepção defendida no modelo holístico, em que a pessoa tem consciência da influência das dimensões biológicas, sociais e psicológicas no seu estado de saúde, participando activamente no processo de doença ou promoção da saúde. Deste modelo decorre uma abertura conceptual para a consideração da capacidade de construção de significações ou interpretações da pessoa, a nível dos recursos de confronto possíveis para lidar com os problemas de saúde, contribuindo para uma postura mais activa, com possibilidade de participar no processo de tomada de decisão, uma vez que as significações pessoais são uma componente importante do bem-estar global (Reis, 1992).

A chave das estratégias de *coping* utilizadas para fazer face à doença inclui as explicações da causalidade, o desenvolvimento de um sentimento de controlo pessoal face à doença, a satisfação com o suporte social percebido e a manutenção de uma auto-estima positiva (Bishop, 1994).

## 1.2 – Representação da Doença e *Coping*

Comparativamente com o verificado no século XIX, quando as doenças infecto-contagiosas eram a principal causa de morte, no século XX as doenças crónicas são responsáveis por cerca de 80% das mortes no mundo Ocidental. Este facto deve-se sobretudo à melhoria das condições gerais de higiene, dieta e ao desenvolvimento tecnológico que trouxe, nomeadamente, os antibióticos, possibilitando à Humanidade travar este tipo de doenças, aumentando assim a esperança de vida. O aumento de pessoas em idade avançada trouxe consigo um aumento de doenças crónicas e o consequente aumento de custos para lhes fazer face (Maes *et al.*, 1996).

Convém realçar que não existe um consenso em torno do conceito de doença crónica, na medida em que esta decorre de variadas causas, percursos e alterações, acarretando consigo consequências diversas. No entanto, para a OMS (2008), as doenças crónicas são doenças da duração longa e da progressão geralmente lenta, tais como a doença cardíaca, enfarte, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes, representando 60% de todas as mortes. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doença crónica em 2005, metade tinham menos de 70 anos.

Os sintomas das doenças crónicas variam ao longo do tempo, apresentando períodos de exacerbação e acalmia. Cassileth *et al.* (1994) *apud* Maes *et al.*, (1996) verificaram que os doentes, nos estados inicial e final da doença, vivenciam elevados níveis de stress e baixos níveis de auto-estima, comparados com os sujeitos normais. Para categorizar estas fases, Morse e Johnson (1991) *apud* Maes *et al.* (1996), desenvolveram o modelo de constelação da doença, que define quatro etapas no desenvolvimento de representação da doença:

1. Incerteza: a pessoa tenta perceber o significado e a gravidade dos primeiros sintomas;
2. Disrupção: quando se torna evidente que a pessoa está afectada pelo desenvolvimento da doença (devido ao estado da doença ou conhecimento concreto do diagnóstico). Durante esta etapa, a sensação de crise torna-se evidente, e é caracterizada por elevados níveis de *stress* e uma elevada dependência de familiares e profissionais de saúde;
3. A pessoa mobiliza esforços de recuperação, no sentido de obter controlo sobre a sua doença, recorrendo ao ambiente e a estratégias de *coping* variadas.

4. Restauração do bem-estar, resultante do alcançar de um novo equilíbrio proveniente da aceitação da doença e suas consequências.

Este modelo mostra que a adaptação à doença crónica está fortemente relacionada com a avaliação do agente *stressor* por parte da pessoa, a eficácia das estratégias de *coping* e o suporte social vivenciado.

Neste sentido, torna-se essencial distinguir a perspectiva médica da doença da forma como esta é vivenciada pela pessoa, visto parecer existir uma fraca correlação entre estas duas vertentes. Apesar das repercussões biológicas associadas à doença crónica, o grau de ameaça psicológica que constitui é influenciado pelos recursos pessoais e sociais, sendo que estes factores vão modelar a percepção de ameaça que a doença constitui, e influenciar o processo adaptativo (Morse e Johnson, 1991, *apud* Maes *et al.*, 1996).

Segundo Greer, Moorey, e Watson (1989, p.373) o ajustamento mental ao cancro pode ser definido como "*respostas cognitivas e comportamentais dadas por um indivíduo ao diagnóstico de cancro*". Estes autores explicam que "*o ajustamento mental compreende avaliação, ou seja, a forma como os doentes percebem as implicações do cancro, e as reacções consequentes, e o esforço que os doentes desenvolvem para reduzir a ameaça colocada pela doença*".

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referida na literatura. Para estes autores o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos da pessoa.

Segundo Ogden (1999), estas definições diferem num aspecto: enquanto o *coping* consiste num esforço cognitivo e comportamental intencional, o ajustamento mental pode envolver também reacções emocionais involuntárias a acontecimentos ameaçadores. Por outro lado enquanto na definição de *coping* a avaliação do acontecimento ameaçador antecede os esforços do próprio *coping*, na de ajustamento mental ela está aglutinada ao ajustamento, assim como as reacções emocionais consequentes.

No entanto, Watson *et al.* (1994) utilizam os termos *coping* e ajustamento mental como sinónimos, pelo que iremos igualmente considerá-los.

A elaboração de uma definição de *coping* universalmente aceite tem-se revestido de várias dificuldades. Apesar de décadas de contributos teóricos e empíricos decisivos para o estudo desta área do saber, a definição de *coping* nunca foi tarefa fácil e mais difícil se tornou com as diferentes abordagens, constructos e medidas que surgiram (Varela e Leal, 2007)

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referida na literatura. Por conseguinte, o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos individuais, sendo que as estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas, numa determinada situação, não permitem prever as estratégias de *coping* empregues em futuras vicissitudes. Para além de que, caso a pessoa enfrente simultaneamente diferentes fontes de *stress*, as várias tarefas adaptativas vão requerer a aplicação de diferentes estratégias de *coping*.

De acordo com os mesmos autores, é o processo de avaliação cognitiva que vai determinar o potencial stressante de uma situação, assim como os recursos de *coping* necessários para lidar com a ameaça. Neste processo de avaliação é possível identificar dois momentos, nomeadamente a avaliação primária e a avaliação secundária. Na avaliação primária, o sujeito determina o significado que o acontecimento pode ter no seu bem-estar, e na avaliação secundária, a pessoa avalia os recursos disponíveis para lhe fazer frente.

Foram identificadas duas funções do *coping*, nomeadamente: o *coping* que permite o controlo das emoções e o que permite a resolução do problema. O *coping* que permite o controlo das emoções é utilizado, geralmente, quando nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo. Logo, a alternativa é diminuir o desconforto emocional e o sofrimento, recorrendo-se à fuga, ao distanciamento do problema, à atenção selectiva e à desvalorização dos acontecimentos negativos. Tratam-se de estratégias que permitem a manutenção da esperança e do optimismo, assim como possibilitam negar os factos e as implicações dos mesmos, para não reconhecer o pior, para agir como se nada tivesse acontecido (*Idem*).

Desta forma, as estratégias de *coping* que viabilizam a resolução dos problemas são utilizadas quando os acontecimentos são percebidos como passíveis de serem controlados pelo próprio. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das

soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia. As estratégias de *coping* orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema (*Ibidem*).

As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto. As estratégias de *coping* utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objectivos, convicções e estilos de *coping* da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984).

Por conseguinte, nenhuma estratégia coping deve ser considerada melhor ou pior que outra; estas são avaliadas em função das características e recursos da pessoa, embora a negação e a fuga possam ser ineficazes por não resolverem o problema, têm valor adaptativo quando nada pode ser feito para aliviar o desconforto que a situação provoca. Para além de que são relativamente eficazes numa fase inicial de confronto com o acontecimento stressante, mesmo quando este pode ser alterado. Contudo, quando utilizadas de forma crónica podem ser um factor de risco para respostas adversas (Stroebe & Stroebe, 1999).

Ramos (2005, p.121) define *coping* como “*o que fazemos para lidar com os problemas (stressores) de modo a recuperar o equilíbrio e o bem-estar de que eles provisoriamente nos privam. Isto significa que tanto podemos tentar resolver a crise de stress, como testar ou modificar a percepção de stress, como minimizar os sintomas de stress, como ainda reforçar as características que nos ajudam a resistir ao stress*”. A pessoa envolve-se assim em esforços dinâmicos e variáveis, tanto comportamentais como mentais, por forma a resolver, tolerar, reduzir ou minimizar tanto as exigências externas (do ambiente), como as exigências internas (provenientes de si próprio), com que se depara.

O mesmo autor sugere verificarem-se dois tipos de *coping*: de evitamento e de confrontação. O *coping* de confrontação define a mobilização de esforços para lidar aberta e directamente com o agente *stressor*, o que se traduz numa vontade de adesão à realidade. Por seu lado, o *coping* de evitamento pressupõe um afastamento relativamente ao agente *stressor* através de estratégias de negação e fuga, motivado pela necessidade de protecção da ameaça e ansiedade que ele encerra.

O processo de *coping* é iniciado como resposta à avaliação individual, quando determinados objectivos são prejudicados, perdidos ou ameaçados. Estas avaliações são caracterizadas por acarretarem emoções negativas muitas vezes intensas. As respostas de *coping* são tomadas num contexto emocional, sendo que a reacção inicial mais verificada é reduzir as emoções negativas *stressoras* que podem assumir repercussões no papel instrumental do *coping*. As emoções assumem desta forma um papel essencial no processo de *coping*, surgindo nomeadamente como um resultado do próprio processo, da resposta a novos dados, ou das reavaliações da situação original (Folkman, Moskowitz, 2000)

Desde os meados dos anos 80 do século passado, assume-se que o *coping* é um processo complexo e multidimensional, sensível tanto ao ambiente como às características da personalidade que influenciam a avaliação do stress e as estratégias de *coping* a mobilizar. O *coping* está intimamente ligado à regulação das emoções, e não é um fenómeno em si mesmo, está imbuído num processo de stress dinâmico e complexo, agregado à pessoa, ao ambiente, e à relação entre estes (Folkman, Moskowitz, 2000).

### 1.3 – Stress

O *stress* é um sentimento inerente ao quotidiano das sociedades modernas. As pessoas têm que se adaptar às constantes alterações com que se deparam ao longo da vida, vivenciando um conjunto de alterações subjectivas e desconfortáveis, a nível físico, psicológico e social, que se traduzem em manifestações de stress (Bolander, 1998).

A raiz etimológica do termo anglo-saxónico está relacionada com a força gerada no interior de um corpo em consequência da acção de uma força externa que tende a distorcê-lo. Este surgiu há cerca de dois mil anos, tendo o seu significado evoluído até ao actualmente aceite, aprofundado no final do século XIX e início do século XX por Bernard, Cannon e Selye (Santos e Castro, 1998).

Bernard *apud* Mendes (2002) enunciou que o meio interno de um organismo precisa de permanecer constante apesar das modificações ocorridas no ambiente. O grande contributo deste autor, consistiu em estimular a investigação sobre a temática das mudanças adaptativas necessárias à sobrevivência do organismo.

Cannon, introduziu o conceito de homeostasia, que consiste no facto de organismos desequilibrados pela acção de agentes externos, recuperarem o seu estado original e alargou o domínio conceptual a parâmetros emocionais e físicos. O stress passou assim a constituir uma possível causa patológica (Santos e Castro, 1998).

Selye, considerado o “pai da teoria do *stress*”, sugeriu, após um conjunto de observações, o Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que consiste numa resposta fisiológica usual ao stress que se verifica independentemente da natureza do agente provocador. Esta resposta envolve um conjunto complexo de adaptações metabólicas, endócrinas, cardiovasculares e neurológicas do organismo (Booth, 1998). Selye diferenciou o SGA em três fases segundo Santos e Castro (1998):

1. Reacção de alarme, que consiste na mobilização dos recursos de defesa do organismo através de um despertar orgânico. Este aumento súbito de estimulação orgânica resulta na libertação hormonal pelo sistema endócrino, no entanto, este padrão de resposta não se pode manter por muito tempo, podendo conduzir à morte da pessoa. No final deste estágio o organismo está totalmente apto a lidar com o agente *stressor*.

2. Fase de resistência, ocorre quando existe exposição prolongada à situação indutora de *stress*, em que o organismo se tenta adaptar e resiste aos seus efeitos mais debilitantes. A estimulação fisiológica verificada na fase anterior diminui, mantendo-se, no entanto, acima dos parâmetros normais. A pessoa pode assim apresentar poucos sinais exteriores de *stress*, sendo que a capacidade para resistir e enfrentar novas situações de *stress* pode ficar comprometida, tornando o organismo cada vez mais vulnerável a problemas de saúde.
3. Fase de exaustão, a estimulação fisiológica prolongada desencadeada por repetidos ou severos acontecimentos traumáticos de vida ou *stress* é extremamente desgastante para o organismo, podendo causar danos irreversíveis e até a morte. A fase de exaustão inicia-se quando se esgotam as reservas energéticas do organismo e a debilitação do sistema imunitário, até ao ponto em que a capacidade de resistência se torna muito reduzida. Se os factores de *stress* continuam a actuar sobre o organismo, é bastante provável que as doenças, as lesões fisiológicas e psicológicas ocorram, podendo a morte prefigurar-se como fim último deste processo.

Neste contexto, Santos e Castro (1998) *apud* Chrousos, Loriaux, & Gold (1998, p. 675) definem *stress* “*como um estado de desarmonia ou de homeostasia ameaçada, onde as respostas adaptativas podem ser específicas ao stressor ou não específicas e generalizadas*”. Não obstante, Santos e Castro (1998, p. 677) definem *stress* como “*a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa/meio ambiente levam o indivíduo a perceber, sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais.*”

Alguns autores defendem que o *stress* pode ser benéfico. O *stress* benéfico designa-se por *eustress*, e constitui uma fonte de impulso que induz a pessoa a tomar decisões e resolver problemas, potenciando o seu funcionamento e aptidões. O que assume repercussões negativas na vida da pessoa é situar-se numa das seguintes situações extremas: ou tem uma vida monótona com ausência de estímulos, ou uma vida com demasiadas exigências desgastantes e repetitivas, com as quais não consegue lidar adequadamente por falta de recursos pessoais ou sociais, denominando-se este tipo de *stress* por *distress*. (Serra, 2007).

## 1.4 – Transições

Durante o ciclo vital, o ser humano é confrontado com várias mudanças, quer a nível individual, familiar ou social. As mudanças no estado de saúde e doença das pessoas originam processos de transição, colocando-os numa posição de maior vulnerabilidade relativamente aos riscos que podem comprometer o seu estado de saúde. O estudo destes riscos dotam os enfermeiros de capacidades e competências que lhes permitem ajudar as pessoas nos fenómenos de transição (Meleis *et al*, 2000).

Outros termos utilizados para designar transição podem ser crise, transformação ou mudança. De acordo com o modelo de transição de Schlossberg (1984), a transição envolve todos estes conceitos, sendo definida como um fenómeno que resulta numa alteração das relações, rotinas, crenças, e/ou papéis dentro de definições como o *self*, trabalho, família, saúde, e/ou economia.

A transição pode ser definida como “*uma passagem ou um movimento de um estado, condição, ou lugar para outro*”. É desencadeada, em alguns casos, por acontecimentos sob os quais não há controlo individual, enquanto que noutros casos pode ser procurada deliberadamente, nomeadamente através de acontecimentos como: casamento, gravidez, mudança de profissão ou cirurgia (Chick e Meleis, 1986 *apud* Zagonel, 1999, p.25).

Os momentos da vida em que ocorrem transições, além de serem geradores de grande *stress* por parte de quem os vivencia, podem também levar a que as pessoas se tornem vulneráveis a certos riscos, com possíveis repercussões sobre a sua saúde ou bem-estar. Neste sentido, o conceito de adaptação está intimamente relacionado com a transição, as experiências, as interações e o ambiente, que expõem as pessoas a danos potenciais, recuperação inadequada ou *coping* ineficaz. O percurso de vida da pessoa, ambientes e interações são modeladas pela natureza, condições, significados, e processos de experiências de transição. As transições resultam de mudanças nas vidas, saúde, relações e ambientes (Meleis *et al.*, 2000).

Os enfermeiros podem desempenhar um papel preponderante no auxílio e orientação da pessoa e família que experienciam transições, atendendo às mudanças e exigências que estas trazem às suas vidas. Deste modo, os enfermeiros necessitam de reconhecer as fases de mudança e preparar as pessoas para as transições eminentes, proporcionando a aquisição de competências que lhe permitam completar a transição com sucesso (Meleis *et al.*, 2000).

Os enfermeiros são muitas vezes confrontados, no desempenho da sua actividade profissional, com pessoas a vivenciar diversas transições, podendo intervir mais facilmente junto destes ao reconhecer o tipo ou tipos de transição vivenciados, intervindo precocemente, para que a transição ocorra com sucesso, no mais curto espaço de tempo possível. (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo Petronilho (2007, p.31), “*o desafio para os enfermeiros e outros elementos envolvidos, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar*”.

Exemplos de transições que podem tornar o indivíduo mais vulnerável são as experiências de doença tal como o diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação; doença crónica; as fases do ciclo vital, como a gravidez, nascimento de uma criança, paternidade/maternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte; e transições culturais e sociais como a migração, reforma, e família prestadora de cuidados (Meleis *et al.*, 2000).

A adaptação é um processo em que os membros da família se esforçam no sentido de dar resposta aos estímulos excessivos dos *stressores*, de esgotar recursos e promover alterações sistemáticas, com o fim de adquirir maior estabilidade funcional e aumentar a satisfação familiar (Martins, 2006).

Schlossberg (1984), refere que a adaptação decorre da própria transição, sendo um processo durante o qual um indivíduo deixa progressivamente de estar preocupado com a transição, integrando a transição na sua vida.

Nos processos de transição, existem condições facilitadoras ou inibidoras do mesmo, nomeadamente condições pessoais, comunitárias ou sociais, que podem facilitar ou inibir o processo de transição saudável e os resultados da transição (Meleis *et al.*, 2000).

O claro contributo dos enfermeiros nos fenómenos de transição é evidente na investigação desenvolvida por Meleis *et al.* (2000). A autora verificou que nas experiências de transição vivenciadas pelos idosos dependentes em contexto familiar e os respectivos cuidadores, a intervenção dos enfermeiros a nível domiciliário produziu um efeito preponderante na qualidade de vida.

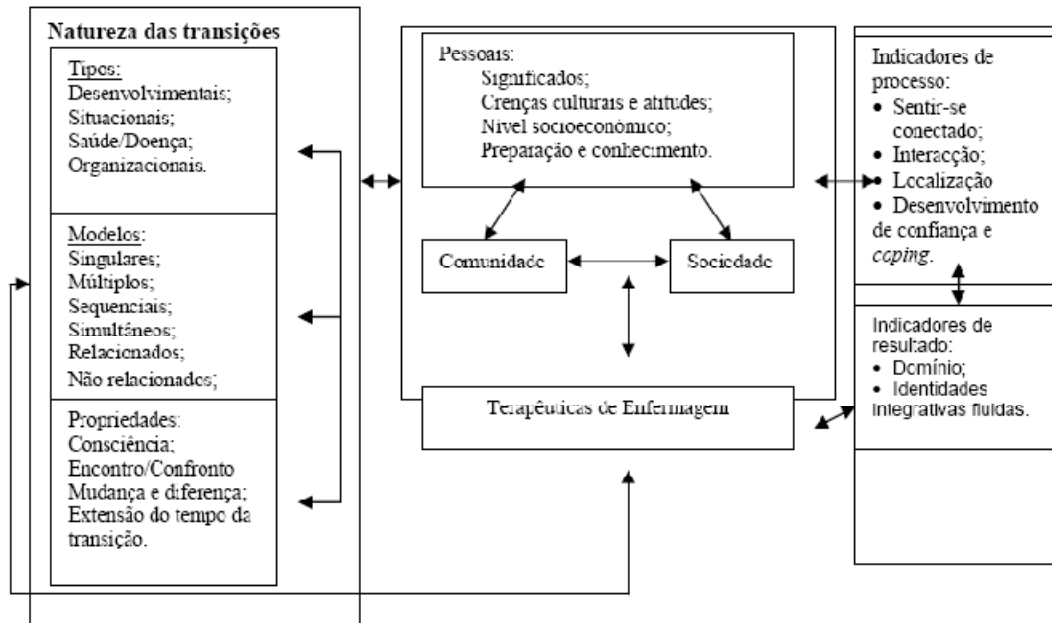


Figura nº 2 - Transições: Teoria de Médio Alcance (Meleis *et al.*, 2000)

Podem ser identificados vários tipos de transições, de acordo com a Figura nº 2, nomeadamente de desenvolvimento, situacionais e de saúde-doença e organizacionais. (Meleis *et al.*, 2000). A transição desenvolvimental, compreende períodos transitórios normalmente críticos, que envolvem todo o ciclo vital, como a chegada à adolescência, o ser pai, a reforma. A transição situacional diz respeito à ocorrência de acontecimentos que podem ser inesperados ou não, nomeadamente mudanças profissionais no indivíduo, a mudança de um indivíduo do seu domicílio para um lar, o chegar a chefe, entre outras. A transição de saúde-doença, decorre após a mudança de uma condição de saúde para uma condição de doença, em que a pessoa se depara com alterações súbitas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação. A transição organizacional ocorre quando se verificam mudanças no ambiente, as quais podem ser desencadeadas por alterações de âmbito político, económico, social ou ainda em mudanças intra-organizacionais na sua dinâmica ou estrutura. Quando a pessoa lida com situações de *stress*, para as quais não encontra estratégias para lidar, entra em desequilíbrio, fenómeno este designado por transição (Zagonel, 1999).

Esta é a categorização das transições sustentada pela pesquisa de Meleis *et al.* (2000). Não obstante, foram lançadas outras variações à classificação, emergindo padrões de complexidade e multiplicidade no que concerne às transições. Verificou-se

que as transições podem assumir vários padrões, não são discretas ou mutuamente exclusivas, pelo que o enfermeiro, assumindo como foco de atenção ajudar a pessoa em transição, quando pretende identificar o tipo de transição, deve integrar na sua análise todas as transições significativas e aos seus respectivos padrões.

Meleis *et al.* (2000) referem que os processos de transição são influenciados por diversas condições, facilitadoras ou inibidoras desse mesmo processo, tais como as condições pessoais, o significado atribuído aos eventos que precipitam a transição, as atitudes e as crenças, o estatuto socioeconómico e a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição. Refere, ainda, as condições sociais e da comunidade, o apoio de outros familiares ou pessoas significativas, informação relevante colhida a partir de fontes credíveis, tais como, por exemplo, livros e guias orientadores. Como factores inibidores, refere o suporte insuficiente e a informação inadequada.

As terapêuticas de enfermagem são acções que os enfermeiros utilizam no sentido de promover, recuperar ou facilitar a saúde e o bem-estar, no decurso do processo de transição. Têm como objectivo facilitar transições saudáveis através do aparecimento de indicadores de processo positivos, diminuindo desta forma as transições mal sucedidas. Por conseguinte, as terapêuticas de enfermagem representam as acções e actividades desempenhadas pelos enfermeiros direccionadas para os cuidados das pessoas, potenciais doentes ou pessoas em risco, inseridas na família e sociedade (Meleis e Trangenstein, 1994).

O enfermeiro assume-se como o profissional de saúde que, durante o processo de transição, avalia e planeia, consoante o rumo da mesma, as mudanças nos cuidados a prestar, ou seja, adequa as terapêuticas de enfermagem às necessidades individuais de cada pessoa mediante o estado e rumo da transição. As terapêuticas de enfermagem podem ser direccionadas para a promoção, prevenção, intervenção ou restauração, sendo cruciais para o sucesso das transições (Meleis *et al.*, 2000).

## 2 – DOENÇA ONCOLÓGICA – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Cancro é um termo genérico para designar um grupo de mais de cem doenças que podem afectar qualquer parte do organismo, tendo como sinónimos os termos tumor maligno e neoplasia. A característica mais marcante do cancro é a proliferação rápida de células anormais que crescem rapidamente, e que podem invadir partes adjacentes do corpo, disseminando-se para outros órgãos, num processo denominado por metastatização. O cancro é a principal causa de morte no mundo inteiro, sendo que de um total de 58 milhões de mortes em 2005, este é responsável por 7,6 milhões (13%) de todas elas. (OMS, 2006)

A doença oncológica é reconhecida actualmente como um dos maiores problemas de saúde dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, atingindo um número substancial da população em fase produtiva. Considerado por muitos como uma ameaça à vida, proporciona uma deterioração rápida e dolorosa, com tratamentos agressivos e incapacitantes, de evolução incerta e com consequências pessoais graves. Embora a prevenção não se tenha mostrado eficaz em todos os tipos de cancro, cerca de um terço dos tumores são curáveis, se diagnosticados precocemente (Osoba, 1991).

Existem vários tipos de tumores que afectam o aparelho locomotor, sendo que o osteossarcoma é o tumor ósseo maligno mais comum, que representa aproximadamente 5% de cancros em idade infantil. São diagnosticados anualmente cerca de 400 casos nos Estados Unidos da América e, apesar da sua raridade, o osteossarcoma é a doença óssea maligna mais comum nas crianças e adolescentes (Wang, 2005).

Embora a sobrevivência das pessoas com osteossarcoma tenha melhorado bastante nos últimos 30 anos devido aos avanços nos tratamentos nomeadamente com a quimioterapia, as pessoas que apresentam metástases têm um prognóstico muito reservado (sobrevivência a longo prazo inferior a 20%) (*Idem*).

O cancro constitui-se como um diagnóstico altamente chocante, é uma doença que, devido ao seu prognóstico, reveste-se de uma carga emocional intensa, tem uma evolução lenta mas impiedosa, caracterizada por sofrimento e degradação física, conduzindo à morte (Silva, 1996).

Conhecer o diagnóstico de cancro e lidar com os tratamentos para lhe fazer frente constitui uma fonte elevada de stress, assumindo repercussões negativas na qualidade de vida da pessoa, não só na sua componente física como também psicológica. Os sintomas mais comuns experienciados pelos doentes oncológicos são

dor, ansiedade, depressão e fadiga, e perpetuam-se após o final dos tratamentos (Patrick, Ferketich, Frame, *et al.*, 2002).

Os tumores ósseos malignos representam 5% de todas as doenças malignas nas crianças e 10% das doenças malignas na adolescência. O osteossarcoma (sarcoma osteogénico) é a malignidade óssea mais frequente na infância, representando 60% dos tumores ósseos. O sarcoma de Ewing representa 30% desses tumores e os restantes 10% são uma variedade de tumores malignos (Otto, 2000).

O osteossarcoma ocorre com mais frequência nos homens do que nas mulheres (1,75/1), e numa taxa de 5,6 por milhão de crianças brancas com menos de 15 anos, e uma taxa ligeiramente inferior em crianças negras. O pico de incidência ocorre na segunda década de vida, com mais frequência entre os quinze e os dezanove anos de idade (Idem). A etiologia do osteossarcoma ainda é pouco clara. Parece existir uma relação entre o crescimento súbito na adolescência e o desenvolvimento do osteossarcoma. Verifica-se também que aqueles que desenvolvem esta patologia são mais altos do que os seus iguais (Smeltzer e Bare, 2002)

Existe um risco maior de desenvolver um osteossarcoma em crianças como a forma hereditária de retinoblastoma e para as pessoas submetidas a radiação. Quase todos os casos de sarcoma osteogénico, em pessoas com mais de quarenta anos, estão associados à doença de Paget, um precursor do osteossarcoma. Os traumatismos também foram associados ao desenvolvimento de osteossarcoma, revelando-se este facto coincidente com o surgimento tumoral (Matthews, Snell e Coats, 2006).

A maioria dos osteossarcomas são tumores de alto grau de malignidade, desenvolvendo-se preferencialmente nas pernas ou braços e são caracterizados pela formação de tecido ósseo, que cresce como uma bola, formando uma massa circular, que pode eventualmente penetrar no córtex ósseo para formar uma zona reactiva (Wittig *et al.*, 2002).

Os sintomas iniciais da doença são edema, eritema ou acinesia limitada, dor no período da noite, cujas queixas são facilmente atribuídas a dores de crescimento. As metástases estão presentes em 10% a 20% dos doentes aquando do diagnóstico, com 90% a ocorrer nos pulmões, sendo que outros possíveis locais de metástases são ossos, rins e cérebro. A etiologia do osteossarcoma ainda não é clara, mas parece haver relação entre o súbito crescimento ósseo na adolescência e o desenvolvimento de osteossarcoma (Matthews, Snell e Coats, 2006).

Desta forma, o osteossarcoma é um sarcoma maligno do osso com origem no ósteon. Existem dois grupos histológicos principais de osteossarcomas, com diferentes subtipos dentro de cada grupo: o grupo de tumores centro-medulares, o tipo mais comum, e o grupo de tumores que surgem na superfície óssea, ou tumores periféricos. Em crianças e adultos jovens, 50% dos tumores surgem no fémur, sendo que destes, a maioria encontra-se na região distal, junto ao joelho. Outras localizações primárias por ordem decrescente de frequência são a tibia, o úmero, a pelve, mandíbula, fibula, e as costelas (*Idem*).

A confirmação do diagnóstico de osteossarcoma exige a realização de uma biópsia, sendo importante um prévio estudo imagiológico. As radiografias são normalmente a primeira indicação da presença de tumor. A ressonância magnética e as tomografias axiais computadorizadas da lesão proporcionam dados sobre a extensão da doença e as áreas de metástases, principalmente a nível pulmonar. Os exames radiográficos são igualmente essenciais para avaliar a resposta ao tratamento, a progressão da doença e o desenvolvimento da metastização (Otto, 2000).

O tratamento do osteossarcoma compreende cirurgia e quimioterapia. Os avanços nos exames imagiológicos, a administração de quimioterapia pré operatória para reduzir o tamanho da lesão primária e os avanços das técnicas cirúrgicas revolucionaram o tratamento deste tumor. A extensão da cirurgia varia com a localização e o grau de envolvimento do tumor, não sendo necessária a amputação em todos as pessoas. A preservação do membro é possível, apenas se existir uma margem livre de 6 a 7 centímetros e se a extremidade for funcional no pós-operatório. A recessão cirúrgica do tumor deve ser alargada para incluir microextensões ou nódulos satélites que crescem na zona reactiva (Patrick, Ferketich, Frame, *et al.*, 2002).

A cirurgia controla apenas a área afectada pelo tumor. Cerca de 80% dos doentes tratados apenas cirurgicamente desenvolvem e morrem por doença metastásica. A quimioterapia pré-operatória proporciona não apenas a redução do tumor previamente à recessão, como permite avaliar a resposta do tumor ao tratamento e o consequente ajuste deste, caso a eficácia não seja a desejada. O osteossarcoma é altamente radiorresistente, sendo a radioterapia reservada inicialmente para a redução prévia à cirurgia ou para controlo dos doentes com patologia que não responde (Betcher, 1991, Link e Eilber, 1993 *apud* Otto, 2000).

## **PARTE DOIS**

***INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA***



## CAPÍTULO II – METODOLOGIA

A investigação em Enfermagem proporciona uma base de conhecimentos que consolidam a profissão, por antecipar os desafios actuais que estão em constante mudança (Polit *et al.*, 2004).

Na realização de um estudo de investigação, Fortin (1999) considera de extrema relevância estruturá-lo e desenvolvê-lo de modo a construir uma base de conhecimentos sólida, edificada segundo uma perspectiva controlada, sistematizada e objectiva, ou seja cientificamente rigorosa.

A mesma autora afirma que a fase metodológica é uma das mais importantes para a consecução dos requisitos anteriormente referidos. Nesta fase o investigador determina os métodos viáveis para obter respostas às questões de investigação colocadas, ou às hipóteses formuladas. É imperativo escolher um desenho de investigação apropriado ao tipo de estudo, dependendo este de vários factores relacionados com a pesquisa, como por exemplo, a natureza do fenómeno, o objecto de pesquisa e os recursos disponíveis. A escolha do método e técnica de pesquisa depende da natureza do problema que é fonte de investigação para o investigador.

## 1 – OBJECTIVOS E TIPO DE ESTUDO

De acordo com Fortin (1999), o tipo de estudo permite descrever a estrutura utilizada conforme a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar as hipóteses de causalidade.

O presente estudo é descritivo-correlacional (nível II). Através de uma abordagem quantitativa, pretendemos quantificar, através de testes estatísticos de correlação, a variação ou a força de relação entre as variáveis. Vamos assim explorar e determinar a existência de relações entre variáveis e descrevê-las, tendo como objectivo determinar em que medida a mudança numa das variáveis é acompanhada de uma mudança idêntica na outra variável (Fortin, 1999).

Deste modo, propomo-nos analisar e registar a representação da doença e as estratégias de ajustamento e *coping* utilizadas pela pessoa para lidar com a doença oncológica e a eventual interferência de alguns factores identificados no quadro teórico, pelo que definimos os seguintes objectivos:

- Descrever a representação da doença na pessoa com tumor do aparelho locomotor;
- Descrever as características de *coping* da pessoa com tumor do aparelho locomotor;
- Verificar qual a relação existente entre a representação da doença e o *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor;
- Verificar se existe relação entre a representação da doença na pessoa com tumor do aparelho locomotor e as seguintes variáveis: tempo de internamento; sexo; idade; nível de escolaridade e vivência de experiências de saúde anteriores.

## 2 – QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O delineamento das questões de investigação decorre directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar. Estas consistem em “enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada” (Fortin, 1999, p.101).

Sendo um estudo descritivo-correlacional, pretende-se estudar a natureza preditiva da representação da doença sobre as estratégias de *coping*, e descrever a natureza das representações da doença associada às variáveis sócio-demográficas e clínicas, nomeadamente o tempo de internamento; sexo; idade; nível de escolaridade e vivência de experiências de saúde anteriores.

A formulação de hipóteses é fundamental em qualquer investigação, permitindo atingir resultados úteis e satisfatórios. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), uma hipótese consiste numa proposição que prevê uma relação entre dois conceitos ou fenómenos. Constitui assim uma proposição provisória que deve ser verificada.

Tendo em consideração a questão de investigação central do estudo “De que forma a representação da doença influencia o *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor?”, delinearão-se as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1:** As formas de representação da doença implicam estratégias de *coping* diferenciadas na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 2:** Existe relação entre a representação da doença e o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 3:** Existem diferenças na representação da doença segundo o sexo na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 4:** A representação da doença diferencia-se em função da idade da pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 5:** A representação da doença diferencia-se em função do nível de escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 6:** A representação da doença diferencia-se em função da vivência de experiências de saúde anteriores, na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

### 3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em investigação é necessário definir o meio em que o estudo se vai realizar, de modo a que este responda aos critérios previamente definidos. Situámos este estudo na realidade de um serviço de Oncologia de um Hospital Central, mais concretamente no serviço de Ortopedia B - Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor dos H.U.C.. A selecção deste local para a realização do estudo deve-se ao facto de existirem pessoas internadas, vítimas de tumor do aparelho locomotor, e ao facto de trabalhar nesse contexto, o que facilitou o acesso à informação.

Qualquer estudo de investigação pressupõe a descrição da população a estudar e das pessoas que a constituem. De acordo com Fortin (1999, p.202) a população é “*uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”.

A população alvo do nosso estudo é constituída por pessoas com tumor do aparelho locomotor. Neste contexto, seleccionamos uma amostra, que segundo Fortin (1999), consiste num subconjunto da população acessível, que determina uma réplica da população alvo. A amostra deve ser representativa da população, ou seja “uma amostra é dita representativa se as suas características se assemelham o mais possível às da população alvo” (Fortin, 1999, p.203).

Neste contexto, a amostra do estudo são as pessoas a que tenha sido diagnosticado um tumor do aparelho locomotor, uma semana após iniciar tratamento com quimioterapia, no período de Janeiro a Junho de 2009. Assim temos uma amostra não probabilística accidental, ou seja, pessoas facilmente acessíveis, presentes num local determinado, num momento preciso.

Por conseguinte, as pessoas com tumor do aparelho locomotor foram informadas acerca da finalidade do estudo, pedida a sua colaboração e obtida uma autorização, garantindo-se o anonimato e utilização exclusiva dos dados para os fins propostos. Antecedendo à aplicação dos questionários, foi realizado um pré-teste que de acordo com Fortin (1999, p.253) “*consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada*”. Deste modo, aplicámos os questionários, não tendo sido manifestado por parte dos entrevistados qualquer dúvida relativamente ao preenchimento destes.

#### 4 – VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis constituem-se como as qualidades de uma pessoa, grupo ou situação que se alteram ou assumem um valor diferente (Polit e Hungler, 1995). Deste modo, as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 1999).

Estas podem ser categorizadas de diversas formas consoante o tipo de investigação que se pretende realizar. Contudo, são utilizadas mais frequentemente as variáveis dependentes e independentes (associadas habitualmente à investigação experimental), as variáveis atributo e as estranhas. A variável independente é a causa presumível, enquanto que a variável dependente é a que sofre o efeito previsto da variável independente, isto é, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado devido à presença da variável independente (Fortin, 1999). Em estudos não experimentais, o termo variável dependente e independente também se poderá utilizar, no entanto, a variável independente não é manipulada, pressupondo-se que esta surja naturalmente, antes ou durante o estudo (Lobiondo-Wood e Haber, 1993).

As variáveis estranhas, segundo Fortin (1999), estão presentes em todos os estudos, e podem acarretar efeitos inesperados, o que por sua vez adultera os resultados. Deste modo, pode considerar-se que as variáveis do ambiente físico e social, demográficas, e as características individuais são potencialmente responsáveis por desvios.

Segundo a mesma autora, as variáveis atributo constituem as características das pessoas num determinado estudo. São usualmente variáveis sócio-demográficas, como a idade, a escolaridade, o sexo, o estado civil, o rendimento, etc..

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função da informação recolhida, da questão de investigação e das hipóteses. Assim, no que respeita à Hipótese 1, a variável dependente é o *coping*, e a variável independente é a representação da doença.

Relativamente às restantes hipóteses, pretendemos estudar a associação entre as variáveis. Deste modo, na Hipótese 2 existem as variáveis associadas representação da doença e tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor; na Hipótese 3 existem as variáveis associadas representação da doença e sexo da pessoa com tumor do aparelho locomotor; na Hipótese 4 existem as variáveis associadas representação da doença e idade da pessoa com tumor do aparelho locomotor; na Hipótese 5 existem as variáveis associadas representação da doença e nível de

escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor; na Hipótese 6 existem as variáveis associadas representação da doença e vivência de experiências de saúde anteriores, na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

Por conseguinte, as variáveis atributo são o tempo de internamento; o sexo; a idade; o nível de escolaridade e a vivência de experiências de saúde anteriores.

#### 4.1 – Operacionalização das Variáveis

Operacionalizar uma variável ou um conceito envolve o desenvolvimento de definições conceptual e operacional. A definição conceptual “*define um construto ou um conceito com a ajuda de outras palavras...*”, a definição operacional “*precisa as acções ou os comportamentos enunciados, descrevendo a forma como uma variável será medida*” (Polit *et al.*, 2004, p.48)

### **Variável Dependente**

#### ***Coping* das pessoas com tumor do aparelho locomotor**

O *coping* consiste num conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, realizado pelas pessoas para lidar com as exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como excedendo os seus recursos pessoais. Deste modo, o *coping* resulta da resposta da pessoa ao estímulo *stressante* em diferentes ambientes, como forma de se adaptar (Lazarus e Folkman, 1984).

Esse processo consiste num conjunto de respostas comportamentais da pessoa perante uma situação de stress para alterar o ambiente na tentativa de se adaptar ao evento *stressor*, reduzindo ou minimizando o seu carácter aversivo (Sanzovo e Coelho, 2007).

Para medirmos as estratégias de *coping* usadas pelas pessoas com tumor do aparelho locomotor, recorreremos ao IRP, construído em 1987 por Adriano Vaz Serra. Este instrumento permite avaliar as estratégias de *coping* usadas pelas pessoas nos problemas do seu dia-a-dia.

É uma escala unidimensional de tipo Likert, que apresenta ao respondente três situações diferentes – de ameaça, de dano e de desafio – que podem acontecer a qualquer pessoa no seu dia-a-dia, com efeitos susceptíveis de se arrastarem no tempo e de envolverem aspectos interpessoais (Vaz Serra, 1988).

Todas as questões têm correlação positiva e muito significativa com a nota global. Quanto mais elevado é o seu valor, mais eficazes são as estratégias de *coping* demonstradas pela pessoa. A escala tem 40 itens discriminadores de grupos extremos, não são influenciados por diferenças de sexo e têm uma correlação altamente significativa com a nota global. O coeficiente de Spearman-Brown é de 0,860 o que traduz uma boa consistência interna (*Idem*).

Este instrumento foi elaborado a partir de uma amostra de 692 pessoas.

Através da análise dos componentes principais dos 40 itens nesta amostra, verificou-se a existência de 9 factores subjacentes, nomeadamente (*Ibidem*):

Factor 1 – Pedido de ajuda;

Factor 2 – Confronto e resolução activa dos problemas;

Factor 3 – Abandono passivo perante a situação;

Factor 4 – Controlo interno/externo dos problemas;

Factor 5 – Estratégias de controlo das emoções;

Factor 6 – Atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências;

Factor 7 – Agressividade internalizada/externalizada;

Factor 8 – Auto-responsabilização e medo das consequências;

Factor 9 – Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Quadro nº1 - Distribuição dos itens pelos factores do IRP (40 itens)

FACTORES DO IRP	ITENS
Pedido de ajuda	5, 11, 18, 20, 26
Confronto e resolução activa dos problemas	21, 31, 32, 33, 34, 36, 40
Abandono passivo perante a situação	1, 2, 7
Controlo interno/externo dos problemas	6, 12, 14, 30, 35, 37, 38, 39
Estratégias de controlo das emoções	23, 24, 25, 29
Atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências	3, 8, 9, 13
Agressividade internalizada/externalizada	27, 28
Auto-responsabilização e medo das consequências	4, 10, 16, 19
Confronto com os problemas e planificação de estratégias	15, 17, 22

Para a operacionalização desta variável foi pedido aos inquiridos que situassem num contínuo da escala tipo Likert, que vai desde não concordo até concordo muitíssimo, a que se atribuiu uma classificação de 1 a 5 pontos. A cada pessoa foi atribuído uma pontuação total, resultante da soma das ponderações parciais provenientes das opções por eles expressas em relação a dada proposição.

### **Variável Independente**

#### **Representação da doença das pessoas com tumor do aparelho locomotor**

O estudo da representação da doença é relevante na medida que tem em consideração o conceito individual de saúde/doença, a forma como se interpreta os sinais e sintomas, as causas atribuídas e a imagem criada para a representar. Esta conceptualização está em conformidade com as convicções individuais sobre os comportamentos relacionados com a saúde e a interpretação conferida às consecutivas ameaças sentidas no dia-a-dia (Santos, 2006).

Para a operacionalização desta variável utilizámos o *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) foi desenvolvido por Weinman, Petrie, Moss-Morris e Horne

(1996) com o objectivo de avaliar a representação cognitiva da doença, tendo por base o Modelo de Auto-regulação do Comportamento na saúde descrito por Leventhal *et al.* (1997).

Recentemente, Moss-Morris *et al.* (2002) apresentaram a revisão deste instrumento de medida, que permitiu melhorar as suas propriedades psicométricas, reduzir o número de itens (de 50 para 38 itens), e incluir sub-escalas adicionais que permitem a avaliação da coerência da doença, duração cíclica e a sua representação emocional. Foi ainda alterada a estrutura inicial da sub-escala da identidade da doença.

O *Revised Illness Perception Questionnaire* é constituído por nove sub-escalas apresentadas em três secções. A primeira secção (secção A), avalia a Identidade da Doença e diz respeito às ideias das pessoas sobre o rótulo ou a natureza da sua condição, nomeadamente os sintomas associados, e as ligações entre estes, sendo apresentados 14 sintomas habituais em situações de doença. Numa escala dicotómica (“sim” e “não”), o doente é questionado sobre a presença de cada um desses sintomas desde o início da doença e ainda se os considera relacionados com a patologia em estudo. As respostas são apresentadas em sistema de resposta múltipla, sendo o somatório dos sintomas considerados pelos doentes como relacionados com a doença, a sub-escala da Identidade da Doença. Quanto maior for o valor determinado, mais forte é a identidade da doença.

A segunda secção da escala avalia a Duração (aguda/crónica) da doença, com 6 itens (questões 1 a 5 e 18); a sua Duração (cíclica), composta por 4 itens (questões 29 a 32); as Consequências, com 6 itens (questões 6 a 11); o Controlo Pessoal, com 6 itens (questões 12 a 17); o Controlo de Tratamento, com 5 itens (questões 19 a 23); a Coerência da Doença, com 5 itens (questões 24 a 28) e a sua Representação Emocional, com 6 itens (questões 33 a 38).

Na íntegra, a escala é constituída por 38 afirmações, cujas respostas estão ordenadas segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos: (1) “discorda plenamente”; (2) “discorda”; (3) “não concorda nem discorda”; (4) “concorda” e (5) “concorda plenamente”.

Após a inversão de alguns itens (itens 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 28 e 36), a cotação de cada sub-escala é realizada através do somatório de todos os itens que a compõem, dividida pelo número de itens. Nas escalas de Duração da Doença (aguda/crónica e cíclica), é indicada a percepção da duração provável da doença os seus problemas, sendo que quanto maior é o valor atribuído, mais crónica é a percepção da

doença e maior a sua periodicidade. Nas escalas de Consequências e Representação Emocional, quanto maior é o valor, mais grave é a percepção das consequências da doença e mais negativa a sua representação emocional, reflectindo-se as crenças individuais sobre a gravidade da doença e as suas repercussões nas componentes física, psicológico, social, e emocional do indivíduo. Nas sub-escalas de Controlo (Pessoal e de Tratamento), quanto maior o valor, maior a percepção de controlo da doença por parte do doente e do tratamento, ou seja, indica o grau em que o doente acredita que sua condição é passível de cura ou controle por parte do próprio ou pelo tratamento. Por fim, na sub-escala da Coerência da Doença, quanto maior o valor obtido, menor é a compreensão da doença por parte do doente.

A última secção avalia as Causas da Doença. São apresentadas 18 causas possíveis para a doença e as respostas são também organizadas com uma escala tipo Likert com 5 pontos. Também neste caso, quanto maior é o valor obtido em cada item, maior é a concordância com essa atribuição causal. Os autores não consideram apropriado somar os itens desta sub-escala, pois cada uma representa a crença numa atribuição causal específica. Aconselham a combinação de itens ou a realização de uma análise factorial para identificar grupos de atribuições causais que podem assim ser usados como sub-escalas.

Finalmente é solicitado ao doente que hierarquize as principais causas que pensa terem contribuído em maior grau para o aparecimento da sua doença.

## **Variáveis atributo**

### **Tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor**

Para a operacionalização da variável tempo decorrido após o diagnóstico de IRC, foi elaborada uma questão aberta. Para a análise descritiva agrupámos em 7 classes:

Classe 1: < 6 Meses  
Classe 2: 6 | 12 Meses  
Classe 3: 12 | 18 Meses  
Classe 4: 18 | 24 Meses  
Classe 5: 24 | 30 Meses  
Classe 6: 30 | 36 Meses  
Classe 7: 36 | 42 Meses

## **Género**

Para operacionalização da variável género foi formulada uma questão dicotómica, feminino e masculino. Para análise descritiva foram criadas duas categorias masculino e feminino.

## **Idade**

Para a recolha de dados referente à variável idade foi colocada uma questão aberta no formulário. Para a análise descritiva agrupámos em seis classes:

Classe 1: 10-19 anos

Classe 2: 20-29 anos

Classe 3: 30-39 anos

Classe 4: 40-49 anos

Classe 5: 50-59 anos

Classe 6: 60-69 anos

## **Nível de escolaridade**

Para a operacionalização da variável escolaridade foi formulada uma questão de escolha múltipla com três respostas possíveis, tendo em consideração os níveis gerais de ensino habitualmente considerados. Para a análise descritiva desta variável, foram criadas três classes:

Classe 1: Ensino Básico: até ao 9º ano

Classe 2: Ensino Secundário: do 10º ao 12º ano

Classe 3: Ensino Superior: bacharelato/licenciatura ou mestrado/doutoramento

## **Vivência de experiências de saúde anteriores**

Para a recolha de dados referente à vivência de experiências de saúde anteriores, foi efectuada uma questão dicotómica na qual se questionava a experiência em lidar com a doença oncológica de um familiar. Para a análise descritiva elaboramos duas categorias sim e não.

## 5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Instrumento é, segundo Polit e Hungler (1995), a técnica usada pelo investigador para colher os dados, através de formulários, questionários, testes, programas de observação entre outros.

Segundo Fortin (1999, p.365) a colheita de dados é o “*processo de observação de medida e de consignação de dados, visando recolher informações sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam na investigação*”. Neste sentido, o investigador deve optar pelo instrumento de medida que melhor se adequa ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Para a correcta operacionalização da representação da doença e das estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa para lidar com a doença oncológica, o método escolhido foi a aplicação de um questionário. O questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo através de variáveis mensuráveis, permitindo assim organizar, normalizar e controlar os dados, de modo a conferir rigor à informação recolhida (Fortin, 1999).

Em investigação nas ciências da saúde, e de acordo com Polit e Hungler (1995), os modelos ou instrumentos para obter informação por entrevista, incorporam com frequência, uma ou mais escalas. As escalas de medida representam “*formas de auto-avaliação compostas de vários elementos destinados a medir um conceito ou uma característica em estudo.*” (Fortin, 1999, p.264).

O método de colheita de dados escolhido consistiu na aplicação de um questionário aos indivíduos com tumor do aparelho locomotor internados no serviço de Ortopedia B – Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor dos H.U.C.. Os instrumentos utilizados para medir as variáveis em estudo foram um Questionário Sócio-Demográfico, o *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP), de Adriano Vaz Serra (1987).

### 5.1 – Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico integrará a primeira parte do instrumento de colheita de dados a ser preenchido pelos indivíduos com tumor do aparelho locomotor.

É constituído por questões de resposta curta ou alternativa. Os dados relativos ao indivíduo são colhidos com o objectivo de caracterizar a amostra.

As variáveis sócio-demográficas relativamente ao indivíduo presentes no questionário são: o género, a idade, o nível de escolaridade, a categoria profissional, o exercício profissional, tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor.

### 5.2 – *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*

A versão em Português, foi traduzida e adaptada por Figueiras e Jerónimo (2002), para estudo dos modelos de senso comum na epilepsia e suas implicações para a qualidade de vida.

A adaptação e validação do instrumento em doentes oncológicos foi realizada por Santos (2003). A autora concluiu que o IPQ-R é um instrumento fiável, válido e sensível para explorar o papel das percepções específicas da doença oncológica sobre o processo adaptativo e resultados em saúde.

### 5.3 – Inventário de Resolução De Problemas (IRP)

O IRP integrou a terceira parte do instrumento de colheita de dados a ser preenchido pelas com tumor do aparelho locomotor.

É um questionário constituído por 40 itens que são discriminadores de grupos extremos, não são influenciados por diferenças de género e têm uma correlação altamente significativa com a nota global assim como uma boa estabilidade temporal, apresentando uma correlação teste/reteste de  $r=0,808$  ( $n=102$ ), que é altamente significativo, com um valor de  $p<0,01$ , com um mínimo de 4 semanas de intervalo. A consistência interna da escala foi medida através do coeficiente de Spearman-Brown que apresentou um valor de 0,808, indicador de uma boa consistência interna.

## 6 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A primeira parte do instrumento de colheita de dados consiste na apresentação do grupo de trabalho, assim como na exposição dos objectivos da investigação, de modo a transmitir a informação necessária para obter consentimentos livres e esclarecidos.

As pessoas são informadas acerca da finalidade do estudo e pedida a sua colaboração, pelo que a sua participação é voluntária, sendo assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas.

É enviado um ofício para a administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, requerendo a autorização para a aplicação dos questionários. Os questionários só são aplicados após obtenção da aprovação. No domínio do nosso estudo as considerações éticas não são omitidas, sendo salvaguardados todos os aspectos considerados pertinentes referentes ao procedimento da recolha de dados.

O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração dos H.U.C., após o parecer favorável Comissão de Ética para a Saúde do referido Hospital.

## 7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

De modo a responder às questões de investigação em estudo, os dados recolhidos precisam de ser tratados, pois “*sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colhidos constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números*” (Polit e Hungler, 1995, p.227).

Uma vez que o presente estudo é descritivo-correlacional, com recurso ao método quantitativo, os dados estatísticos são tratados informaticamente, através do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 14.0.

Assim, de modo a sistematizar e a destacar a informação disponível, recorreremos ao uso da estatística descritiva e da estatística inferencial. Neste âmbito, de modo a podermos realizar uma melhor análise e interpretação dos dados, procedemos à sua apresentação em quadros.

Como medidas estatísticas descritivas usamos quando adequado as:

- Distribuições de frequências (%);

Medidas de Tendência Central, nomeadamente:

- Média aritmética ( $\bar{X}$ );
- Mediana (Md);
- Moda (Mo);

Medidas de Dispersão ou Variabilidade, tais como:

- Desvio padrão (S).

Como medidas estatísticas inferenciais, recorreremos ao teste paramétrico de significância da correlação de Pearson, teste t de student para grupos independentes, o teste de análise da variância ANOVA e regressões lineares, pelo facto da nossa amostra cumprir os pressupostos, dado que em ambos os casos, tanto no teste de normalidade como no teste de homogeneidade da variância os valores da significância do teste são  $> 0,05$ .

As hipóteses foram testadas com um grau de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Este permite afirmar com 95% de confiança que existe uma relação de associação entre as variáveis.

No que se refere às decisões referentes à importância das relações entre variáveis, através da interpretação dos coeficientes de correlação, não existe consenso entre os diversos autores. Como tal optámos pela classificação de Pestana e Gageiro apud Santos (2006, p.150) na qual “*por convenção, valores de r menores do que 0,2 indicam uma associação muito baixa, entre 0,2 e 0,3 baixa, entre 0,4 e 0,69 moderada, entre 0,7 e 0,89 alta e por fim acima de 0,9 uma associação muito alta*”.

### **CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Neste capítulo pretende-se expor a informação obtida, através do tratamento estatístico dos dados colhidos, assim como dar resposta à questão de investigação formulada previamente.

Segundo (Polit *et al.*, 2004), a análise estatística permite que o investigador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica. Fortin (1999) corrobora, afirmando que a análise estatística, permite sintetizar a informação numérica de forma estruturada, de modo a obter uma representação das variáveis medidas numa amostra.

As estatísticas podem ser descritivas ou inferenciais. A estatística descritiva é usada para descrever e sintetizar os dados, enquanto que as estatísticas inferenciais permitem averiguar se as relações observadas entre variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi retirada (Polit *et al.*, 2004; Fortin, 1999).

Para apresentar os dados obtidos, recorreremos ao uso de quadros com os respectivos dados estatísticos, que serão precedidos da respectiva análise.

## 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Interessa caracterizar a amostra, pelo que efectuamos uma breve análise dos dados referentes às variáveis atributo, resumidos no quadro nº 2.

A amostra é constituída por 64 indivíduos com tumor do aparelho locomotor, dos quais, 34 são homens e 30 são mulheres, correspondendo a 53,10% e 46,90% da amostra, respectivamente. Assim, a moda corresponde ao sexo masculino.

Relativamente à idade, verificamos que a média de idades é de 45,11 anos, com um desvio padrão de 14,55 e mediana de 47,00 anos de idade. O grupo mais numeroso, 25,00%, corresponde ao dos indivíduos com tumor do aparelho locomotor com idades compreendidas entre os 40-49 anos de idade.

No que concerne ao estado civil 20,30% da amostra é solteiro, enquanto que 79,70% é casado. A moda corresponde assim à categoria casado.

A maioria dos indivíduos 68,80% vive numa área urbana, enquanto que 31,20% vive numa área rural.

O nível de escolaridade mais verificado na amostra é o ensino superior que representa 40,60% dos indivíduos. No entanto, 29,70% concluíram o ensino básico assim como, 29,70% concluíram o ensino secundário. A moda corresponde assim ao ensino superior.

No que diz respeito à categoria profissional, verificamos que nenhum dos elementos da amostra pertence à categoria I (grandes industriais e profissões de elevada competência técnica). A categoria II (profissões liberais de competência média, comerciantes e industriais de pequenas empresas) é representada por 25,00%. É na categoria III (operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e pequenos proprietários agrícolas) que se inclui a maior parte da amostra 45,30%, enquanto que a categoria IV (operários não especializados e trabalhadores rurais) representa 14,10% da amostra. A categoria outros inclui 15,60% da amostra.

A maior parte da amostra (67,20%), exerce actividade profissional, enquanto que 21,90% não exerce qualquer tipo de actividade. A categoria “não se aplica” é representada por 10,70% da amostra.

A média do tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor é de 9,39 meses, com um desvio padrão de 6,27 e uma mediana de 7,00 anos, correspondendo o grupo mais numeroso (59,40%) ao dos indivíduos com diagnóstico de tumor do aparelho locomotor entre os seis e os dezassete meses, seguido do grupo de

indivíduos com diagnóstico de tumor do aparelho locomotor inferior a seis meses, correspondendo a 18,80%.

No que diz respeito ao credo religioso, a maioria da amostra é católica, cerca de 87,50%, pelo que apenas 12,50% não têm qualquer crença.

Relativamente à vivência de experiências de doença oncológica, verificamos que 53,10% não vivenciaram experiências de doença oncológica de familiares, enquanto que 46,90% vivenciaram experiências de doença oncológica de familiares.

No que diz respeito à sintomatologia apresentada pelo indivíduo com tumor do aparelho locomotor, constatamos que a maior parte (82,80%) experimentaram vômitos/náuseas assim como cansaço, enquanto que 76,60% apresentaram mucosite e 23,40% tiveram queda de cabelo.

Podemos caracterizar sumariamente a amostra deste estudo como constituída por: indivíduos entre os 40-49 anos, repartidos entre os dois géneros (34 representam o sexo masculino e 30 representam o sexo feminino), com formação do ensino superior (40,60%). Relativamente à categorização profissional, são essencialmente operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas, dos quais 67,20% são activos. Apresentam como características clínicas: o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor, que se situa entre os seis e os dezassete meses (59,40%), a vivência de experiências anteriores de doença oncológica (53,90%), sintomatologia mais frequente vômitos/náuseas e cansaço correspondentes a 82,80% da amostra, seguida da queda de cabelo que corresponde a 62,50% da amostra.

Quadro nº 2: Distribuição dos elementos da amostra segundo as características sócio-demográficas (n=64)

VARIÁVEIS	n	%	
<b>SEXO</b>			
Masculino	34	53,10	Mo = Masculino
Feminino	30	46,90	
<b>IDADE</b>			
10-19 anos	1	1,60	$\bar{x} = 45,11$ Md = 47,00 S = 14,55
20-29 anos	12	18,80	
30-39 anos	10	15,60	
40-49 anos	16	25,00	
50-59 anos	15	23,40	
60-69 anos	10	15,60	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Solteiro	13	20,30	Mo = Casado
Casado	51	79,70	
Viúvo	0	0	
União de facto	0	0	
Divorciado	0	0	
<b>RESIDÊNCIA</b>			
Rural	20	31,20	Mo = Urbana
Urbana	44	68,80	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Ensino Básico	19	29,70	Mo = Ensino Superior
Ensino Secundário	19	29,70	
Ensino Superior	26	40,60	
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>			
Categoria I	0	0	Mo = Categoria III
Categoria II	16	25,00	
Categoria III	29	45,30	
Categoria IV	9	14,10	
Outros	10	15,60	
<b>SITUAÇÃO LABORAL</b>			
Activo	43	67,20	Mo = Exerce actividade profissional
Inactivo	14	21,90	
Não se aplica	7	10,90	
<b>TEMPO DECORRIDO APÓS DIAGNÓSTICO DE TUMOR</b>			
< 6 meses	12	18,80	$\bar{x} = 9,39$ Md = 7,00 S = 6,27
6 - 12 meses	38	59,40	
12 - 18 meses	9	14,10	
18 - 24 meses	1	1,60	
24 - 32 meses	2	3,10	
32 - 36 meses	1	1,60	
36 - 40 meses	1	1,60	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católico	56	87,50	Mo = Católico
Ateu	8	12,50	
<b>EXPERIÊNCIA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE FAMILIAR</b>			
Sim	30	46,90	Mo = Não vivenciou doença oncológica
Não	34	53,10	
<b>VÓMITOS/NÁUSEAS</b>			
Sim	53	82,80	Mo = Vómitos/Náuseas
Não	11	17,20	
<b>QUEDA DE CABELO</b>			
Sim	40	62,50	Mo = Queda de cabelo
Não	24	37,50	
<b>MUCOSITE</b>			
Sim	15	23,40	Mo = Sem mucosite
Não	49	76,60	
<b>CANSAÇO</b>			
Sim	53	82,80	Mo = Cansaço
Não	11	17,20	

## 2 – A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Com vista a proceder ao teste das hipóteses de investigação formuladas, procedemos à apresentação dos resultados obtidos através da análise estatística. Desta forma, apresentamos os resultados que se consideram mais significativos, ou seja, que são considerados indispensáveis para a análise interpretativa.

### 2.1 – Relação da representação da doença com as estratégias de *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor

No que respeita à representação da doença das pessoas da amostra, considerámos os pontos médios de amplitude de cada uma das dimensões do IPQ-R, podendo constatar que os indivíduos apresentam valores superiores para as dimensões “Duração (aguda/crónica)”, “Duração (cíclica)”, “Consequências”, “Controlo Pessoal”, “Controlo de Tratamento”, “Coerência da Doença”, “Representação Emocional”, “Factores de risco genéricos” e “Factores de risco específicos”. Nas restantes dimensões os valores situam-se abaixo do ponto médio de amplitude, nomeadamente “Identidade da doença”, “Atribuições Psicológicas”, “Imunidade e acidente”.

Quadro nº 3 - Resumo estatístico referente às dimensões do IPQ-R (n=64)

DIMENSÕES DO IPQ-R	ÍNDICE DA AMOSTRA (N=64)			
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	AMPLITUDE TEÓRICA	PONTO MÉDIO DE AMPLITUDE
Identidade da doença	6,55	1,40	0 - 14	7
Duração (aguda/crónica)	20,31	4,01	1 - 30	15
Duração (cíclica)	13,72	2,42	1 - 20	10
Consequências	23,66	2,93	1 - 30	15
Controlo Pessoal	22,19	4,62	1 - 30	15
Controlo de Tratamento	19,55	2,27	1 - 25	12,5
Coerência da Doença	13,39	3,16	1 - 25	12,5
Representação Emocional	21,56	3,16	1 - 25	12,5
Atribuições Psicológicas	14,72	3,61	1 - 35	18
Factores de risco genéricos	10,22	1,94	1 - 20	10
Factores de risco específicos	11,11	2,27	1 - 20	10
Imunidade e acidente	7,27	1,59	1 - 15	8

Para a hipótese formulada determinámos os coeficientes de correlação bivariada de Pearson.

Face aos dados verificados no quadro nº 3, constatamos pela análise da matriz de correlações produzida, que as correlações entre as dimensões da representação da doença e o IRP são muito baixas e moderadas, visto que o coeficiente de Pearson varia entre  $-0,58 < r < 0,22$ .

Verificamos ainda a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e o IRP, uma vez que  $p < 0,05$ , nomeadamente as dimensões “Duração (aguda/crónica)” ( $r=0,28$ ;  $p=0,02$ ), “Duração (cíclica)” ( $r=-0,44$ ;  $p=0,00$ ), “Representação Emocional” ( $r=-0,58$ ;  $p=0,00$ ).

Analisando as dimensões de ambos os instrumentos, verificamos as seguintes correlações entre as seguintes dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP:

A dimensão do IPQ-R “Duração aguda/crónica” e a dimensão do IRP “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” ( $r=0,36$ ;  $p < 0,03$ ). Dimensão do IPQ-R “Duração cíclica” e as dimensões do IRP “Confronto e resolução activa dos problemas” ( $r=-0,33$ ;  $p=0,01$ ), “Abandono Passivo” ( $r=-0,33$ ;  $p=0,01$ ), “Confronto com os problemas e planificação de estratégias” ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ) e

“Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=-0,52$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Consequências” e a dimensão do IRP “Estratégias de controlo das emoções” ( $r=-0,34$ ;  $p=0,01$ ). A dimensão do IPQ-R “Controlo pessoal” e as dimensões do IRP “Agressividade internalizada/externalizada” ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ), “Auto-responsabilização e medo das consequências” ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ), Confronto com os problemas e planificação de estratégias ( $r=0,37$ ;  $p=0,02$ ), “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=0,48$ ;  $p=0,00$ ) e “Estratégias de controlo das emoções” ( $r=-0,46$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Controlo do tratamento” e as dimensões do IRP “Confronto e resolução activa dos problemas” ( $r=-0,37$ ;  $p=0,00$ ) e “Abandono Passivo” ( $r=-0,37$ ;  $p=0,01$ ), “Pedido de ajuda” ( $r=-0,58$ ;  $p=0,00$ ), “Estratégias de controlo das emoções” ( $r=-0,45$ ;  $p=0,00$ ), “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” ( $r=-0,49$ ;  $p=0,00$ ) e “Auto-responsabilização e medo das consequências” ( $r=-0,61$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Coerência da doença” e as dimensões do IRP “Pedido de ajuda” ( $r=0,37$ ;  $p=0,02$ ), “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=-0,44$ ;  $p=0,00$ ), “Confronto com os problemas e planificação de estratégias” ( $r=-0,45$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Representação emocional” e as dimensões do IRP “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=-0,66$ ;  $p=0,00$ ), “Confronto com os problemas e planificação de estratégias” ( $r=-0,60$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Factores de risco genéricos” e as dimensões do IRP “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” ( $r=-0,25$ ;  $p=0,04$ ).

Quadro nº 4 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP (n = 64)

DIMENSÕES IRQ-R	DIMENSÕES IRP																			
	Pedido de ajuda		Confronto e resolução activa dos problemas		Abandono Passivo		Controlo interno/externo dos problemas		Estratégias de controlo das emoções		Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências		Agressividade internalizada/externalizada		Auto-responsabilização e medo das consequências		Confronto com os problemas e planificação de estratégias		Total IRP	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Identidade da doença	0,15	0,24	0,12	0,33	0,12	0,33	0,23	0,86	-0,06	0,64	0,21	0,09	-0,14	0,29	0,14	0,27	0,98	0,12	0,21	0,10
Duração (aguda/crónica)	0,08	0,55	0,10	0,42	0,10	0,42	0,24	0,06	-0,22	0,07	<b>0,36</b>	<b>0,03</b>	-0,11	0,41	0,07	0,56	0,22	0,08	<b>0,28</b>	<b>0,02</b>
Duração (cíclica)	0,15	0,24	<b>-0,33</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,52</b>	<b>0,00</b>	0,13	0,32	-0,14	0,28	-0,24	0,06	-0,17	0,17	<b>-0,31</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,44</b>	<b>0,00</b>
Consequências	0,10	0,44	0,06	0,67	0,56	0,67	-0,67	0,18	<b>-0,34</b>	<b>0,01</b>	0,20	0,17	-0,06	0,61	0,08	0,56	-0,11	0,40	-0,03	0,81
Controlo Pessoal	-0,12	0,37	-0,24	0,85	-0,24	0,85	<b>0,48</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,46</b>	<b>0,00</b>	-0,13	0,29	<b>-0,31</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,01</b>	<b>0,37</b>	<b>0,02</b>	0,22	0,08
Controlo de Tratamento	<b>-0,58</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,37</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,37</b>	<b>0,01</b>	0,07	0,61	<b>-0,45</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,00</b>	-,017	0,18	<b>-0,61</b>	<b>0,00</b>	0,20	0,12	-0,23	0,06
Coerência da Doença	<b>0,37</b>	<b>0,02</b>	0,08	0,55	0,77	0,55	<b>-0,44</b>	<b>0,00</b>	0,14	0,27	0,12	0,36	0,23	0,06	0,20	0,12	<b>-0,45</b>	<b>0,00</b>	-0,21	0,10
Representação Emocional	0,12	0,31	-0,12	0,36	-0,12	0,36	<b>-0,66</b>	<b>0,00</b>	0,05	0,62	-0,20	0,90	-0,02	0,89	0,01	0,94	<b>-0,60</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,58</b>	<b>0,00</b>
Atribuições Psicológicas	0,45	0,73	0,00	0,10	0,00	0,10	0,09	0,47	0,16	0,90	0,01	0,10	0,12	0,34	0,02	0,85	-0,24	0,85	0,61	0,63
Factores de risco genéricos	-0,12	0,33	-0,08	0,51	-0,83	0,51	-0,34	0,79	0,07	0,90	<b>-0,25</b>	<b>0,04</b>	0,02	0,10	-0,02	0,85	-0,15	0,25	0,00	0,10
Factores de risco específicos	0,80	0,53	0,13	0,30	0,13	0,30	0,04	0,98	0,22	0,08	0,09	0,48	0,11	0,38	0,16	0,22	0,41	0,75	0,14	0,26
Imunidade e acidente	0,10	0,40	0,15	0,250	0,15	0,25	0,09	0,48	-0,61	0,63	0,07	0,61	-0,31	0,81	0,09	0,48	-0,16	0,21	-0,04	0,75

Procedemos então à análise descritiva da variável *coping*. Calculámos a média e o desvio padrão para cada um dos factores do IRP da amostra, tendo sido posteriormente comparadas com as médias das dimensões de referência para os indivíduos da população geral, como apresenta o quadro nº 5. Assim, verificamos no factor “Confronto e resolução activa dos problemas” a média de 25,13, no factor “Estratégias de controlo das emoções” a média de 17,10 e no factor “Agressividade internalizada/externalizada” a média de 9,70, médias superiores às de referência para a população geral.

Os factores “Controlo interno/externo dos problemas” (31,09) e “Auto-responsabilização e medo das consequências” (16,22), apresentam médias próximas das médias de referência para a população geral. A média do IRP total da amostra em estudo, 152,03, é inferior, embora próxima, à média do IRP total para a população geral.

Quadro nº 5 - Resumo estatístico comparativo referente aos factores do IRP

DIMENSÕES DO IRP	ÍNDICE POPULAÇÃO GERAL		ÍNDICE DA AMOSTRA (N=64)	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Pedido de ajuda	17,15	4,11	16,22	3,45
Confronto e resolução activa dos problemas	24,70	4,72	25,13	3,48
Abandono passivo perante a situação	13,09	2,01	12,61	1,63
Controlo interno/externo dos problemas	31,35	4,99	31,09	4,35
Estratégias de controlo das emoções	16,66	3,00	17,10	23,26
Atitude activa de nãointerferência na vida quotidiana pelas ocorrências	13,30	2,87	11,42	3,05
Agressividade internalizada/externalizada	9,34	1,32	9,70	0,63
Auto-responsabilização e medo das consequências	16,57	3,16	16,22	2,37
Confronto com os problemas e planificação de estratégias	14,72	3,61	12,53	7,71
IRP TOTAL	153,83	16,40	152,03	13,17

Analisando um modelo de regressão linear simples entre o IRP total e a representação mental da doença, assumindo como preditor os factores da representação mental da doença e como variável dependente o IRP total, verificamos que é possível um modelo de regressão ( $F=8,34$ ;  $p<0,001$ ) com estas variáveis. Assim, encontramos um modelo que explica 79,90% da variância ( $r^2=0,64$ ), surgindo como preditor a “Duração (Aguda/Crónica)” ( $\beta=-0,41$ ;  $t=-2,83$ ;  $p<0,01$ ), as “Consequências” ( $\beta=0,43$ ;  $t=2,74$ ;  $p<0,01$ ), o “Controlo de Tratamento” ( $\beta=-0,83$ ;  $t=4,66$ ;  $p<0,001$ ), a “Representação Emocional” ( $\beta=-1$ ;  $t=-3,72$ ;  $p<0,001$ ). Deste modo, neste modelo as estratégias de resolução de problemas são explicadas em 79,90% pela representação da doença.

Da análise do quadro nº 6, podemos constatar que os sintomas mais referidos são Náuseas, Perda de força, Tonturas, Perda de peso, Perda de peso e Indisposição de estômago.

Quadro nº 6 – Estatísticas descritivas da sub-escala “Identidade da Doença”

SINTOMA	n	%
Náuseas	53	82,80
Perda de força	50	78,10
Tonturas	49	76,60
Perda de peso	45	73,30
Indisposição de estômago	39	60,90
Dificuldade em dormir	39	60,90
Dores	26	40,60
Fadiga	53	34,40
Falta de ar	16	25,00
Dor de garganta	11	17,20
Dificuldade respirar	8	12,50
Olhos inflamados	4	6,30
Dores de cabeça	4	6,30

## 2.2 – Relação da representação da doença com o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor

Para testar a hipótese formulada, determinámos os coeficientes de correlação bivariada de Pearson. Face aos dados verificados no quadro nº 7, constatamos pela análise da matriz de correlações produzida, que as correlações entre as dimensões da representação da doença e o IRP são muito baixas e moderadas, visto que o coeficiente de Pearson varia entre  $-0,60 < r < 0,48$ .

Verificamos ainda, a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e o tempo de diagnóstico de tumor, uma vez que  $p < 0,05$ , nomeadamente as dimensões “Coerência da doença” ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,001$ ), “Representação emocional” ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,03$ ).

Quadro nº 7 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o IPQ-R e o tempo de diagnóstico de tumor (n = 64)

<i>IPQ-R</i>	<b>Tempo diagnóstico do tumor</b>	
Duração (aguda/crónica)	r = 0,03	p=0,84
Duração (cíclica)	r =-0,15	p=0,24
Consequências	r =-0,21	p=0,09
Controlo Pessoal	r = -0,15	p=0,23
Controlo de Tratamento	r =-0,25	p=0,05
Coerência da Doença	r =0,48	<b>p&lt;0,001</b>
Representação Emocional	r =-0,28	<b>p=0,03</b>
Atribuições Psicológicas	r =0,04	p=0,74
Factores de risco genéricos	r =-0,12	p=0,33
Factores de risco específicos	r =-0,60	p=0,64
Imunidade e acidente	r =0,06	p=0,61
Identidade da doença	r = -0,01	p=0,96

### 2.3 – Relação entre a representação da doença com o sexo da pessoa com tumor do aparelho locomotor

Com os pressupostos cumpridos, dado que em ambos os casos, tanto no teste de normalidade como no teste de homogeneidade da variância os valores da significância do teste são  $> 0.05$ , podemos prosseguir para o teste t de student.

De acordo com análise do quadro nº 8, no qual são apresentados os resultados do teste t para grupos independentes, podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p < 0,05$ , para o factor “Consequências” ( $p=0,003$ ) e para a “Coerência da Doença” ( $p=0,01$ ).

Deste modo, podemos dizer que existem diferenças pontuais de género no que diz respeito à representação mental da doença, apenas no que se refere ao às consequências e à coerência da doença.

Quadro nº 8 - Resultado da aplicação do teste t para grupos independentes entre o IPQ-R e o sexo (n = 64)

<i>IPQ-R</i>	<b>GÉNERO</b>	<b>N</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DESVIO</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Duração (aguda/crónica)	Masculino	34	19,06	3,86	-2,84	0,24
	Feminino	30	21,77	3,73		
Duração (cíclica)	Masculino	34	13,29	2,43	-1,51	0,09
	Feminino	30	14,20	2,35		
Consequências	Masculino	34	23,09	3,65	-1,67	<b>0,00</b>
	Feminino	30	24,30	1,62		
Controlo pessoal	Masculino	34	23,18	4,76	1,86	0,85
	Feminino	30	21,07	4,25		
Controlo de tratamento	Masculino	34	19,94	2,28	1,50	0,97
	Feminino	30	19,10	2,22		
Coerência da Doença	Masculino	34	13,41	3,77	0,06	<b>0,01</b>
	Feminino	30	13,37	2,34		
Representação Emocional	Masculino	34	20,41	3,36	-3,22	0,55
	Feminino	30	22,87	2,63		
Atribuições Psicológicas	Masculino	34	15,03	3,31	0,73	0,82
	Feminino	30	14,37	3,94		
Factores de risco genéricos	Masculino	34	10,59	1,97	1,64	0,69
	Feminino	30	9,80	1,84		
Factores de risco específicos	Masculino	34	11,18	2,11	0,25	0,63
	Feminino	30	11,03	2,47		
Imunidade e acidente	Masculino	34	7,18	1,53	-0,48	0,44
	Feminino	30	7,37	1,67		
Identidade da Doença	Masculino	34	6,44	1,48	-0,64	0,33
	Feminino	30	6,67	1,32		

## 2.4 – Relação da representação da doença com a idade da pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para a hipótese formulada determinámos os coeficientes de correlação bivariada de Pearson.

Face aos dados verificados no quadro nº 9, constatamos pela análise da matriz de correlações produzida, que as correlações entre as dimensões da representação da doença e o IRP são muito baixas e moderadas, visto que o coeficiente de Pearson varia entre  $-0,38 < r < 0,40$ .

Verificamos ainda, a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e a idade, uma vez que  $p < 0,05$ , nomeadamente as dimensões “Duração (aguda/cíclica)” ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,001$ ), “Controlo pessoal” ( $r = -0,31$ ;  $p = 0,01$ ). À medida que aumenta a idade diminui a representação da doença nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”.

Quadro nº 9 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o IPQ-R e a idade do indivíduo (n = 64)

<i><b>IPQ-R</b></i>	<b>Idade</b>	
Duração (aguda/crónica)	r = -0,38	<b>p &lt; 0,001</b>
Duração (cíclica)	r = 0,11	p = 0,40
Consequências	r = -0,21	p = 0,09
Controlo Pessoal	r = -0,31	<b>p = 0,01</b>
Controlo de Tratamento	r = 0,13	p = 0,32
Coerência da Doença	r = -0,05	p = 0,71
Representação Emocional	r = 0,17	p = 0,18
Atribuições Psicológicas	r = 0,30	p = 0,82
Factores de risco genéricos	r = 0,20	p = 0,11
Factores de risco específicos	r = 0,17	p = 0,19
Imunidade e acidente	r = 0,40	p = 0,76
Identidade da Doença	r = -0,02	p = 0,90

## 2.5 – Relação entre a representação da doença com o nível de escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para a hipótese formulada, determinámos a análise de variância ANOVA, para verificar o significado das diferentes médias existentes.

Verificadas as diferenças de médias nos factores do IPQ-R entre os três grupos de escolaridade, constatamos, pela análise do quadro nº10 que existem diferenças significativa para os factores “Duração (aguda/crónica)” ( $p=0,01$ ), “Consequências” ( $p<0,001$ ), “Controlo Pessoal” ( $p<0,001$ ), “Controlo de Tratamento” ( $p<0,001$ ), “Representação Emocional” ( $p=0,02$ ).

Quadro nº 10 - Médias para o IPQ-R pelos níveis de escolaridade (n=64)

<b>IPQ-R</b>	<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>	<b>n</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Duração (aguda/crónica)	Básico	19	18,26	4,81	<b>0,01</b>
	Secundário	19	20,37		
	Superior	26	21,81		
Duração (cíclica)	Básico	19	13,84	0,20	0,82
	Secundário	19	13,42		
	Superior	26	13,85		
Consequências	Básico	19	21,37	12,42	<b>0,00</b>
	Secundário	19	23,95		
	Superior	26	25,12		
Controlo Pessoal	Básico	19	17,79	21,70	<b>0,00</b>
	Secundário	19	23,00		
	Superior	26	24,81		
Controlo de Tratamento	Básico	19	17,95	9,30	<b>0,00</b>
	Secundário	19	20,68		
	Superior	26	19,88		
Coerência da Doença	Básico	19	14,21	1,83	0,17
	Secundário	19	12,32		
	Superior	26	13,58		
Representação Emocional	Básico	19	23,16	4,00	<b>0,02</b>
	Secundário	19	20,37		
	Superior	26	21,27		
Atribuições Psicológicas	Básico	19	13,79	0,91	0,41
	Secundário	19	15,21		
	Superior	26	15,04		
Factores de risco genéricos	Básico	19	10,47	0,99	0,38
	Secundário	19	10,53		
	Superior	26	9,81		
Factores de risco específicos	Básico	19	11,52	0,92	0,40
	Secundário	19	11,31		
	Superior	26	10,65		
Imunidade e acidente	Básico	19	7,79	1,56	0,22
	Secundário	19	6,95		
	Superior	26	7,11		
Identidade da Doença	Básico	19	6,42	0,11	0,89
	Secundário	19	6,63		
	Superior	26	6,58		

2.6 – Relação da representação da doença com a vivência de experiências de saúde anteriores de familiares, na pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para a hipótese formulada, efectuamos o teste t de student entre os factores do IPQ-R e a vivência de experiências de saúde anteriores.

De acordo com análise do quadro nº 11, no qual são apresentados os resultados do teste t para grupos independentes, podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p > 0,05$ , para o factor “Duração (cíclica)” ( $p = 0,05$ ), “Consequências” ( $p < 0,001$ ) e “Controlo de Tratamento” ( $p < 0,001$ ).

Quadro nº 11 - Resultado da aplicação do teste t para grupos independentes entre o IPQ-R e a vivência de experiências de saúde anteriores (n = 64)

<i>IPQ-R</i>	Experiências	N	MÉDIA	DESVIO	t	p
Duração (aguda/crónica)	Sim	30	20,40	3,80	0,13	0,99
	Não	34	20,26	4,24		
Duração (cíclica)	Sim	30	13,33	2,64	-1,20	<b>0,05</b>
	Não	34	14,06	2,19		
Consequências	Sim	30	24,13	1,68	1,23	<b>0,00</b>
	Não	34	23,24	3,68		
Controlo pessoal	Sim	30	21,43	4,96	-1,23	0,38
	Não	34	22,85	2,26		
Controlo de tratamento	Sim	30	19,97	2,91	1,40	<b>0,00</b>
	Não	34	19,78	1,47		
Coerência da Doença	Sim	30	14,07	2,51	1,63	0,06
	Não	34	12,79	3,56		
Representação Emocional	Sim	30	21,90	2,62	0,77	0,50
	Não	34	21,26	3,75		
Atribuições Psicológicas	Sim	30	14,53	3,68	-0,38	0,70
	Não	34	14,88	3,58		
Factores de risco genéricos	Sim	30	10,30	1,78	0,31	0,75
	Não	34	10,14	2,09		
Factores de risco específicos	Sim	30	10,97	2,38	-0,47	0,64
	Não	34	11,24	2,18		
Imunidade e acidente	Sim	30	7,00	1,57	-1,26	0,21
	Não	34	7,50	1,58		
Identidade da Doença	Sim	30	6,37	1,30	-0,97	0,37
	Não	34	6,70	1,49		

## **CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados é uma etapa fundamental do processo de investigação, visto permitir colocar em relevo os dados mais significativos do estudo, bem como confrontá-los com as teorias e modelos que o suportam. Desta forma, o objectivo do presente capítulo passa por discutir os resultados, estabelecendo uma síntese entre a teoria, a investigação e os resultados.

É nesta fase que se discutem também as inferências tornadas possíveis após a aplicação dos testes estatísticos, constituindo um momento de enriquecimento do conhecimento científico.

Não obstante, convém identificar as dificuldades e limitações metodológicas, nomeadamente o tipo de amostragem utilizado não probabilístico (amostragem acidental) e a existência de poucos estudos neste domínio. O tipo de amostragem acidental foi utilizado devido à especificidade da amostra, constituída por pessoas com tumor do aparelho locomotor, uma semana após iniciar tratamento com quimioterapia. O escasso número de estudos neste domínio impôs dificuldades em justificar as nossas interpretações e explicações que decorrem das diferenças ou semelhanças com outros estudos científicos.

## 1 – RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM AS ESTRATÉGIAS DE *COPING* NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Com a elaboração da questão de investigação do estudo, pretendemos compreender a representação da doença e de que forma esta condiciona as estratégias de *coping* que a pessoa com tumor do aparelho locomotor utiliza para lidar com a doença.

Da análise ao resumo estatístico referente às dimensões do IPQ-R (quadro nº4), podemos afirmar que os indivíduos da amostra têm uma baixa identidade da doença, não lhe atribuindo como origem factores psicológicos, de imunidade ou acidente. Não obstante, têm a percepção de tratar-se de uma doença crónica, da gravidade das consequências para as suas vidas, reflectindo-se também na forte representação emocional que lhe atribuem. Acreditam nas suas capacidades para gerir os sintomas, bem como na eficácia dos tratamentos a que estão a ser submetidos. Podemos ainda afirmar que têm uma concepção pouco clara da sua doença.

No que respeita à relação entre a representação da doença e o *coping* utilizado pela pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 1), verificamos a presença de correlações estatisticamente significativas, de intensidade fraca e moderada, entre as três dimensões do IPQ-R e o *score* total do IRP, nomeadamente as dimensões “Duração (aguda/crónica)” ( $r=0,28$ ;  $p=0,02$ ), “Duração (cíclica)” ( $r=-0,44$ ;  $p=0,00$ ), “Representação Emocional” ( $r=-0,58$ ;  $p=0,00$ ).

Destas correlações, para a dimensão “Duração (aguda/crónica)”, podemos assumir que à medida que aumenta a percepção de cronicidade da doença, mais eficaz se tornam as estratégias de *coping*. Para a dimensão “Duração (cíclica)”, à medida que aumenta a percepção que os sintomas da doença variam por ciclos, diminui a eficácia das estratégias de *coping*. No que respeita à dimensão “Representação Emocional”, podemos inferir que um forte envolvimento emocional, diminui a eficácia das estratégias de *coping*.

Desta forma, a consciencialização de passagem por uma doença crónica ajuda a pessoa na transição, tornada mais eficaz pelas estratégias de *coping* positivas utilizadas. Pelo contrário, uma representação da doença fortemente emocional e a sua consideração como aguda, contribuem para estratégias de *coping* menos eficazes, já que se correlacionam negativamente com o total IRP.

Das correlações encontradas entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP, podemos afirmar que à medida aumenta o sentimento de que as pessoas estão a viver uma doença crónica, maior é o evitamento à interferência da doença na vida

quotidiana. É um tipo de *coping* centrado nas emoções, de evitamento das consequências da doença na vida quotidiana.

A periodicidade de agravamento dos sintomas tem um efeito negativo sobre vários mecanismos de *coping*, ou seja, diminui a capacidade de confronto, resolução e controlo dos problemas, bem como a capacidade de planificação de estratégias, levando a um abandono passivo perante a situação. Este facto poderá estar relacionado com intensidade dos ciclos de quimioterapia, com efeitos secundários originadores de grande mau estar.

As consequências da doença têm uma correlação negativa com as estratégias de controlo das emoções, ou seja, à medida que se deparam com a gravidade da doença, diminui a capacidade de controlar as emoções. É assim um tipo de *coping* centrado nas emoções.

A sensação de controlo da doença e dos seus sintomas conduz a estratégias de *coping* centradas nos problemas, nomeadamente aumenta a capacidade de confronto e controlo dos problemas, através da definição de estratégias para lhe fazer face. Da mesma forma, à medida que aumenta a capacidade de controlo dos sintomas, diminuem os comportamentos agressivos e verifica-se um evitamento de emoções negativas.

À medida que aumenta a percepção de controlo da doença pelo tratamento, diminui a necessidade de pedir ajuda, as pessoas tendem a enfrentar a situação, diminuem emoções negativas, assim como o evitando que a doença interfira na vida quotidiana. Verifica-se também uma menor responsabilização individual e medo das consequências, associado a um papel de maior passividade na resolução de problemas. A natureza das relações entre a percepção de controlo da doença pelo tratamento com as estratégias de *coping*, pode se justificado pela crença na eficácia dos ciclos de quimioterapia, que entra em contradição com os efeitos físicos secundários que esta provoca, originadores de mecanismos de evitamento emocional.

A dimensão “Coerência da doença” traduz o entendimento das pessoas sobre a sua doença. Este compreensão aumenta com o pedido de ajuda exterior, resultando em mecanismos de *coping* de evitamento dos problemas. Estes mecanismos adaptativos podem ser explicados pelo apoio obtido de outras pessoas com a mesma doença, aquando das situações de internamento, funcionando como uma rede de apoio informal, que é paralelamente assimilado ao distanciamento das emoções negativas que a doença provoca, explicando esta tendência de evitamento. Isto prova que a doença é processada ao mesmo tempo e de formas diferentes numa dimensão cognitiva e emocional.

Relativamente à representação emocional da doença, podemos afirmar que à medida que aumentam os sentimentos negativos relacionado com a doença, diminui a capacidade de confronto e controlo dos problemas, assim como a planificação de estratégias para lhes fazer frente.

O facto de se verificar um processamento paralelo da doença nas dimensões cognitiva e emocional, vai de encontro ao preconizado pelo Modelo de Auto-regulação do Comportamento de Doença, e a outros estudos, nomeadamente ao de Hagger e Orbell (2006) pessoas com tumor do cólon e cervical, em que os participantes apresentavam representações cognitivas e emocionais distintas. Verificaram também congruência entre a representação da doença e mecanismos adaptativos, principalmente nas repostas emocionais à doença.

No estudo efectuado por Rutter e Rutter (2002), que estudou pessoas com síndrome do cólon irritado, as pessoas que esperavam que a doença pudesse durar um longo período tempo foram as que melhor aceitaram a sua a condição. Aqueles que acreditavam que a doença era causada por factores psicológicos, utilizavam mecanismos de *coping* centrado nas emoções, de evitamento, recorrendo nomeadamente ao álcool, enquanto que os que atribuíam como causas da doença factores externos apresentavam reinterpretções positivas e comportamentos de *coping* de confrontação. As pessoas que acreditavam que a sua doença tinha consequências graves, estavam mais propensos a utilizar comportamentos de confrontação e envolviam-se mais emocionalmente. Os indivíduos que apresentavam maior crença na cura e controlo da doença apresentavam estratégias de coping activas, planeamento e reinterpretções positivas.

No estudo realizado por Rozema *et al.* (1996), no qual foram estudadas mulheres com cancro da mama, dois anos após o diagnóstico, concluindo-se que os participantes tinham diferentes percepções da doença e que estas eram determinantes para a forma como lidavam com esta. Assim, as pessoas com uma forte aceção da cronicidade da doença, dos seus sintomas, consequências e da incontrolabilidade da mesma, apresentavam piores indicadores de bem estar físico e emocional, sendo que a percepção da doença não fosse determinante para a adopção de estratégias de *coping*, mas funcionando como um factor preditivo do resultado da doença. Uma explicação dos autores para este facto consiste na especificidade do instrumento de medida para avaliar o *coping*, que o fazia de forma genérica, não definindo comportamentos específicos de *coping*.

No estudo levado a cabo por Carlisle *et al.* (2005), no qual foram estudados doentes com artrite reumatoide, verificou-se uma fraca relação entre a percepção da

doença e os mecanismos de *coping*, facto que os autores justificam com as características do instrumento de medida utilizado para o avaliar o *coping*, que especifica os diferentes comportamentos de *coping*, analisando-o apenas como um todo.

Estes resultados demonstram que a representação da doença é um factor determinante para a adaptação do indivíduo ao estado de saúde, e que as estratégias de *coping* actuam como factor mediador destes conceitos Rutter e Rutter (2002).

No estudo efectuado por Vaughan *et al.* (2003), abordou-se pessoas com esclerose múltipla, e concluiu-se que a percepção da doença é uma condição estruturante para a forma como as pessoas lidam com a doença, sendo as que têm a percepção dos efeitos negativos da doença apresentam maiores dificuldades em lidar com a doença, e manifestam elevados níveis de *distress*.

Apesar de no âmbito geral não verificarmos nenhuma correlação forte entre as variáveis, constatamos, após análise do quadro nº4, a existência de várias correlações de intensidade baixa e moderada, estaticamente significativas, entre as dimensões dos dois instrumentos de medida, o que nos leva a crer que as estratégias de coping adoptadas pelas pessoas com tumor do aparelho locomotor são mediadas pela representação que estes têm sobre a sua doença, facto corroborado pela análise ao modelo de regressão linear simples, que nos indica que as estratégias de resolução de problemas são explicadas em 79,90%, pelos factores de representação da doença.

## 2 – RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O TEMPO DECORRIDO APÓS O DIAGNÓSTICO DE TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Neste contexto, elaboramos uma hipótese para verificar se existe relação entre a representação da doença e o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor (Hipótese 2).

Ao analisarmos os resultados obtidos, comprovamos esta hipótese, já que verificamos a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e o tempo de diagnóstico de tumor, nomeadamente as dimensões “Coerência da doença”(r=0,48; p<0,001) e “Representação emocional” (r =-0,28; p=0,03).

Por conseguinte, a compreensão do estado de saúde aumenta com o tempo de diagnóstico do tumor. Verificamos também que à medida que aumenta o tempo de diagnóstico do tumor, diminui o descontrolo emocional associado à representação negativa da doença oncológica.

Estas relações poderão estar associadas a uma maior aceitação da doença que vai ocorrendo ao longo do tempo, o que leva a uma adaptação mais eficaz ao novo estado de saúde, repercutindo-se numa representação emocional menos negativa.

Neste contexto, Leventhal e Nerenz (1983) referem que o processo de adaptação à doença só é possível quando ela é aceite como uma doença crónica e o seu tratamento é visualizado, essencialmente, como controlo sintomático.

### 3 – RELAÇÃO ENTRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O SEXO DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem diferenças na representação da doença de acordo com o género da pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 3).

De acordo com análise dos dados, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p < 0,05$ , para o factor “Consequências” com o sexo feminino ( $p = 0,003$ ) e para a “Coerência da Doença” com o sexo masculino ( $p = 0,01$ ). Comprovamos assim a hipótese formulada, já que as diferenças existem e com significado estatístico.

Neste sentido, os participantes do sexo feminino tendem a apresentar um conceito de consequência da doença mais negativo do que os do sexo oposto, ao passo que os homens têm maior dificuldade em compreender a sua doença. Estes resultados coincidem com os de outros estudos, nomeadamente ao de Santos (2006).

Relativamente ao sexo, as mulheres adoptam mais comportamentos de saúde, nomeadamente as práticas preventivas de saúde (consultas de rotina regulares, cuidados dentários, entre outros). Também são as mulheres que referem mais sintomas e que procuram mais os serviços de saúde. Em contrapartida, as taxas de mortalidade são superiores nos homens. Estas dissemelhanças são justificadas pelo autor como uma percepção e avaliação díspar dos sintomas, associado a processos de socialização, expectativas e estereótipos diferentes para os dois sexos (Bishop, 1994).

#### 4 – RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM A IDADE DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem relações entre a representação da doença e a idade dos participantes (Hipótese 4). Desta forma, constatamos que à medida que aumenta a idade, menor é a percepção de cronicidade ( $r=-0,38$ ;  $p<0,001$ ) e controlo da doença ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ).

No que se refere à idade, os dados de investigação sugerem que a procura de cuidados de saúde é maior na infância e na senescência. Pensamos que estes dados se devam às necessidades específicas de saúde destes grupos etários. No entanto, os resultados de investigação neste domínio têm demonstrado diferenças na forma como os mais velhos interpretam os sintomas, atribuindo os mais ligeiros essencialmente ao declínio próprio da idade, e secundariamente à doença. Neste mesmo sentido, os trabalhos anteriores de Prohaska, Leventhal E., Leventhal H. e Keller (1985) *apud* Santos (2006), realizados com grupos de pessoas com idades distintas, consideraram que, embora as crenças sobre as doenças (não vivenciadas) fossem semelhantes, as pessoas mais idosas consideravam-se mais vulneráveis à sua presença, apresentando-se estas com implicações mais graves e valorizando menos os sintomas simples de doença, como a fadiga ou as dores.

## 5 – RELAÇÃO ENTRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem relações entre a representação da doença e a escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 5). Desta forma, as pessoas com nível de escolaridade superior possuem maior percepção que estão a viver uma doença crónica ( $p=0,01$ ), maior consciência das consequências da doença ( $p<0,001$ ) e maior controlo pessoal da doença ( $p<0,001$ ). As pessoas com ensino secundário têm maior percepção de controlo da doença por parte do tratamento ( $p<0,001$ ), e os indivíduos com o ensino básico atribuem uma representação emocional negativa à doença ( $p=0,02$ ). Assim sendo comprovamos a Hipótese 5 do nosso estudo.

As pessoas com níveis educacionais superiores e com um estatuto sócio-económico mais elevado, apresentam uma maior probabilidade de terem menos problemas de saúde, referem menos sintomas e menor consumo de fármacos, para além de avaliarem a sua saúde como mais positiva. No entanto, quando estas pessoas adoecem, procuram mais rapidamente os cuidados de saúde comparativamente aos restantes (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Sarafino, 2002 *apud* Santos, 2006).

## 6 – RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM A VIVÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE ANTERIORES, NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem relações entre a representação da doença e a experiência de saúde anteriores, da pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 6). Verificamos que as pessoas que não têm experiência prévia de lidar com doença oncológica têm a percepção de que a sua situação de doença é cíclica ( $p=0,05$ ).

Quem já lidou com situações de doença crónica com familiares tem maior percepção das consequências da doença ( $p<0,001$ ) e maior controlo da doença por parte do tratamento ( $p<0,001$ ).

Pensamos que este facto pode estar relacionado com o conhecimento transmitido pelo facto de que quem já vivenciou uma situação de doença crónica de um familiar tenha maior facilidade em entender as consequências e repercussões da sua doença.

## CONCLUSÕES GERAIS

O estudo da representação da doença e *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor, foi realizado com uma amostra de 64 indivíduos, caracterizados enquanto grupo pelos seguintes traços sócio-demográficos: idades compreendidas entre os 40-49 anos de idade, distribuídos pelos dois géneros (34 representam o sexo masculino e 30 o sexo feminino), têm como formação o ensino superior (40,60%), pertencem à categoria III da categoria profissional, pelo que são essencialmente operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas, dos quais 67,20% são activos.

Apresentam como dados de natureza clínica: tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor seis e dezassete meses (59,40% dos indivíduos); 53,10% dos indivíduos não vivenciaram experiências de doença oncológica de familiares.

Com a conclusão deste estudo podemos identificar contributos para a prática de enfermagem. O aprofundar de conhecimentos sobre os fenómenos do domínio da adaptação, vai permitir aos enfermeiros clarificar os focos de intervenção na pessoa a vivenciar um processo de transição. Ao conhecer a representação da doença e as estratégias de *coping* da pessoa com tumor do aparelho locomotor, os enfermeiros podem identificar diagnósticos de acordo com a avaliação da pessoa e o seu percurso adaptativo, prescrevendo intervenções que vão de encontro às necessidades identificadas e tendo em consideração a eficácia das estratégias de *coping* mobilizadas em cada fase do processo de transição.

Do estudo, podemos concluir os seguintes aspectos essenciais:

- a. Enquanto grupo, os elementos da amostra apresentam uma forte representação da doença, com médias superiores ao ponto de corte proposto pelos autores do instrumento de avaliação.
- b. A representação da doença, analisando os seus factores, verifica-se sobretudo na “Duração (aguda/crónica)”, “Duração (cíclica)”, “Consequências”, “Controlo Pessoal”, “Controlo de Tratamento”, “Coerência da Doença”, “Representação Emocional”, “Factores de risco genéricos” e “Factores de risco específicos”.

- c. Em relação às estratégias de *coping*, o “Confronto e resolução activa dos problemas”, as “Estratégias de controlo das emoções” e a “Agressividade internalizada/externalizada”, destacam-se com médias superiores às referidas para a população geral.
- d. Na relação entre a representação da doença e as estratégias de *coping*, verificamos que na dimensão “Duração (aguda/crónica)”, podemos assumir que à medida que aumenta a percepção de cronicidade da doença, mais eficaz se tornam as estratégias de *coping*. Para a dimensão “Duração (cíclica)”, à medida que aumenta a percepção que os sintomas da doença variam por ciclos, diminui a eficácia das estratégias de *coping*. No que respeita à dimensão “Representação Emocional”, podemos inferir que um forte envolvimento emocional, diminui a eficácia das estratégias de *coping*.
- e. A representação da doença correlaciona-se com as estratégias de *coping* nas respectivas dimensões: a “duração aguda crónica” correlaciona-se positivamente com “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências”; a “Duração cíclica” correlaciona-se negativamente com o “Confronto e resolução activa dos problemas”, “Abandono Passivo”, “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”, “Controlo interno/externo dos problemas”; as “Consequências” correlacionam-se negativamente com as “Estratégias de controlo das emoções”; o “Controlo pessoal” correlaciona-se negativamente com “Agressividade internalizada/externalizada”, “Auto-responsabilização e medo das consequências” e “Estratégias de controlo das emoções”, correlaciona-se positivamente com o “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”, e o “Controlo interno/externo dos problemas”; o “Controlo do tratamento” correlaciona-se negativamente com o “Confronto e resolução activa dos problemas”, “Abandono Passivo”, “Pedido de ajuda”, “Estratégias de controlo das emoções”, “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” e “Auto-responsabilização e medo das consequências”; A “Coerência da doença” correlaciona-se positivamente com o “Pedido de ajuda”, e negativamente com o “Controlo interno/externo dos problemas” e o “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”; A “Representação emocional” correlaciona-se negativamente com o “Controlo interno/externo dos problemas” e o “Confronto com os problemas e planificação

de estratégias”; os “Factores de risco genéricos” correlacionam-se negativamente com a “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências”.

- f. A associação entre a representação da doença e o *coping* da pessoa com tumor do aparelho locomotor, está patente no facto das estratégias de *coping* serem explicadas por um modelo de regressão linear simples, em 79,90%, pelos factores de representação da doença.
- g. Genericamente, os sintomas mais referidos pelos indivíduos da amostra, são Náuseas, Perda de força, Tonturas, Perda de peso, Indisposição de estômago e Dificuldade em dormir.
- h. A Representação da doença difere consoante o tempo de diagnóstico do tumor, sendo que “Coerência da doença” aumenta com o maior tempo decorrido após o diagnóstico do tumor e a “Representação emocional” diminui à medida que o tempo após o diagnóstico do tumor aumenta.
- i. No que se refere às diferenças de género em relação à representação da doença, constatamos que existem diferenças pontuais de género nas “Consequências”, apresentando o grupo feminino maior pontuação e na “Coerência da Doença”, apresentando o grupo masculino maior pontuação.
- j. A representação da doença correlaciona-se negativamente com a idade apenas nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e “Controlo pessoal”, ou seja, à medida que a idade da pessoa aumenta, a representação da doença diminui nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”.
- k. A Representação da Doença varia consoante o nível de escolaridade, apresentando o ensino superior médias mais elevadas para as dimensões “Duração (aguda/crónica)”, “Consequências”, “Controlo pessoal” e “Controlo de tratamento”; o ensino secundário médias mais elevadas e para a “Representação emocional”, e o ensino básico médias superiores para a “Representação emocional”.

1. A relação entre a representação da doença e a vivência de experiências de saúde anteriores de familiares, é significativa para a “Duração (cíclica)”, as “Consequências” e para o “Controlo de tratamento”.

Em síntese:

- a. A representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor explica, através de um modelo de regressão linear, 79,90% das estratégias de coping utilizadas. Neste sentido, pessoas que têm a percepção de estar a viver uma doença crónica (“Duração aguda/crónica), os que têm a percepção de estar a viver uma doença periódica “Duração cíclica” e os indivíduos que a atribuem significados emotivos à doença (“Representação emocional”), usam mais estratégias de coping no geral, sendo que as estratégias de resolução de problemas mais usadas pelos indivíduos da amostra, no geral, são o “Confronto e resolução activa dos problemas”, as “Estratégias de controlo das emoções” e a “Agressividade internalizada/externalizada”.
  
- b. A representação da doença varia de acordo com o tempo de diagnóstico do tumor, visto que o factor “Coerência da doença” aumenta de acordo com o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor e o factor “Representação emocional” diminui à medida que o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor aumenta. Verificamos também que a Representação da Doença se correlaciona negativamente com a idade nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e “Controlo pessoal”, ou seja, à medida que a idade aumenta, a representação da doença diminui nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”, ou seja, quanto maior a idade, menor é a percepção de cronicidade e controlo da doença.
  
- c. A Representação da Doença varia consoante o nível de escolaridade, apresentando o ensino superior médias mais elevadas para as dimensões “Duração (aguda/crónica)”, “Consequências”, “Controlo pessoal” e “Controlo de tratamento”; o ensino secundário médias mais elevadas e para a “Representação emocional”, e o ensino básico médias superiores para a “Representação emocional”. A relação entre a representação da doença e a vivência de experiências de saúde anteriores de familiares é significativa para a “Duração (cíclica)”, as “Consequências” e para o “Controlo de tratamento”.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Neste estudo, foram identificadas algumas dificuldades e limitações metodológicas, nomeadamente ao nível da amostra e dos estudos existentes neste domínio.

No que concerne à amostra, realça-se o reduzido número indivíduos inquiridos e o tipo de amostragem usado, não probabilístico accidental devido à especificidade da nossa amostra.

Para além destas limitações, deparámo-nos com a existência de poucos estudos nesta área, que são essencialmente internacionais, o que nos dificulta a interpretação e a fundamentação dos resultados com base na comparação com outros estudos.

Neste contexto, constituindo a investigação um produto inacabado, consideramos pertinente o aprofundamento desta problemática. Deste modo, sugere-se a realização de uma comparação dos dados obtidos com estudos qualitativos, que permitam pormenorizar e caracterizar a vida das pessoas com tumor do aparelho locomotor, de forma a que os dados possam ser cruzados com os obtidos nas investigações quantitativas, permitindo assim um conhecimento mais profundo da pessoa com tumor do aparelho locomotor e das suas vivências.

## **BIBLIOGRAFIA**

Bishop, G.D.. 1994. Health psychology: Integrating mind and body. Allyn and Bacon: Boston.

Bolander, Verolyn Barnes. 1998. Enfermagem Fundamental, 1ª edição. Lusodidacta, Lisboa, 1963 pps.

Booth, Katie. 1998. O stress e a enfermagem. Revista Nursing. 11: 7-10.

Carlisle, Alexandra; John Alexandra; Fife-Schaw, Chris; Lloyd, Mark. 2005. The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*. 10:571–587.

Folkman, S.; Moskowitz, J.. 2000. Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 55: 647-654.

Folkman, Susan; Moskowitz, Judith. 2004. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*. 55:745-74.

Fortin, Marie Fabienne. 1999. O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência, Loures. 388 pps.

Greer, S.; Morey, S.; Watson, M.. 1989. Patient adjustment to cancer: a mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33:373-377.

Hagger, Martin; Orbell, Sheina. 2006. Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology and Health*. 2:183–209.

Justo, João. 2002. Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenções e articulações. In: Territórios da psicologia oncológica (Dias, Maria; Durá, Estrella), Climepsi Editores: Lisboa.

Keith J. Petrie, Lana A. Jago and Daniel A. Devcich. 2007. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion Psychiatry*. 20:163-167.

Lawrence D.; Schank M.J.. 1993. Health status, health perceptions and health behaviors of young adult women. *International Journal of Nursing Studies*. 30: 527-535.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Pub, New York. 445 pps.

Leventhal H.; Meyer, D.; Nerenz D.R. 1980. The common sense representation of illness danger. pp. 17-30. In: *Contributions to Medical Psychology* (Rachman S., editors), Pergamon Press: New York.

Leventhal, H.; Benyamini, Y.; Brownlee, S.; Diefenbach, M.; Leventhal, E.; Patrick-Miller, L.. 1997. Illness representation: Theoretical foundations. In: *Perceptions of health and illness: Current research & applications* (K.J. Petrie, & J.A.Weinman Editors). Harwood Academic Publishers, Singapore.

Leventhal, H.; Brissette, I.; Leventhal, E. 2003. The common-sense model of self regulation of health and illness. In Linda, Cameron, Leventhal, Howard. *The self-regulation of health and illness behavior*. Londres: Routledge.

Lobiondo-Wood, Geri; Haber, Judith. 1993. *Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization*, 3<sup>a</sup> ed. Mosby, St. Louis. 554 pps.

Maes, S.; Leventhal, H.; Ridder, Denise. 1996. Coping with chronic diseases. pp. 221-251. In: *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (Zeidner, Moshe Editors). John Wiley & Sons: Oxford.

Mahasneh, Sawsan. 2001. Health perceptions and health behaviours of poor urban Jordanian women. *Journal of Advanced Nursing*. 36: 58-68.

Martins, Catarina de Sousa. 2005. Impacto do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus.

Disponível: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0339.pdf> [data da visita: 17/09/2008].

Martins, Maria. 2002. Uma crise acidental na família: o doente com AVC. FORMASAU, Coimbra.

Martins, Teresa. 2006. Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. FORMASAU, Coimbra.

Matthews, Ellyn; Snell, Katie; Coats, Heather. 2006. Intra-Arterial Chemotherapy for Limb Preservation in Patients With Osteosarcoma: Nursing Implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 5:14-26.

Meleis, A. I. e Trangenstein, P. A. 1994. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42:255-259.

Meleis, Afaf Ibrahim; Sawyer, L.; Im, E.O.; Hilfinger Messias, D.K.; Shummacker, K. 2000. Experiencing Transitions an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23: 12-28.

Mendes, Aida. 2002. Stress e Imunidade: contribuições para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress. Coimbra, FORMASAU. 191 pps.

Moniz, Luís; Barros, Luísa. 2005. Psicologia da doença para cuidados de saúde. Edições ASA, Porto.

Moss-Morris, R.; Weinman, J.; Petrie, K.J.; Horne, R.; Cameron, L.D.; Buick, D. 2002. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17:1-16.

Nerenz, D.; Leventhal, H.. 1983. Self-regulation theory in chronic illness. pp. 13-37. In: *Coping with Chronic Disease Research and Applications* (Burish TG, Bradley LA, editors). New York: Academic Press.

Ogden, J. 2003. Psicologia da saúde. Climepsi Editores, Lisboa.

Ordem Dos Enfermeiros. 2001. Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Disponível: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98\\_Padrosqualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98_Padrosqualidade.pdf) [data da visita: 15/12/09].

Organização Mundial de Saúde. 2010. Disponível: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Saúde> [data da visita: 24 Mar. 2010].

Osova, D. 1991. Effects of Cancer in Quality of Life. Londres: CRC Press.

Otto, Shirley. 2000. Enfermagem em Oncologia. 3ª ed. Lusociência, Loures.

Patrick, D.; Ferketich, S.; Frame, P.. 2002. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. In: An evidence-based review of Yoga as a complementary intervention for patients with cancer (Kelly, B.; Caroline F.), *Psycho-Oncology*. 18: 465-475.

Petronilho, Fernando Alberto Soares. 2007. Preparação do regresso a casa. Formasau, Coimbra. 216 pps.

Polit, Denise. F; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P. 2004. Fundamentos de pesquisa em enfermagem.: Método, Avaliação e Utilização. 5ª ed. Artmed, Porto Alegre. 487 pps.

Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van. 1992. Manual de Investigação em ciências sociais. Gradiva, Lisboa. 282 pps.

Ramos, Marco. 2005. Crescer em stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso. Âmbar, Porto. 317 pps.

Reis, J.. 1992. Autonomia conceitual nos processos de saúde e doença. *Psychologia*. 8: 137-169.

Ribeiro, José Luís Pais. 2005. Introdução à psicologia da saúde. 1ª ed. Quarteto, Coimbra.

Rutter, Claire; Rutter, Derek. 2002. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology*. 7:377–391.

Santos, Abel Matos; Castro, João Jácome. 1998. Stress. *Análise Psicológica*. 4:675-690.

Santos, Abel; Castro, João. 1998. Stress. *Análise Psicológica*. 4:675-690.

Santos, Célia. 2006. Doença Oncológica: representação, *coping* e qualidade de vida. 1ª edição. FORMASAU, Coimbra.

Sanzovo, Cristiane; Coelho, Myrna. 2007. Clinical psychologists' stress sources and coping strategies. *Estud. Psicol.*. 24: 227-238.

Schlossberg, Nancy K. 1984. *Counseling Adults in Transition – Linking practice with theory*. Springer Publishing Company, New York. 212 pps.

Silva, J. Cardoso. 1996. *Bioética*. Editorial Verbo, Lisboa.

Smeltzer, S.C.; Bare, B.G. 2002. Brunner & Suddarth: *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 9ªed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 1955 pps.

Stroebe, M.; Stroebe, R.. 1999. *Psicologia social e saúde*. Edições Piaget, Lisboa.

Varela, Margarida; Leal, Isabel. 2007. Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*. 3: 479-488.

Vaughan, Rachel; Morrison, Leslie; Miller, Edgar. 2003. The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*. 8:287-301.

Vaz Serra, Adriano. 1988. Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*. 9: 301-316.

Vaz Serra, Adriano. 2007. O Stress na vida de todos os dias. 3ª edição, Gráfica de Coimbra, Coimbra. 849 pps.

Wang, Susan. 2005. Biology of Osteogenic Sarcoma. *The Cancer Journal*. 11:294-305.

Watson, Jean. 2002. *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma Teoria de*

Watson, M.; Law, M.; Santos, M.; Greer, S.; Baruch, J.; Bliss, J.. 1994. The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. 12:33-46.

Wittig, J.C.; Bickels, J.; Priebat, D.; Jelinek, J.; Kellar-Graney, K.; Shmookler, B.. 2002. Osteosarcoma: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. *American Family Physician*. 65:1123-1132.

Zagonel, I.P.S. 1999. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 7: 25-32.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Questionário



## QUESTIONÁRIO

Com vista à realização de um trabalho de investigação, subordinado à temática “A Representação da Doença e o *Coping* no Indivíduo com Tumor do Aparelho Locomotor”, realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto, solicitamos a sua colaboração para a realização deste questionário.

Relativamente aos dados obtidos através do questionário é garantido o anonimato e a confidencialidade.

### I PARTE

Deve assinalar a opção correcta (x) e preencher os espaços em branco.

Idade: \_\_\_\_ Anos

Sexo: M  F

Estado Civil: Solteiro  Casado  Viúvo  União de Facto

#### **Habilitações literárias:**

Básico: até ao 9º ano

Secundário: do 9º até 12º ano

Superior: bacharelato/licenciatura

mestrado/doutoramento

Profissão: \_\_\_\_\_

Reformado: Sim  Não

Tempo decorrido após o diagnóstico do Tumor : \_\_\_\_ Anos/Meses (riscar o que não interessa)

Religião \_\_\_\_\_

Experiência em lidar com doença oncológica de familiar: Sim  Não

Área de residência: Rural  Urbana

## II PARTE

Assinale, num dos espaços à direita de cada item, os sintomas que mais o incomodam na doença.

Sintoma	Sim	Não
Fadiga (cansaço)		
Dores		
Dificuldade em dormir		
Perda de forças		
Perda de peso		
Indisposição de estômago		
Dores de cabeça		
Tonturas		
Náuseas		
Rigidez das articulações		
Falta de ar		
Queda de cabelo		
Olhos inflamados		
Mucosite		

Assinale, num dos espaços à direita de cada item, aquele que melhor descrever o grau em que cada problema o incomodou, marcando apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma ponderada, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproxima mais do modo como se comporta. Não se trata de saber o que considera melhor, mas sim o que se passa consigo.

	Concordo plenamente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
1. A minha doença dura pouco tempo					
2. A minha doença parece ser mais permanente do que temporária					
3. A minha doença vai durar muito tempo					
4. Esta doença vai passar depressa					

	<b>Concordo plenamente</b>	<b>Concordo bastante</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Discordo bastante</b>	<b>Discordo plenamente</b>
5. Acho que a minha doença vai durar para o resto da minha vida					
6. A minha doença é grave					
7. A minha doença tem grandes consequências para a minha vida					
8. A minha doença não tem grande efeito na minha vida					
9. A minha doença afecta seriamente a forma como os outros me vêem					
10. A minha doença tem sérias consequências económicas					
11. A minha doença causa dificuldades àqueles que me são próximos					
12. Há coisas que eu posso fazer para controlar os meus sintomas					
13. O que eu faço pode determinar se a minha doença melhora ou piora					
14. A evolução da minha doença depende de mim					
15. Nada do que eu faça irá afectar a minha doença					
16. Eu tenho o poder de influenciar a minha doença					
17. As minhas acções não terão qualquer efeito no resultado da minha doença					
18. A minha doença vai melhorar com o tempo					
19. Há pouco que se possa fazer para melhorar a minha doença					
20. O tratamento é eficaz na cura da minha doença					
21. Os efeitos negativos da minha doença poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
22. O tratamento pode controlar a minha doença					
23. Não há nada que possa ajudar a minha situação					
24. Os sintomas da minha doença confundem-me					
25. A minha doença é um mistério para mim					

	<b>Concordo plenamente</b>	<b>Concordo bastante</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Discordo bastante</b>	<b>Discordo plenamente</b>
26. Não compreendo a minha doença					
27. A minha doença não faz qualquer sentido para mim					
28. Tenho uma ideia clara sobre a minha doença					
29. Os sintomas da minha doença mudam bastante de dia para dia					
30. Os sintomas da minha doença vêm e vão em ciclos					
31. A minha doença é muito imprevisível					
32. A minha doença passa por fases em que melhora e piora					
33. Fico deprimido(a) quando penso sobre a minha doença					
34. Quando penso sobre a minha doença fico perturbado(a)					
35. A minha doença faz-me sentir zangado(a)					
36. A minha doença não me preocupa					
37. Ter esta doença torna-me ansioso/a					
38. A minha doença faz-me sentir medo					

Assinale, num dos espaços à direita de cada item, aquele que melhor descrever o grau em que cada causa esteve na origem da sua doença, marcando apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma ponderada, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproxima mais da causa que atribui à sua doença.

	<b>Concordo plenamente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo plenamente</b>
Stress ou preocupação					
Hereditariedade					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição ou ambiente					

	<b>Concordo plenamente</b>	<b>Concordo bastante</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Discordo bastante</b>	<b>Discordo plenamente</b>
O meu estado emocional					
O meu comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental					
Alterações das defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de trabalho					

### **III PARTE**

#### **INSTRUÇÕES**

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas. Cada uma das questões que a seguir é apresentada representa uma forma específica de reagir quando um indivíduo se confronta com uma situação indutora de stress. Refira quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus comportamentos habituais.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproxima mais do modo como se comporta. Não se trata de saber o que considera melhor, mas sim o que se passa consigo.

I. Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data. Dever-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.

Na discussão que tiveram a razão está do seu lado.

Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: “Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me vires pedir desculpa. Se não o fizeres hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves.”

Muito no seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa de lhe entregar. Conhece bem que muitos dos vossos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhes disser.

Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, de uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

Contudo, ao lembrar o que se passou, por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa; por outro lado receia as consequências.

É um problema que não sabe bem como resolver.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>1.</b> Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver os problemas					
<b>2.</b> Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-se com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer					
<b>3.</b> Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho de fazer no meu dia-a-dia					
<b>4.</b> Se não me tivesse comportado daquela maneira, isso nunca teria ocorrido; tive toda a culpa no que aconteceu					
<b>5.</b> Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo saber					

**II.** Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial. Imagine, por exemplo, que segue numa estrada com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, colide consigo e o seu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha.

Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois e segue para casa.

É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>6.</b> Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida					
<b>7.</b> O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar					
<b>8.</b> Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão					
<b>9.</b> Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são					
<b>10.</b> No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está					
<b>11.</b> Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema					

III. Sentindo-se uma pessoa competente, em determinada área, vai ser posto à prova aí a algum tempo, numa situação competitiva importante.

Verifica, entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar, aos olhos de todos, se é ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>12.</b> As pessoas andam sempre a dizer mal de mim; que azar o meu					
<b>13.</b> Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há de correr a meu favor					
<b>14.</b> Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação					
<b>15.</b> Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e ao mesmo tempo calar este indivíduo					
<b>16.</b> Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido					
<b>17.</b> Se querem guerra tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante					
<b>18.</b> Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto					
<b>19.</b> Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que me está a acontecer					
<b>20.</b> Vou pedir conselhos a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar					
<b>21.</b> De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos um a um até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir					

IV. Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>22.</b> Passo horas a ver televisão sem querer fazer mais nada					
<b>23.</b> Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem					
<b>24.</b> Meto-me na cama durante longas horas					
<b>25.</b> Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões tem em mim grandes efeitos reparadores					
<b>26.</b> Desabafo com alguém, procurando que, no fim essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades					
<b>27.</b> Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta					
<b>28.</b> Chego a bater em mim próprio					
<b>29.</b> Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou psicólogo					

V. A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas tenha tendência a

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>30.</b> Pensar constantemente em todos os factos que me preocupam					
<b>31.</b> Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis					
<b>32.</b> Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias					

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>33.</b> Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos					
<b>34.</b> Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas					
<b>35.</b> Reconhecer que sou com frequência vítima dos outros					
<b>36.</b> Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante					
<b>37.</b> Envolver-me naquelas acções de resolução de problemas que tenho a certeza que não me deixam ficar mal					
<b>38.</b> Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente influenciados pelos problemas com que me defronto					
<b>39.</b> Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os positivos dos acontecimentos					
<b>40.</b> Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo					

Muito obrigada pela sua colaboração!

## **ANEXO II**

Consentimento Informado



## PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

**Objectivo Geral:** Esta investigação pretende estudar a Representação da Doença e o *Coping* na pessoa com Tumor do Aparelho Locomotor. Pretende igualmente conhecer o impacto de alguns aspectos individuais e interpessoais na adaptação ao estado de saúde.

**Papel dos Participantes:** A sua colaboração neste projecto é voluntária e consiste no preenchimento de questionários de auto-resposta sobre diferentes áreas da sua vida.

Todos os questionários serão identificados por um código e os dados serão tratados apenas colectivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, o anonimato dos participantes.

Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) pode desistir de colaborar neste projecto sem que por isso seja prejudicada no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

**Papel dos Investigadores:** Os investigadores deste projecto comprometem-se a:

- a) Garantir **total confidencialidade** sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;
- b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para **fins de investigação** (os resultados têm unicamente valor colectivo);
- c) A sua participação neste estudo é **voluntária e não tem quaisquer implicações (não prejudica) no seu atendimento habitual.**

### Consentimento Informado

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter consciência dos objectivos e procedimentos do projecto Representação da Doença e o *Coping* na Pessoa com Tumor do Aparelho Locomotor, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo.

Coimbra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Responsáveis pelo projecto:** Enf. Rui Margato ([rmagato@gmail.com](mailto:rmagato@gmail.com))



## **ANEXO III**

Pedido de Autorização



Coimbra, 3 de Novembro de 2008

Exmo. Sr. Presidente do Conselho  
de Administração dos Hospitais da  
Universidade de Coimbra

Rui Manuel Jarró Margato, enfermeiro nos Hospitais da Universidade de Coimbra, a exercer funções no Serviço de Ortopedia B 1º Andar/ UTAL, encontra-se a elaborar a dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa do Porto, subordinado ao tema “A Representação da Doença e o *Coping* na Pessoa com Tumor do Aparelho Locomotor”, sob orientação do Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós.

A escolha desta temática emerge da necessidade de compreender a representação da doença e as estratégias de ajustamento e *coping* utilizadas pelo indivíduo para lidar com a doença oncológica, por forma a desenvolver e aperfeiçoar intervenções de enfermagem que respondam aos focos de enfermagem tidos como sensíveis ao trabalho dos enfermeiros, nomeadamente a percepção e adaptação ao estado de saúde. Ao interferirmos eficazmente nestes domínios, vamos dotar as pessoas de estratégias que podem mobilizar para responder correctamente às dificuldades que a transição do seu estado de saúde acarreta, contribuindo para inequívocos ganhos em saúde.

Para a realização do estudo é necessário proceder à colheita de dados utilizando, para o efeito, o questionário que se apresenta em anexo.

Deste modo, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para realizar uma entrevista, com o objectivo de aplicar um questionário aos indivíduos a quem tenha sido diagnosticado um tumor do aparelho locomotor, uma semana após iniciar tratamento com quimioterapia, no serviço de Ortopedia B 1º Andar/ UTAL, dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Relativamente à informação e ao tratamento dos dados obtidos é garantida a utilização do consentimento informado, anonimato e da confidencialidade. Os resultados obtidos após a realização do estudo, estes serão posteriormente facultados à instituição.

Agradece a colaboração e brevidade na resposta:

- Via e-mail: [rmargato@gmail.com](mailto:rmargato@gmail.com);

- Contacto telefónico: 966868527;

- Para a morada: Estrada da Corrente nº 205, 3020-165 Coimbra;
- Para o serviço dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Ortopedia B 1º Andar/ UTAL.

Antecipadamente grato pela atenção dedicada a este assunto,

## **ANEXO IV**

Autorização para a aplicação do questionário





**Hospitais da Universidade de Coimbra**  
**Conselho de Administração**

**AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

HUC	45	08
-----	----	----

**NOME DO PROJECTO:**

A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O COPING NO INDIVÍDUO COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

*Enf.º Rui Manuel Jarro Margato*

De acordo com a Legislação em vigor, é autorizada a realização, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 28/1/2019

Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Fernando de Jesus Regateiro)



**HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.**  
**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Presidente: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Vice-Presidente:  
Dr. David Amador Rocha; Vogais: Dra. Maria Odete Isabel; Prof. Doutor  
Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Enfermeiro: Adélio Tinoco Mendes;  
Jurista: Dra. Alexandra Vilela;  
Padre: José António Afonso Pais

Visto / Ao G.A.I.  
para difusão  
20/01/2009

Exmo. Senhor:  
Director Clínico dos  
HUC

Francisco Parente  
Director Clínico  
H.U.C.-EPE

N/Ref<sup>a</sup>  
CES

Ofício N<sup>o</sup>  
017

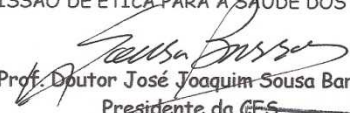
Data  
15.01.2009

ASSUNTO: [HUC-45-08] - *Estudo Observacional "A Representação da Doença e o Coping no Indivíduo com Tumor do Aparelho Locomotor"* - Enf.º Rui Manuel Jarro Margato - Curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa do Porto (Aplicação de questionário no Serviço de Ortopedia B - 1º andar / UTAL).

Cumpre-me informar Vossa Ex.<sup>a</sup> que a Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra reunida em 13 de Janeiro de 2009, com a presença da maioria dos seus membros, após análise pormenorizada do estudo mencionado em epígrafe, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DOS H.U.C., EPE

  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES

H. U. C., E. P. E.  
Comissão de Ética para a Saúde

