

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Coping Social e Adaptação à Doença Oncológica em Doentes Açorianos Deslocados

Rita Bastos Rego Costa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Luísa Pedroso de Lima, Professora Catedrática

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Outubro, 2012

Pela força e pela coragem, dedico este trabalho a todos os participantes.

Agradecimentos

À Professora Doutora Luísa Lima que tanto me ensinou e que, através das suas palavras soube sempre demonstrar o seu apoio incondicional nas alturas mais difíceis e conseguir contagiar-me com a sua boa disposição nas alturas mais precisas.

À Professora Doutora Sónia Bernardes e à Professora Doutora Sibila Marques, por tudo o que me ensinaram nestes dois anos, pelo incentivo e pelas críticas construtivas que me ajudaram indiscutivelmente ao longo deste trabalho.

À Dr.^a Maria Campos e a toda a equipa da Unidade de Radioterapia do Porto, pela prontidão e total disponibilidade em ajudar na colaboração e realização deste trabalho.

À Direção do Hospital do Divino Espírito Santo, pela possibilidade de realização do estudo e, em particular, à Dr.^a Helena Soares, ao Dr. Luís Dias, à Enfermeira Belinha e ao Enfermeiro Ricardo Pacheco, pela total disponibilidade em colaborar no estudo e pelo elevado interesse que demonstraram para a concretização do mesmo.

Aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim e que sempre tiveram uma palavra de coragem e carinho durante todo este caminho.

À Ana Catarina, à Alice, à Helena Margarida, à Joana, à Mariana, à Marta e à Teresa.

A toda a minha família, que está sempre comigo.

Aos meus pais e aos meus irmãos. A eles, devo tudo o que há em mim.

Resumo

O suporte social desempenha um papel fundamental para lidar com as exigências do cancro, melhorando o processo adaptativo e o bem-estar dos doentes.

Certas situações clínicas desta doença exigem a realização de radioterapia. Contudo, esta terapia ainda não é garantida nos Açores, conduzindo à necessidade de deslocação territorial do doente para este efeito, colocando-o longe da sua rede de suporte. Deste modo, o presente estudo pretende explorar o efeito da deslocação na relação entre a adaptação à doença oncológica e o bem-estar e a satisfação com o suporte social e o *coping* social. Para tal, recorreu-se a dois grupos de doentes açorianos, deslocados e não-deslocados para analisar estas associações.

Os resultados do estudo para o conjunto da amostra confirmam a estreita relação entre a satisfação com o suporte social e a adaptação positiva à doença e mostram que utilização de estratégias ativas pro-sociais beneficia algumas estratégias mais adaptativas com a doença, manifestando-se através das perceções de bem-estar. Ao contrário do que esperávamos, não foram encontradas diferenças entre os grupos para a relação entre a satisfação com o suporte social nem para as perceções de bem-estar, estando ambos os grupos satisfeitos com o apoio recebido. No entanto, observou-se que os doentes deslocados utilizam mais estratégias de fatalismo e espírito de luta e menos estratégias de desânimo. Os resultados também mostram diferentes associações entre a satisfação com o suporte social e o *coping* social e o bem-estar e a adaptação à doença oncológica, para os dois grupos de participantes.

Palavras-chave: Suporte social, adaptação à doença oncológica, *coping* social, doentes deslocados, Açores

Código de Classificação (*American Psychological Association*):

3293 – Cancer

3365 – Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Abstract

The social support plays a key role in dealing with the requirements of cancer, improving the adaptive process and the well-being of patients.

Certain clinical situations of this disease require radiotherapy. However, this therapy is not yet guaranteed in the Azores, leading to the need for displacement of the patient for this effect, placing it away from its support network. Thus, this study aims to explore the effect of displacement on the relationship between adaptation to cancer and well-being and satisfaction with social support and social coping. To this end, we used two groups of azoreans patients displaced and non-displaced to examine these associations.

The study results for the whole sample confirms the close relationship between satisfaction with social support and positive adaptation to cancer and show that use of pro-active social strategies benefits some strategies more adaptive to deal with the disease, manifesting itself through the perceptions of wellness. Unlike of what we expected, no differences were found between groups for the relationship between satisfaction with social support, neither for the perceptions of well-being, and both groups were satisfied with the received support. However, it was observed that displaced patients use more strategies of fatalism and fighting spirit and less discouragement strategies. The results also show different associations between satisfaction with social support, proactive coping, well-being and adaptation to cancer, for both groups of participants.

Key-words: Social support, adjustment to cancer, social coping, dislocated patients, Azores

Classification Code (*American Psychological Association*)

3293 – Cancer

3365 – Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Índice

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 1 |
| 1.1. Introdução | 1 |
| 1.2. Enquadramento Teórico | 5 |
| 1.2.1. Definição de suporte social..... | 5 |
| 1.2.2. Tipos de suporte social..... | 8 |
| 1.2.3. Suporte Social como estratégia de <i>coping</i> | 9 |
| 1.2.4. Suporte social e saúde..... | 13 |
| 1.2.5. A importância do suporte social na adaptação à doença oncológica..... | 15 |
| 2. Objetivos e Hipóteses..... | 19 |
| CAPÍTULO 2 – MÉTODO..... | 21 |
| 2.1. DESIGN DO ESTUDO..... | 21 |
| 2.2. Amostra..... | 21 |
| 2.2.1. Critérios de seleção da amostra..... | 21 |
| 2.2.2. Participantes | 22 |
| 2.3. Instrumentos..... | 26 |
| 2.3.1. Instrumentos utilizados na recolha de dados..... | 26 |
| 2.3.1.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica..... | 27 |
| 2.3.1.2. Escala reduzida de adaptação mental ao cancro (Mini-MAC)..... | 27 |
| 2.3.1.3. Questionário de Bem-Estar (W-BQ22 de Bradley, 1994)..... | 28 |
| 2.3.1.4. Escala de <i>Coping</i> Social (SACS) | 28 |
| 2.3.1.5. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) | 29 |
| 2.4. Procedimento..... | 30 |
| 2.4.1. Consentimentos | 30 |
| 2.4.2. Procedimento na recolha de dados | 31 |
| CAPÍTULO 3 – RESULTADOS | 31 |
| 3.1 - Resultados para o conjunto de participantes..... | 32 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1.1 – Resultados das associações gerais com a adaptação à doença oncológica. | 34 |
| 3.1.1.1 - Satisfação com o suporte social e adaptação à doença oncológica..... | 35 |
| 3.1.1.2 - Satisfação com o suporte social e o bem-estar subjetivo..... | 36 |
| 3.1.1.3 - <i>Coping</i> Social e Adaptação à doença oncológica | 37 |
| 3.1.1.4 - Estratégias ativas pro-sociais e bem-estar subjetivo..... | 39 |
| 3.2 – Resultados para a comparação entre grupos | 40 |
| 3.2.1 - A satisfação com o suporte social será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados | 41 |
| 3.2.2 - A adaptação à doença oncológica será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados | 42 |
| 3.2.3 - A perceção de bem-estar será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados | 43 |
| 3.2.4 - A utilização de estratégias ativas pro-sociais é maior no grupo de doentes deslocados | 44 |
| 3.3 – Resultados para as questões de investigação | 46 |
| 3.3.1 - Comparação entre as correlações encontradas para deslocados e não deslocados | 46 |
| CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO | 51 |
| 4.1 – Discussão dos Resultados | 51 |
| 4.2 – Limitações..... | 56 |
| 4.2.1 – Limitações da amostra..... | 56 |
| 4.2.2 – Limitações na recolha de dados | 56 |
| 4.2.3 – Limitações na análise dos dados | 57 |
| 4.3 – Futuras Investigações | 57 |
| CONCLUSÃO..... | 59 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |
| Anexos..... | 64 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 2.1 – <i>Variável Sexo</i> | 22 |
| Quadro 2.2 – <i>Variável Idade</i> | 22 |
| Quadro 2.3 – <i>Variável Estado Civil</i> | 22 |
| Quadro 2.4 – <i>Variável Habilitações Literárias</i> | 23 |
| Quadro 2.5 – <i>Variável Setor de Atividade</i> | 23 |
| Quadro 2.6 – <i>Variável Acompanhamento nos tratamentos</i> | 24 |
| Quadro 2.7 – <i>Variável Relação com os acompanhantes</i> | 24 |
| Quadro 2.8 – <i>Variável Tempo de Diagnóstico</i> | 25 |
| Quadro 2.9 – <i>Unidade Hospitalar onde se encontra a fazer o tratamento</i> | 25 |
| Quadro 2.10 – <i>Grupo de Neoplasia</i> | 26 |
| Quadro 3.1 - <i>Distribuição da média das diferentes subescalas da ESSS e da escala global no presente</i> | 32 |
| Quadro 3.2 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas da MiniMac e da escala global</i> | 33 |
| Quadro 3.3 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas do Questionário de bem-estar (W-BQ22) e da escala global</i> | 33 |
| Quadro 3.4 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas da SACS e da escala global</i> | 34 |
| Quadro 3.5 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas da Mini-MAC</i> | 35 |
| Quadro 3.6 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as dimensões do questionário de bem-estar subjetivo</i> | 36 |
| Quadro 3.7 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da SACS e da Mini-MAC</i> | 37 |
| Quadro 3.8 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da SACS e as escalas do Questionário de Bem-estar</i> | 39 |
| Quadro 3.9 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas da ESSS e da escala global com base nas diferenças entre grupos</i> | 41 |

| | |
|--|----|
| Quadro 3.10 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas da Mini-MAC e da escala global com nas diferenças entre grupos</i> | 42 |
| Quadro 3.11 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas do Questionário de bem-estar e da escala global com nas diferenças entre grupos</i> | 43 |
| Quadro 3.12 – <i>Distribuição da média das diferentes subescalas da SACS e da escala global com base nas diferenças entre grupos</i> | 44 |
| Quadro 3.13 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas da Mini-MAC</i> | 46 |
| Quadro 3.14 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas do Questionário de bem-estar</i> | 48 |
| Quadro 3.15 – <i>Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas da Mini-MAC</i> | 49 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1.1 - Modelo Multiaxial de coping (Dunnahoo e colegas, 1998)..... | 12 |
| Figura 1.2 - Modelo Teórico..... | 20 |

Glossário de Siglas

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

Mini-MAC – Escala Reduzida de Adaptação Mental ao Cancro

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRS – Programa Regional de Saúde

RORA - Registo Oncológico Regional dos Açores

SACS – Strategic Approach to *Coping* Scale

SRS – Serviço Regional de Saúde

URP – Unidade de Radioterapia do Porto (Quadrantes - Clínica Médica e de Diagnóstico – Grupo Joaquim Chaves)

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Introdução

Ainda nos dias de hoje, o cancro é uma doença potencialmente ameaçadora para a maioria das pessoas, associada ao seu surgimento inesperado; às ambiguidades e medos em relação ao futuro; ao processo de tratamento que por vezes se torna longo e doloroso e às mudanças exigidas a todos os níveis, consequentes desta doença. No entanto, para além de constituir um desafio emocional, esta experiência é vivida de diferentes formas, dependendo de fatores sociodemográficos, como a idade e o sexo, o estado evolutivo da doença e o tipo de tratamento necessário (Helgeson e Cohen, 1996).

De acordo com o registo, foram diagnosticados 33.052 novos casos de cancro em Portugal, segundo o Registo Oncológico Nacional (2001).

A nível regional, especificamente, na Região Autónoma dos Açores, também se verifica que o cancro é a segunda maior causa de morte, com uma incidência de 2.248 novos casos diagnosticados entre o ano de 2000 e 2002, correspondentes a uma média de 750 novos casos por ano, segundo o Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, da Direção Regional de Saúde dos Açores (PRS 2009-2012). Mais concretamente, no período entre 1997-2006 foram diagnosticados 8465 novos casos, dos quais 5018 (59.2%) do sexo masculino e 3447 (40.8%) do sexo feminino, segundo o Registo Oncológico Regional dos Açores (RORA). Este registo de base populacional que abrange todas as ilhas do Arquipélago dos Açores, em Fevereiro de 2011 registava um total de 15432 entradas, das quais 8774 foram do sexo masculino e 6658 do sexo feminino, sendo que aproximadamente 43% (6639 casos) do total apresentava já a data do óbito.

Se, por um lado, assistimos ao aumento de sobrevida dos doentes oncológicos, pela diversidade de tratamentos atualmente existentes, por outro, a natureza destes contribui em grande parte para o estigma gerado à volta da doença, tornando esta ainda mais ameaçadora, pelo reconhecimento do percurso doloroso que muitos destes tratamentos exigem. Para além disso, acrescenta-se a estes fatores a necessidade de deslocação territorial para realização de tratamentos específicos, a qual é muitas vezes a única resposta para os doentes açorianos.

Ainda que nem todos os doentes experimentem a situação desta doença da mesma forma, estes doentes enfrentam questões psicossociais comuns que esperam ser respondidas nos seus meios sociais (Helgeson e Cohen, 1996). Como tal, a qualidade e

especificidade das relações sociais que estabelecem contribuem, em grande parte, para melhorar o processo adaptativo e são determinantes para lidar com as exigências físicas e psicológicas, características da doença oncológica.

Especificamente, o apoio prestado pelas pessoas que acompanham estes doentes torna-se essencial, uma vez que o saber tolerar um momento de crise como o diagnóstico de uma doença desta natureza depende tanto de fatores internos, como da personalidade, como de recursos externos, onde surge o suporte social (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003).

Embora o suporte social seja um construto largamente estudado, especificamente no domínio da saúde, ainda não se verifica um consenso teórico relativamente à sua efetiva conceptualização.

De um modo geral, o suporte social surge na saúde como um recurso para lidar com situações que parecem exceder os recursos individuais. Especificamente, estes recursos distinguem-se entre três tipos de suporte: suporte instrumental, na prestação de uma ajuda material/tangível; suporte informativo, na prestação de informações relevantes para ajudar o indivíduo a lidar com certas dificuldades, o que normalmente é prestado através de um conselho e o suporte emocional, que se traduz pela expressão de empatia, carinho e confiança (Cohen, 2004).

Nesta linha, existe uma variedade de estudos que se focalizam nas associações entre determinados tipos de suporte (instrumental, informativo e emocional) e a adaptação à doença oncológica.

Tomando como exemplo a revisão realizada por Helgeson e Cohen (1996) que, a partir da análise de estudos descritivos, sugerem que o suporte emocional é o mais desejado pelos doentes e que estudos correlacionais sugerem que o suporte emocional tem associações mais fortes com uma melhor adaptação à doença. Especificamente, os doentes oncológicos necessitam deste tipo de suporte, visto que possibilita a expressão de valorização, preocupação, na forma de escutar e reconfortar que, numa tentativa de reestabelecer a autoestima do doente, proporciona uma diminuição de sentimentos negativos. Contudo, de um modo geral, os tipos de suporte necessários e desejados dependem sempre da natureza das situações.

Por outro lado, no que respeita ao contexto clínico dos doentes oncológicos, nem todos são idênticos e nem todos exigem o mesmo tipo de tratamento. Particularmente nos Açores ainda não é possível dar resposta a algumas especificidades de saúde na área da Oncologia, nomeadamente, à radioterapia, o que determina a necessidade de

deslocação territorial dos doentes açorianos para unidades especializadas no Continente. Por norma, esta terapia é administrada em regime ambulatorio, com uma frequência de até cinco vezes por semana. Os tratamentos podem ter uma duração de apenas alguns minutos diariamente e têm uma duração aproximada de 8 a 10 semanas, dependendo das prescrições médicas individuais de cada doente.

A circunstância de deslocação ocorre quando a situação clínica ultrapassa os recursos humanos ou técnicos da área de residência do doente, sendo importante referir também que esta situação não ocorre apenas entre uma das ilhas do Arquipélago dos Açores e o Continente, como também ocorre entre ilhas, quando as unidades de saúde não conseguem dar resposta, e até internacionalmente, em casos mais específicos. Estas deslocações dos doentes açorianos “poderão fazer-se de forma programada, em regime ambulatorio para realização de consultas, exames, tratamentos ou para internamento a fim de serem realizadas cirurgias ou atos médicos que assim o exijam” (Soares, 2010).

De acordo com os dados mais recentes da Direção Regional de Saúde dos Açores, entre o ano de 2000 e 2010, o número de doentes deslocados dos Açores em Coimbra aumentou de 324 para 588; de 299 para 502 em Lisboa e de 15 para 73 doentes no Porto, assistindo-se, assim, a um aumento significativo anual de casos deslocados no Continente. Por consequência, esta situação de deslocação pode representar um risco, na medida em que o doente deslocado se vê distanciado da sua rede de apoio mais próxima, face à necessidade de deslocação.

Os doentes açorianos, que vão ao abrigo do Serviço Regional de Saúde (SRS) têm direito à presença de um familiar ou qualquer outro acompanhante durante o deslocamento para o Continente, previsto no art.11º da Portaria N.º66/2010, de 30 de Junho, do Governo Regional dos Açores, que regula a deslocação de doentes do SRS da Região Autónoma dos Açores, segundo o qual a necessidade de acompanhamento familiar ao doente oncológico “ (...) é sempre justificada por relatório técnico (...)”. A necessidade de um segundo acompanhante também é prevista no mesmo artigo “em situações clínicas que o recomendam, quando se trate de crianças menores, com doenças (s) genética (s), neurológica e ou motora e oncológica, deverá ser objeto de fundamentação no relatório médico proponente e justificada pela respetiva Junta Médica”.

No decorrer dos tratamentos, especificamente, na cidade do Porto onde foi realizado o presente estudo, os doentes e respetivos familiares/acompanhantes são hospedados numa residência da Liga Portuguesa Contra o Cancro, destinada

exclusivamente para estas famílias, sendo também assegurado os custos de transportes, entre a unidade de tratamento e a residência. Noutros casos, os doentes ficam hospedados num apartamento particular, adquirido com a colaboração dos técnicos do Serviço de Deslocação de Doentes do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), em Ponta Delgada.

Visto que o apoio da família parece assumir um papel importante durante o processo adaptativo, e uma vez que a situação de saúde dos doentes açorianos exige, muitas vezes, a deslocação territorial, a prestação de apoio necessário e desejado nesta fase torna-se, muitas vezes, reduzida pela impossibilidade de acompanhamento familiar aos doentes, durante os tratamentos.

Esta decisão terapêutica que exige a deslocação do doente não só tem um grande impacto no próprio, como também na sua família, para aqueles a quem não é possível acompanhar o doente na situação de deslocação. Por isso, esta circunstância não só interfere no processo adaptativo do doente, como pode influenciar toda a dinâmica familiar, pelo sentimento de medo e preocupação para com o familiar doente que enfrenta agora a necessidade de partir.

Após a decisão terapêutica dos doentes açorianos, e dado que a deslocação territorial é muitas vezes a única resposta, podendo ser tomada em pouco tempo, esta situação requer da família uma reestruturação a todos os níveis, especialmente pela imposição de alteração nos papéis familiares para aqueles que ficam e para aqueles que partem, no acompanhamento ao doente. Muitas vezes também se assiste à impossibilidade de acompanhamento de alguns familiares, pela circunstância laboral, pelo encargo de menores, idosos e/ou de pessoas dependentes.

Nesta sequência, pelo facto dos doentes açorianos se encontrarem longe da família e no contexto de uma prestação de suporte reduzida pela ausência física dos membros da sua rede social de apoio, no presente trabalho propomos estudar de que forma é que esta condição natural de deslocação interfere na adaptação à doença oncológica e no bem-estar, assim como estudar o papel do suporte social neste processo.

Atendendo a que o suporte social também é reconhecido na literatura como uma estratégia de *coping*, no presente trabalho procurámos incluir claramente esta dimensão do suporte social como recurso de *coping*, procurando inserir uma perspetiva do *coping* mais abrangente e menos focalizada a nível meramente individual. Tal como realçam Folkman & Moskowitz (2004): “Although most models of coping view the individual

as embedded in a social context, the literature on coping is dominated by individualistic approaches that generally give short shrift to social aspects” (p.758).

Desta forma, o presente estudo pretende explorar o efeito da deslocação na relação entre a adaptação à doença oncológica e o bem-estar e a satisfação com o suporte social e o *coping* social.

No enquadramento teórico do presente trabalho, serão apresentados os aspetos que realçam a importância do suporte social na área da saúde, com especial atenção ao seu papel influente durante a adaptação à doença oncológica.

Nos capítulos seguintes são apresentados, nomeadamente, o método de investigação adotado e a análise dos resultados obtidos na presente investigação.

Por último, é apresentada a discussão dos resultados, na tentativa de realçar a pertinência dos mesmos, de acordo com os estudos previamente realizados no contexto do suporte social na saúde e na adaptação à doença oncológica, assim como são identificadas as limitações do estudo e algumas indicações para investigações futuras.

1.2. Enquadramento Teórico

1.2.1. Definição de suporte social

Ainda que não exista um consenso teórico quanto à efetiva conceptualização do suporte social, não deixam de existir motivos para continuar a contribuir para a sua concretização. Isto porque se tivermos em conta cada uma das suas definições, verificamos que estão todas intimamente focalizadas num ponto em comum, relativamente ao benefício das propriedades e dos processos dos sistemas sociais e relacionais em que as pessoas se encontram inseridas.

Inicialmente, Cobb (1976) definiu o suporte social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.

Especificamente para Sarason, Levine, Basham & Sarason (1983) o suporte social é geralmente definido a partir de uma perspectiva mais individual e subjetiva, que diz respeito à existência ou disponibilidade de pessoas com quem o indivíduo pode contar e em quem confiar.

Na tentativa de conceptualizar o suporte social de uma forma mais clara, Pierce, Sarason, Sarason & Henderson (1996) distinguem este conceito de duas formas, com base na perspectiva de Cohen e Wills (1985) e na de Rollins e Thomas (1979),

respetivamente: a primeira, que está ligada à forma de lidar (*coping*) com uma determinada situação e a segunda que diz respeito à abordagem de desenvolvimento, em que o suporte social contribui para o desenvolvimento pessoal e da personalidade, sendo esta última uma característica mais associada ao campo dos recursos pessoais.

Na vasta literatura sobre o suporte social, a prestação de suporte é vista como um custo, e receber o suporte como um benefício, *i.e.*, a oportunidade de prestar apoio aos outros constitui um recurso social determinante que contribui para a autoestima e para o funcionamento saudável dos indivíduos (Pierce et al. 1996).

As percepções individuais sobre a disponibilidade dos outros em quem podemos confiar para prestar suporte (suporte social percebido) são preditores consistentes e mais fortes para um melhor ajuste pessoal. Nesta linha, e atendendo à complexidade do suporte social, enquanto construto, Pierce et al. (1996) consideram pelo menos três componentes principais que o mesmo abrange: os esquemas de suporte, as relações e as interações de suporte.

Os esquemas de suporte dizem respeito às expectativas sobre a prestação de suporte do contexto social, ou seja, estes esquemas são importantes, na medida em que dão ênfase ao impacto das relações de apoio a longo prazo. Por exemplo, o apoio dos pais às crianças leva-as a fazer inferências sobre a natureza das relações de apoio o que, posteriormente irá contribuir para a orientação do seu comportamento social ao longo da vida (Pierce et al. 1996).

Por outro lado, enquanto os esquemas de suporte dizem respeito às expectativas sobre o suporte dos outros, segundo Pierce et al. (1996) as relações de suporte incluem expectativas específicas de suporte para responder a determinadas necessidades, entre o prestador de apoio e o beneficiário.

Já as interações de suporte envolvem trocas comportamentais entre duas pessoas e, embora envolvam um prestador de apoio e um beneficiário, muitas interações incluem esforços específicos, nomeadamente, por parte do destinatário, de forma a receber o apoio. Um dos fatores que contribui para o processo de prestação de suporte social refere-se às capacidades sociais de negociar as interações de apoio, as quais são generalizadas aos grupos de pares sem ser, necessária e obrigatoriamente, aos membros da família. A procura de suporte social, que se designa essencialmente a uma interação social, tem por base a confiança depositada noutra pessoa e, embora as relações familiares carreguem fortes obrigações sociais relativas à prestação de suporte social, os familiares podem não garantir o apoio necessário. Paralelamente, a procura de suporte

social pode ser feita de forma direta, envolvendo um pedido direto de ajuda e de forma indireta, comunicando a necessidade, sem que a pessoa especifique o que realmente necessita e deseja. Consequentemente, a procura indireta de suporte pode acrescentar alguns riscos, na medida em que o potencial prestador de apoio pode não perceber claramente a necessidade do potencial beneficiário. Muitas vezes os indivíduos que necessitam de apoio social, ou aparentemente não possuem as capacidades para recebê-lo, ou sentem ansiedade pela experiência de procurar receber este apoio (Pierce et al. 1996).

Nesta sequência, embora a prestação de suporte social possa ser um processo difícil pela dificuldade de comunicação entre o beneficiário e o prestador de apoio, esta prestação de apoio pode constituir uma oportunidade para aumentar a autoestima da pessoa que recebe o apoio e produzir efeitos positivos na reciprocidade e melhora das relações sociais.

Por outro lado, quando nos referimos ao suporte social de uma forma mais cuidadosa e restrita, o termo é usado como referência à especificidade destas relações sociais. Ou seja, relativo ao seu conteúdo funcional, ao contrário da rede social, que se refere apenas às estruturas sociais (reciprocidade e frequência) e ao conjunto das relações (homogeneidade e densidade), dado que a integração social e o isolamento social se referem apenas à existência ou quantidade das relações sociais estabelecidas (House, 1987).

Nesta linha, e na ótica de Sherbourne e Stewart (1991), a rede social distingue-se do suporte social, na medida em que a primeira consiste apenas no grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém um contato ou alguma forma de vínculo social. As medidas da rede social estão focalizadas, nomeadamente, na reciprocidade (de que forma é que os recursos são prestados e recebidos); na complexidade (de que forma as relações estabelecidas atendem a determinadas especificidades); na homogeneidade (de que forma os membros que constituem a rede social são semelhantes); de que forma os membros da rede social vivem próximos uns dos outros e na intensidade, que se refere à forma como as relações se estabelecem emocionalmente.

Para Schaefer, Coyne & Lazarus (1981), a rede social pode ser descrita em termos da sua composição e estrutura (e.g., o número de pessoas envolvidas e o número que se conhecem umas às outras) ou pelo conteúdo das relações particulares (e.g., afinidade e amizade). Pelo contrário, o suporte social distingue-se do conceito mais estrutural de rede social pela sua concentração na natureza das interações que ocorrem nas relações

sociais. Desta forma, o suporte social pode ser considerado em termos dos recursos disponíveis de outras pessoas, em situações de necessidade, sendo mensurável através da percepção subjetiva do grau em que as relações interpessoais correspondem a determinadas necessidades e funções como, por exemplo, o suporte emocional e material (Sherbourne e Stewart, 1991). Ainda assim, existem indicações de que a disponibilidade de suporte por parte dos outros está intimamente ligada às capacidades sociais que parecem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de uma rede ampla e fiável (Cunningham & Barbee, 2000).

Portanto, a principal razão para que se distinga a percepção de suporte social da rede social deve-se, especialmente, às suas relativamente aos efeitos sobre a saúde e o funcionamento psicológico (Schaefer et al. 1981). O suporte social percebido parece estar mais fortemente associado aos resultados de saúde, uma vez que se trata da percepção de disponibilidade dos outros em prestar apoio. Assim, o suporte social refere-se, sobretudo, às qualidades da rede social ou à sua dimensão funcional.

1.2.2. Tipos de suporte social

No início do estudo sobre a importância das relações sociais entre os indivíduos, o suporte social foi reconhecido como a percepção individual de que as pessoas são aceites e amadas por outras (Albrecht et al. 1994).

Para Cobb (1976) a mera presença de outra pessoa não deveria ser simplesmente prevista como uma forma de prestação de apoio, por isso sugeriu a necessidade de uma troca de informação. Deste modo, estas informações deveriam levar à crença de que a pessoa era amada (apoio emocional); estimada e valorizada (suporte estima) e que estas informações levassem a pessoa a acreditar que pertencia a uma rede social de obrigações mútuas e de comunicação.

Nesta sequência, aquele autor faz uma distinção entre três tipos de suporte social: a informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; a informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor e, por último, a informação que conduz o indivíduo a acreditar que pertence a uma rede de comunicações e de obrigações mútuas.

Posteriormente, Cohen e Wills (1985) distinguem essencialmente três tipos de suporte social: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informativo.

O suporte emocional, também reconhecido como suporte de estima, envolve uma comunicação verbal e não-verbal de cuidado e preocupação para com a pessoa, principalmente, na forma de escutar, acalmar, reconfortar, numa tentativa de restabelecimento da autoestima e na redução de sentimentos de incapacidade pessoal.

O suporte instrumental refere-se à prestação de uma ajuda material, muitas vezes, a nível financeiro e aos recursos materiais e serviços necessários. Para Cohen e Wills (1985) “instrumental aid may help reduce stress by direct resolution of instrumental problems or by providing the recipient with increased time for activities such as relaxation or entertainment” (p.313).

O suporte informativo refere-se à ajuda na definição e compreensão da forma de saber lidar com eventos problemáticos, reconhecido também como um aconselhamento ou suporte avaliativo, segundo Cohen e Wills (1985).

Russel, Booth, Reed & Laughlin (1997) também fazem a distinção entre duas visões do suporte social, entre elas: o suporte social percebido e suporte social recebido. Primeiramente, o suporte social percebido emergiu como um conceito importante que caracteriza o suporte social como uma avaliação cognitiva de modo fiável em relação aos outros (Barrera, 1986) e traduz-se pela perceção de disponibilidade dos outros para prestarem apoio, refletindo-se por medidas de satisfação com este. Já o suporte social recebido refere-se ao efetivo suporte recebido pelas outras pessoas.

1.2.3. Suporte Social como estratégia de *coping*

O estudo sobre as respostas das pessoas face a situações de *stress* contribui para uma vasta literatura sobre uma variedade de conceitos, entre eles o suporte social e a saúde, pelo seu efeito benéfico sobre esta.

A possibilidade de ter alguém disponível para falar sobre certos assuntos e preocupações, quer na doença e noutras fontes de preocupação e *stress*, quer para a manutenção da saúde e do bem-estar constitui um recurso fundamental na essência das relações sociais que estabelecemos uns com os outros. Ou porque, por outro lado, sabemos que podemos contar com as outras pessoas para pedir conselhos ou outras formas de gerir determinadas situações stressantes.

Numa perspetiva interacional/transacional, o *stress* resulta de uma transação que envolve o indivíduo e o meio externo, sublinhando a existência de um processo de avaliação cognitiva de um determinado acontecimento potencialmente stressante.

Especificamente, para Lazarus e Folkman (1984): “psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being” (p.19).

Como tal, este processo focaliza-se tanto numa avaliação individual de determinado acontecimento stressante, como nos recursos individuais disponíveis e nas estratégias de *coping* para lidar com o mesmo.

De acordo com o Modelo Transacional de Stress (Lazarus e Folkman, 1984) que constitui um modelo clássico de referência, são definidas duas formas de avaliar o acontecimento stressante: a avaliação primária e a avaliação secundária que sugerem respostas fisiológicas, psicológicas e funcionais face ao *stress*.

A avaliação primária refere-se à primeira avaliação do indivíduo relativamente ao acontecimento. Nesta avaliação, o indivíduo percebe o acontecimento de forma neutra, positiva ou negativa, percebendo-o como uma perda/dano para o presente; ou como uma ameaça ou um desafio para o futuro. Já a avaliação secundária implica a perceção dos recursos de *coping* disponíveis e as expectativas quanto aos resultados, *i.e.*, os recursos que o indivíduo tem ao seu dispor para lidar com o acontecimento e se tem, efetivamente, estes recursos disponíveis para lidar com o acontecimento. Assim, a existência e a qualidade dos recursos disponíveis, como o suporte social, podem facilitar o processo de *coping* com o acontecimento stressante.

Já desde os anos 60 que se verificam várias categorias sobre o *coping*, entre elas, os estilos do *coping* e os recursos de *coping* (Parker & Endler, 1996). Neste âmbito, surge o suporte social como um recurso de *coping*, na medida em que o suporte de outras pessoas parece contribuir de forma benéfica para saber lidar com eventos de vida particularmente stressantes (Lazarus e Folkman, 1984).

Por outras palavras, o suporte social é reconhecido como uma estratégia de *coping*, na medida em que a participação ativa das outras pessoas pode ter um impacto significativo nos esforços individuais para lidar com um evento stressante. Deste modo, o suporte social pode funcionar como uma estratégia de *coping*, através da ajuda dos outros em tentar mudar a situação ou o seu significado, contribuindo para alterar ou melhorar a sua resposta emocional (Thoits, 1986).

Pelas tensões emocionais e físicas que se fazem acompanhar pelo *stress* gerado por situações avaliadas como uma ameaça, as pessoas são motivadas a reduzi-las e a estas motivações estão associadas as estratégias de *coping*.

Em termos conceptuais, o *coping* refere-se às respostas do indivíduo a situações que quando avaliadas, parecem ultrapassar os seus recursos. Mais especificamente, o *coping* refere-se aos esforços para alcançar uma mudança cognitiva e comportamental, com o intuito de contornar demandas específicas, internas ou externas, que parecem ser superiores aos recursos internos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Contundo, estas estratégias de *coping* não devem ser absolutamente consideradas como totais domínios do indivíduo sobre o ambiente, dado que muitas fontes de *stress* não conseguem ser dominadas e controladas. Por isso, uma estratégia eficaz permite que a pessoa tolere, minimize, aceite ou ignore o que não pode e não consegue dominar (Lazarus & Folkman, 1984).

Nesta sequência, no presente trabalho procurámos inserir uma perspetiva do *coping* mais abrangente e menos focalizada ao nível individual, como resultado da interação do indivíduo com o meio. Desde já, é importante sublinhar que esta perspetiva não surge por total oposição aos modelos tradicionais do *coping*, direcionados, essencialmente, para as emoções e para os problemas (e.g., Lazarus e Folkman, 1984). É antes uma proposta multidimensional às dimensões sociais do *coping*, no sentido de avaliar de que forma é que o indivíduo assume um papel ativo na procura de atingir os seus objetivos e na resolução dos seus problemas, através das suas relações sociais, valorizando-as como fonte de apoio para lidar com determinados problemas.

Inicialmente, numa tentativa de avaliar o *coping* dentro de uma perspetiva mais abrangente e orientada para a comunidade, Hobfoll e colegas (1994) desenvolveram o modelo dos dois eixos do *coping*, propondo duas dimensões: uma dimensão ativa-passiva e uma dimensão pró-social-antissocial. Contudo, no sentido de expandir ainda mais este modelo, Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson (1998) desenvolveram o Modelo Multiaxial do *Coping*, o qual acrescenta uma dimensão do *coping* de natureza individual (*coping* ativo-passivo), outra de natureza social (*coping* pró-social e antissocial) e ainda uma terceira dimensão que situa o *coping* como direto versus indireto.

Assim, para a compreensão deste modelo, destacam-se os seus eixos que se traduzem em três dimensões: dimensão ativa/passiva (o grau em que o indivíduo procura resolver o problema e não evitá-lo); dimensão pro-social/antissocial (o grau que o indivíduo valoriza as suas interações sociais na procura de atingir os seus objetivos) e na dimensão direta/indireta (a forma como o indivíduo procura alcançar os seus

objetivos, diretamente ou por processos menos claros), sendo que estas três dimensões surgem numa perspetiva de polaridade.

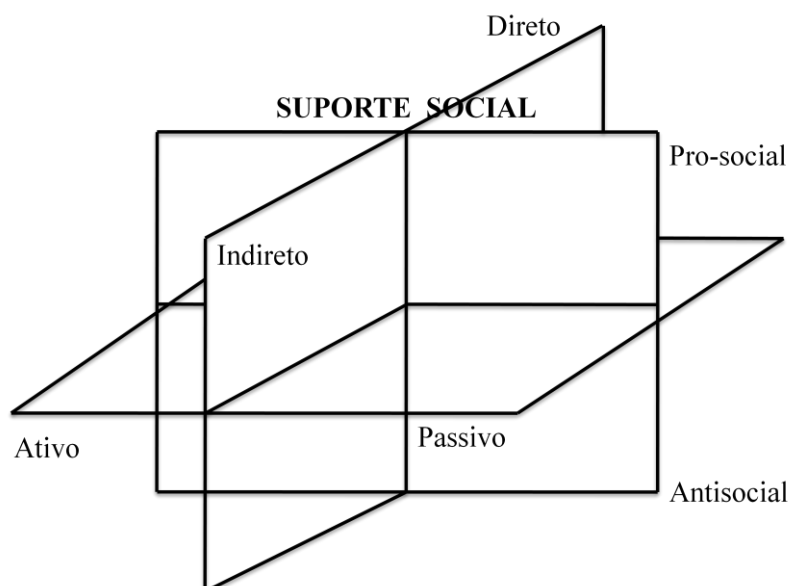


Figura 1.1 - Modelo Multiaxial de coping (Dunahoo e colegas, 1998)

Esta perspetiva do *coping* está contida numa dimensão pró-social e antissocial que se refere às respostas de *coping*, influenciadas por e em reação ao contexto social (Folkman e Moskowitz, 2004). Deste modo, para além da procura de apoio social, este modelo identifica ainda outras estratégias para lidar com situações de *stress*, as quais divergem a nível da atividade do indivíduo, do comportamento pró-social, antissocial e assertivo.

Para além das estratégias que se referem ao comportamento pró-social, o modelo também identifica outras estratégias, como a ação antissocial, em que o indivíduo não recorre à ajuda dos outros; estratégias de evitamento, no sentido em que o indivíduo evita lidar com os problemas e estratégias instintivas e agressivas, na medida em que, perante determinados problemas, o indivíduo atua com base no seu instinto e de forma agressiva. Assim, esta perspetiva do *coping* assenta no facto do indivíduo se encontrar inserido num contexto social, no qual procura superar problemas e situações de stress, valorizando ou não as suas relações interpessoais.

Em suma, importa ainda referir que este modelo do *coping* já foi testado em diversas áreas de investigação, nomeadamente, num estudo com comunidades atingidas por desastres naturais (Krum, 2007; Bandeira & Bandeira, 2008) e num estudo sobre as

regulações emocionais em contexto organizacional (Martins, 2008). No entanto, não conhecemos nenhum estudo com aplicação deste modelo na área da saúde, especificamente, no contexto da adaptação à doença oncológica e, por isso, o presente estudo pretende ser um contributo neste sentido.

1.2.4. Suporte social e saúde

As relações sociais são, indiscutivelmente, uma parte importante para a manutenção da saúde e do bem-estar durante a nossa trajetória existencial, pelo facto de precisarmos delas fortes e estáveis que, ao longo da vida, vão servindo funções sociais, psicológicas e comportamentais específicas (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

Falarmos sobre saúde implica um afastamento da perspectiva meramente tradicional relativa apenas à condição física e, portanto, para um estado de completo bem-estar, é necessário uma perspectiva multidimensional. Como tal, a Organização Mundial de Saúde (1947, citado por Ogden, 2000), definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (p.63).

Inicialmente, Cassel (1976) desenvolveu a primeira noção da relação entre o suporte social e a saúde, como um fator protetor na vulnerabilidade sobre os efeitos do *stress* sobre a saúde, já que o seu interesse incidia sobre compreender a razão pela qual algumas pessoas parecem mais resistentes ao stress do que outras (Albrecht, Burleson & Golds, 1994).

Consequentemente, numerosos estudos têm debruçado a sua atenção sobre esta relação, evidenciando que o suporte social contribui para a manutenção e promoção da saúde dos indivíduos, além de ser simplesmente reconhecido como uma estratégia de *coping*, já que constitui um recurso pessoal, na medida em que surge como um atenuador em situações de *stress*.

Uma ideia generalizada de que o suporte social pode ser benéfico na saúde prende-se com a funcionalidade das redes sociais que proporciona experiências positivas às pessoas e um conjunto de papéis socialmente estáveis, contribuindo para um melhor bem-estar, na medida em que oferecem afeto positivo e uma sensação de estabilidade numa rede social (Cohen e Wills, 1985).

Na ótica de Dunst e Trivette (1990, citado por Ribeiro, 1999), o suporte social surge na saúde como um recurso para lidar com situações que parecem exceder os recursos individuais, podendo ser prestado a nível formal, através das instituições; dos

serviços de saúde e pelos profissionais de saúde, e a nível informal, pelos familiares e amigos. Assim, o suporte social pode intervir tanto na adoção de comportamentos saudáveis, como diretamente na sua relação com a doença. Isto é, os membros da rede social podem exercer influência direta sobre os outros para que, numa situação de risco, procurem respostas ao nível da saúde e, conseqüentemente, prever uma maior adesão aos serviços e diagnósticos mais atempados. Por outro lado, nas situações de doença efetivamente diagnóstica, os membros da rede social podem prestar certos tipos de apoio, que o ajudam a manter o controlo sobre a situação, como informações úteis em relação à doença e aos serviços especializados e disponíveis, assim como a prestação de um apoio tangível.

Visto que o suporte social é um fator psicossocial determinante nos resultados de saúde a nível físico, o mesmo beneficia as funções endócrinas, imunológicas e cardiovasculares, que se refletem pelo desgaste do corpo, ajudando a reduzir a sobrecarga do sistema fisiológico, em resposta ao *stress* (Uchino et al, 1996). Assim, a falta de relações sociais positivas pode conduzir a estados psicológicos negativos, como a ansiedade e a depressão, tendo um efeito direto na saúde física, através dos processos fisiológicos, os quais influenciam a suscetibilidade para a doença, ou até mesmo através de padrões comportamentais que aumentam o risco para a doença e mortalidade (Cohen & Wills, 1985).

A este nível, o suporte social como recurso pessoal, atua segundo o modelo clássico do efeito de amortecedor (*buffer*), protegendo o indivíduo de uma situação stressante, atuando entre esta e uma reação avaliada pelo indivíduo como efetivamente stressante, através das suas medidas, como a preocupação emocional e a disponibilidade percebida (Cohen & Wills, 1985).

Este modelo foi proposto inicialmente na abordagem de Richard Lazarus ao *stress*, sublinhando que quando o indivíduo experimenta eventos de grande ameaça ou *stress*, enfrenta, simultaneamente, duas fontes de stress: por um lado, a situação em si pode constituir uma ameaça à condição humana ou, por outro, as reações à mesma situação podem elas mesmas constituir uma ameaça (Lazarus e Folkman, 1984).

Especificamente, este modelo defende que o suporte social pode intervir entre o evento particularmente stressante e a reação do indivíduo a este, através da perceção de disponibilidade dos outros em fornecerem recursos essenciais. Desta forma, o suporte social irá ajudar a redefinir os potenciais danos provenientes do evento, a reforçar as capacidades percebidas para lidar com as exigências impostas por este e,

consequentemente evitar uma situação avaliada como stressante. Do mesmo modo, o suporte social pode aliviar o impacto da situação stressante, pela possibilidade das outras pessoas ajudarem a proporcionar uma solução para a mesma, reduzindo a sua importância como problema, tranquilizando a resposta do sistema neuro-endócrino (Cohen e Wills, 1985).

O efeito benéfico do suporte social na saúde também pode ser percebido quando a rede social contribui com experiências positivas e um conjunto de papéis socialmente estáveis e recompensados na comunidade, sendo este resultado enunciado pelo modelo do principal efeito do suporte social (*main effect model*) na saúde (Cohen e Wills, 1985; Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). O suporte social pode estar diretamente relacionado com o bem-estar, na medida em que fornece um efeito positivo e uma sensação de estabilidade numa determinada situação de vida. A integração numa rede social pode ajudar a diminuir experiências negativas, através da aceitação dos outros. Por isso, este tipo de suporte pode influenciar os resultados na saúde física, através de efeitos emocionalmente induzidos sobre o funcionamento do sistema neuro-endócrino e imunológico, ou através de padrões comportamentais mais saudáveis (e.g., Connell, Davis, Gallant, & Sharpe, 1994).

Nesta sequência, o tipo de suporte social desejado irá depender da natureza de determinadas situações, atendendo à sua funcionalidade e especificidade, tomando como exemplo o suporte emocional, instrumental e informativo. Entre os tipos de suporte social, o suporte emocional atua de forma benéfica e positiva numa série de eventos stressantes, enquanto o suporte instrumental e o suporte informativo respondem pontualmente a necessidades específicas desencadeadas num determinado evento (Cohen, 2004).

1.2.5. A importância do suporte social na adaptação à doença oncológica

Para a Organização Mundial de Saúde (1946, citado por Nogueira & Remoaldo, 2010), o conceito de saúde refere-se a “um estado completo de bem-estar físico, mental e social que não pressupõe somente a ausência de doença e de incapacidade, encarando a saúde como um estado positivo que diz respeito ao indivíduo no seu todo, no contexto do seu estilo de vida”.

O conceito de doença deve ser encarado através de uma perspectiva biopsicossocial, para além de uma mera alteração na condição biológica do ser humano.

Deste modo, o estar doente implica uma aprendizagem cultural e o comportamento de doença consiste numa resposta aprendida socialmente, no qual as pessoas respondem a determinados sintomas de acordo com as definições prévias de cada situação, como por exemplo as experiências anteriormente vividas (Paúl e Fonseca, 2001).

Considerando a saúde e a doença, estes conceitos surgem distintos, na medida em que este último consiste numa representação mais marcada e clara na mente humana do que propriamente o conceito de saúde, uma vez que a importância que damos à saúde surge quando já nos encontramos no contexto efetivo de uma doença.

Bennett (2002) considera que olhar para as doenças também implica ter em conta a sua evolução, enquanto um episódio agudo, enquanto um processo cíclico, com recidivas ou até mesmo crónico.

Assim, atendendo à cronicidade de certas doenças, a natureza e as suas características incidem sobre uma longa duração e com uma grande influência na vida dos doentes. Muitas vezes a condição clínica impõe a necessidade de uma intervenção paliativa e, por isso, torna-se mais emergente controlar os seus sintomas e consequências durante esta experiência, do que propriamente procurar a cura para a doença.

Para além das consequências psicossociais complexas de uma doença crónica, o seu surgimento implica alterações no estilo de vida individual, que para Paúl e Fonseca (2001) “é como se o corpo deixasse de corresponder ao seu Eu e a identidade se visse ameaçada, dado ser o psicológico que mantém a identidade sob ameaça de ser destruído por um ser biológico, que corresponde a um corpo doente” (p.103).

No contexto destas doenças de natureza crónica, surge manifestamente o cancro que, para além da sua condição de cronicidade, é experimentada como uma fase de desordem que se reflete tanto numa rutura na condição física, como no estado psicológico, emocional e social dos indivíduos e daqueles que lhe são próximos.

De grosso modo, o cancro é definido fisicamente como um crescimento incontrolável de células anormais que produzem tumores malignos, denominados *neoplasias*, distinguindo-se entre dois tipos: benigno, que não se espalham pelo corpo e malignos, mais reconhecidos como *metástases*, caracterizando-se por um processo de separação das células do tumor e que se deslocam para outro local do corpo (Ogden, 2000).

Esta doença, devido à condição de cronicidade, implica a possibilidade de ser recorrente e acrescenta uma série de consequências ao nível físico e psíquico, pela natureza dos seus tratamentos, principalmente em fase aguda. É reconhecida como um longo período de latência e por um tempo evolutivo prolongado que, por vezes, pode provocar lesões irreversíveis e complicações que se arrastam até certas incapacidades ou mesmo à incurabilidade e ao óbito (Lopes, 2005).

Embora cada vez mais curável graças à investigação, esta doença ainda constitui para muitos um problema que não conseguimos encarar totalmente, pelas ambiguidades e estigmas característicos, consequentes do reconhecimento da sua natureza e dos tratamentos dolorosos que certas situações clínicas exigem. Além disso, a força da necessidade de mudança dos contextos de vida individuais e coletivos, como o envolvimento da família, são também fatores influentes na natureza desta experiência.

Por consequência, esta experiência ainda é sentida com incerteza e dúvida relativamente à condição existencial, face ao surgimento inesperado do seu diagnóstico, o qual requer uma variedade de reestruturações de vida, tanto do doente como da sua família. Isto é, o cancro é uma experiência familiar, pelo facto de a família assumir um papel significativo na vida do doente. Os membros da família fornecem muitas vezes um suporte significativo e podemos reconhecê-los como cuidadores "naturais", deixando-lhes a cargo e complementando, muitas vezes, os cuidados da equipa de saúde. Como tal, também enfrentam uma série de preocupações e reações emocionais face ao problema do familiar doente. Por outro lado, este impacto no seio familiar também depende do membro da família que se encontra doente, atendendo às suas funções e papéis sociais, como por exemplo, quando este é a principal fonte de suporte financeira. A família pode experimentar dificuldades a este nível, conduzindo à necessidade de outro membro da família assumir outras tarefas e responsabilidades, alterando a dinâmica familiar. Por isso, é necessário inserir e compreender esta doença nos vários contextos de vida do doente, quer pessoais e profissionais, uma vez que também pode levar a uma inadequação pessoal, pela diminuição dos sentimentos de controlo, limitando as suas funções e capacidades.

Tendo em conta que nos dias de hoje, o avanço da medicina permite um aumento de sobrevivência destes doentes, como consequência, surge a emergência de resposta no que concerne às necessidades durante o processo adaptativo. Por isso, e para Blanchard (1982), as doenças crónicas, como o cancro, devem saber ser geridas em vez de curadas. Do mesmo modo, se considerarmos o conceito de adaptação, remetemo-nos para a

necessidade de um ajuste a qualquer condição que não aquela que desejamos. Por isso, este processo torna-se prolongado e até complexo, já que falamos da condição de vida de cada um, reconhecendo que nem todos temos as mesmas capacidades e competências para lidar com certos tipos de problemas, especialmente um problema como este.

Assim, os referenciais teóricos neste contexto indicam que o doente necessita de grande suporte, principalmente, o que é prestado pela família. Para tal, Santos et al. (2003) realizaram um estudo com a aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999), construída para avaliar a satisfação com o suporte social recebido em doentes oncológicos portugueses e verificaram que o suporte da família era o que dava mais satisfação aos doentes.

Além da satisfação com o suporte prestado pela família, a literatura também sublinha a importância do suporte emocional nesta fase, de forma a lidar melhor com este tipo de evento (Santos et al. 2003).

Nesta linha, e segundo Helgeson e Cohen (1996), o suporte emocional ajuda a reestruturar a autoestima e a reduzir sentimentos de inadequação pessoal, pela expressão de valorização ao indivíduo. O suporte informativo envolve a prestação de informação necessária e pode ser utilizada em forma de conselho e o suporte instrumental refere-se à prestação de apoio tangível, o qual pode proporcionar um sentimento de controlo perante determinadas situações. Nesta sequência, através da análise de estudos de natureza descritiva e correlacional realizada pelos mesmos autores, é possível concluir que o tipo de suporte mais desejado pelos doentes oncológicos durante esta fase de impacto com a doença é o suporte emocional, pela disponibilidade de alguém para discutir preocupações sobre a doença, já que esta relação pode ajudar a diminuir sentimentos de inadequação e melhorar as relações sociais estabelecidas. Logo, o suporte social que é prestado de forma adequada e desejada aos doentes oncológicos estabelece uma relação positiva com a adaptação à doença. Ou seja, a satisfação com o suporte social não só permite uma melhor adaptação à doença, como contribui para manter uma relação direta com a resistência psicológica, face ao *stress* gerado pela doença (Coelho & Ribeiro, 2000).

2. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo, que pretende contribuir para o conhecimento acerca do efeito do suporte social e do *coping* social na saúde, tem como grandes objetivos explorar o papel da satisfação com o suporte social e da utilização de estratégias ativas pro-sociais, durante o processo adaptativo à doença oncológica e no bem-estar dos doentes, especificamente deslocados.

Deste modo, o estudo tem como primeiro objetivo geral compreender de que forma o facto de o doente oncológico estar deslocado da sua região (Açores) influencia o processo de adaptação à doença. Especificamente, pretendemos estudar o impacto da deslocação dos doentes na relação entre a satisfação com o suporte social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar subjetivo.

O segundo objetivo geral do estudo é a avaliação das estratégias de *coping* que são utilizadas pelos doentes açorianos deslocados, uma vez que se encontram longe da família e dos amigos, os quais constituem um recurso determinante durante o processo adaptativo. Especificamente, pretendemos estudar o papel do *coping* social na adaptação à doença oncológica e no bem-estar subjetivo.

Com base nos objetivos anteriormente descritos, foram elaboradas algumas questões de investigação com o intuito de dar resposta aos mesmos: 1) Uma vez que os doentes deslocados estão numa situação mais frágil num momento difícil da sua vida, a associação entre o suporte social e a adaptação à doença será mais forte no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não deslocados? 2) A relação entre a satisfação com o suporte social e o bem-estar subjetivo é mais forte no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não deslocados? 3) A relação entre a utilização de estratégias ativas pro-sociais e a adaptação à doença oncológica é maior no grupo de doentes deslocados?

Tal como foi referido anteriormente, o suporte social desempenha um papel fundamental durante o processo adaptativo da doença oncológica, por constituir para Santos et al. (2003) “um “recurso de *coping*”, atuando essencialmente na diminuição das exigências da situação stressante (...) mediando assim as relações entre o stress percebido e os resultados em saúde “ (pp.187,188). Atendendo a que determinados tipos de suporte social são mais desejados para lidar com certas situações específicas e com melhores resultados de saúde, Santos et al. (2003), no estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (Ribeiro, 1999) a pessoas com diagnóstico de doença

oncológica, concluíram que a satisfação com o suporte social se correlaciona com a adaptação à doença oncológica. Assim, estas questões serão testadas através das hipóteses seguintes, que se organizam em dois grandes grupos: hipóteses gerais, associadas à adaptação à doença oncológica e hipóteses associadas às diferenças entre o grupo de doentes deslocados e o grupo de doentes não-deslocados. Para o efeito, as hipóteses organizam-se da seguinte forma:

Hipótese 1 – Relativa às associações gerais com a adaptação à doença oncológica.

Espera-se replicar as associações existentes na literatura. Em particular: H_{1a}: esperamos encontrar uma associação positiva entre a satisfação com o suporte social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar subjetivo dos doentes. O papel das estratégias de *coping* social ainda não foi estudado no contexto da saúde. Como tal, H_{1b}: esperamos encontrar uma associação positiva entre o *coping* pró-social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar dos doentes.

Hipótese 2 – Relativa às diferenças entre os doentes: Uma vez que os doentes deslocados estão mais isolados socialmente, espera-se níveis inferiores de satisfação com o suporte social e bem-estar neste grupo. Em particular: H_{2a}: A satisfação com o suporte social será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados; H_{2b}: A adaptação à doença oncológica será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados; H_{2c}: O bem-estar subjetivo será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados e H_{2d}: A utilização de estratégias ativas pro-sociais é maior no grupo de doentes deslocados.

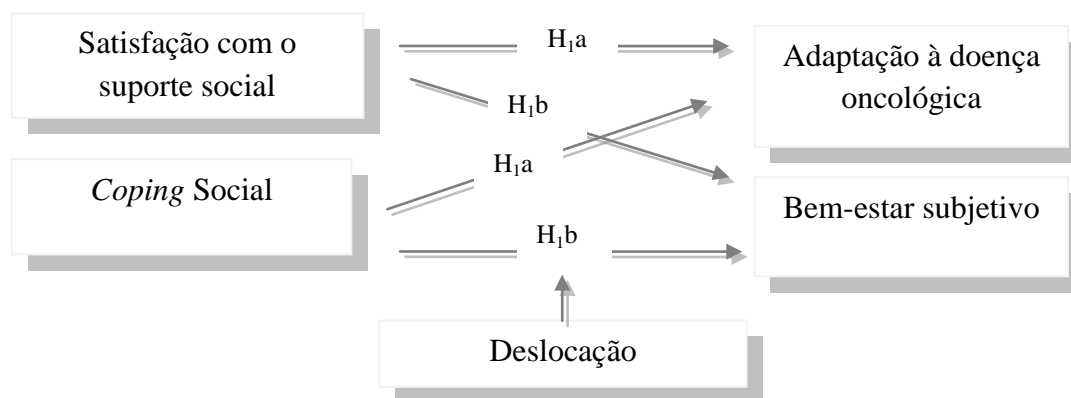


Figura 1.2 - Modelo Teórico

CAPÍTULO 2 – MÉTODO

2.1. DESIGN DO ESTUDO

Para estudar o efeito da situação natural de deslocação dos doentes açorianos na adaptação à doença oncológica e nas perceções subjetivas de bem-estar, o estudo procurou comparar doentes açorianos que se encontram deslocados da sua zona de residência, com doentes que se encontram a realizar tratamentos na sua zona de residência. Não se trata de um *design* experimental, uma vez que não há manipulação de variáveis e há muitas variáveis confundidas, mas aproveitou-se a diferença “natural” de deslocação para tentar compreender a influência desta variável. Este estudo assume, também, uma componente claramente correlacional, na medida em que se pretende descrever a associação entre variáveis, com base nos objetivos propostos.

Temos, assim, uma amostra com um total de 68 participantes: um grupo de doentes deslocados (doentes açorianos sujeitos a radioterapia numa unidade de saúde especializada no Porto) e um grupo de doentes não-deslocados, a realizar outro tipo de tratamentos na sua área de residência.

Inicialmente pretendeu-se que a amostra do presente estudo fosse também composta por dois grupos de doentes continentais, deslocados e não-deslocados, contudo não foi possível reunir um número suficiente de participantes capaz de constituir estes dois últimos grupos, tendo sido utilizados os dados destes participantes apenas para os resultados relativos à totalidade da amostra.

2.2. Amostra

2.2.1. Critérios de seleção da amostra

Os critérios de seleção da amostra incluem: ter doença oncológica diagnosticada; ter idade superior a 18 anos; ser residente na Ilha de São Miguel, no caso dos doentes açorianos e não apresentar alterações neurológicas ou cognitivas que limitem o preenchimento do questionário.

Importa referir que a seleção da amostra foi realizada em duas instituições distintas para a recolha dos dados: no Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), em Ponta Delgada e na Unidade de Radioterapia do Porto (Clínica de Tratamento e Diagnóstico – Grupo Joaquim Chaves), na cidade do Porto, constituindo assim uma amostra de conveniência, a todos os que cumpram os critérios de inclusão no estudo.

2.2.2. Participantes

Quadro 2.1

Variável: Sexo

| | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Masculino | 32 | 47,1 |
| Feminino | 36 | 52,9 |
| Total | 68 | 100,0 |

Através da análise do Quadro 2.1, é possível concluir que a amostra em estudo é essencialmente feminina, com 36 mulheres, correspondendo a uma percentagem de 52,9% e 32 homens, correspondendo a uma percentagem de 47,1%, num total de 68 participantes.

Quadro 2.2

Variável: Idade

| Faixas Etárias | Frequência | Percentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| 18-25 Anos | 1 | 1,5 |
| 26-40 Anos | 5 | 7,4 |
| 41-59 Anos | 31 | 45,6 |
| 60-75 Anos | 24 | 35,5 |
| 76 Anos ou mais | 7 | 10,3 |
| Total | 68 | 100 |

De acordo com o Quadro 2.2, é possível concluir que os elementos que constituem a amostra do presente estudo situam-se, maioritariamente, entre os 41 e os 59 anos de idade, correspondendo a uma percentagem de 45,6%, num total de 68 participantes, com uma média de idades de 57,46 anos (amplitude: 21-81, $DP=13,385$).

Quadro 2.3

Variável: Estado Civil

| | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Casado/a | 54 | 79,4 |
| Solteiro/a | 7 | 10,3 |
| Divorciado/a | 3 | 4,4 |
| Viúvo/a | 4 | 5,9 |
| Total | 68 | 100 |

Através da observação do Quadro 2.3, é possível concluir que a grande maioria dos elementos que constitui a amostra em estudo é casada, correspondendo a uma percentagem de 79,4%; 10,3% é solteira; 5,9% é viúva e 4,4% é divorciada, num total de 68 participantes.

Quadro 2.4

Variável: Habilitações Literárias

| | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|-------------|
| 1º Ciclo | 22 | 32,4 |
| 2º Ciclo | 9 | 13,2 |
| 3º Ciclo | 8 | 11,8 |
| Secundário | 13 | 19,1 |
| Licenciatura | 12 | 17,6 |
| Sem habilitações | 4 | 5,9 |
| Total | 68 | 100,0 |

Através do Quadro 2.4, é possível concluir que 32,4% dos participantes frequentou apenas o 1º Ciclo; 13,2% e 11,8% frequentou o 2º e 3º Ciclo, respetivamente; 19,1% e 17,6% frequentou o Ensino Secundário e o Ensino Superior, respetivamente e 5,9% não possui habilitações literárias, num total de 68 participantes.

Quadro 2.5

Variável: Setor de Atividade

| | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|-------------|
| Setor Primário | 4 | 5,9 |
| Setor Secundário | 8 | 11,8 |
| Setor Terciário | 21 | 30,9 |
| Desempregado/a | 2 | 2,9 |
| Reformado/a | 20 | 29,4 |
| Doméstica | 10 | 14,7 |
| Sem Ocupação | 1 | 1,5 |
| Sem dados | 2 | 2,9 |
| Total | 68 | 100 |

Através do Quadro 2.5, é possível concluir que a maioria dos participantes se encontra no setor terciário, correspondendo a uma percentagem de 30,9%; seguindo-se uma percentagem de 20,4% dos participantes que se encontram aposentados; 11,8% encontram-se

inseridos no setor secundário; 14,7% corresponde aos participantes domésticos; 5,9% corresponde aos participantes inseridos no setor primário e, por último, 1,5% dos participantes encontra-se sem ocupação e 2,9% não referiram a profissão/ocupação.

Quadro 2.6

Variável: Acompanhamento nos tratamentos

| | Frequência | Porcentagem |
|-------|------------|-------------|
| Não | 15 | 22,1 |
| Sim | 53 | 77,9 |
| Total | 68 | 100,0 |

A partir do Quadro 2.6, é possível observar que a maioria dos participantes é acompanhada aos tratamentos, correspondendo a uma porcentagem de 77,9%, sendo que os restantes 22,1% dos participantes não são acompanhados nos tratamentos.

Quadro 2.7

Variável: Relação com os acompanhantes

| | Frequência | Porcentagem |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Cônjuge | 26 | 38,2 |
| Cônjuge e Filhos | 4 | 5,9 |
| Cônjuge e outros familiares | 3 | 4,4 |
| Filhos/Genro/Nora | 8 | 11,8 |
| Irmãos/Cunhados | 1 | 1,5 |
| Filhos e Irmãos | 11 | 16,2 |
| Amigos | 3 | 4,4 |
| Mãe | 2 | 2,9 |
| Netos | 1 | 1,5 |
| Ninguém | 5 | 7,4 |
| Familiares e Amigos | 2 | 2,9 |
| Cônjuge e Amigos | 2 | 2,9 |
| Total | 68 | 100,0 |

A partir do Quadro 2.7 é possível observar que a maioria dos participantes em estudo é acompanhada aos tratamentos pelo cônjuge, correspondendo a uma percentagem de 38,2%; pelos filhos e irmãos, correspondendo a uma percentagem de 16,2%; pelos filhos, genro e nora correspondendo a uma percentagem de 11,8%; por ninguém, correspondendo a uma percentagem de 7,4%; pelo cônjuge e filhos, correspondendo a uma percentagem de 5,9%; por outros familiares e amigos, correspondendo a uma percentagem de 4,4% e 2,9% e por irmãos e cunhados, correspondendo a uma percentagem de 1,5%.

Quadro 2.8

Variável: Tempo de diagnóstico

| Tempo de diagnóstico | Frequência |
|----------------------|------------|
| 0-3 Meses | 8 |
| 4-7 Meses | 25 |
| 8-11 Meses | 9 |
| Há 12 meses ou mais | 26 |
| Total | 68 |

A partir do Quadro 2.8 é possível observar que o diagnóstico médico efetuado foi realizado entre os 4 e 7 meses anteriores, correspondendo a 25 participantes; há mais de um ano, correspondendo a 26 participantes; entre os 8 e os 11 meses, correspondendo a 9 participantes e, por último, entre os 0 e os 3 meses, correspondendo a 8 participantes, num total de 68 participantes.

Quadro 2.9

Unidade Hospitalar onde se encontra a fazer o tratamento

| | Frequência | Percentagem |
|-------|------------|-------------|
| URP | 33 | 48,5 |
| HDES | 35 | 51,5 |
| Total | 68 | 100,0 |

Como é possível observar no Quadro 2.9, a amostra do estudo contou com 33 participantes acompanhados na Unidade de Radioterapia do Porto e com 35 participantes acompanhados no Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada.

Quadro 2.10

Grupo de Neoplasia

| | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|-------------|
| Cancro da Mama | 25 | 36,8 |
| Sistema Digestivo | 14 | 20,6 |
| Sistema Nervoso | 2 | 2,9 |
| Sistema Reprodutivo | 11 | 16,2 |
| Sistema Respiratório | 7 | 10,3 |
| Sistema Sangue/Ossos | 1 | 1,5 |
| Sem dados | 8 | 11,8 |
| Total | 68 | 100,0 |

De acordo com o Quadro 2.10, é possível observar que a amostra apresenta doença oncológica em diferentes áreas corporais, maioritariamente, na mama, que corresponde a uma percentagem de 36,8%, seguindo-se o sistema digestivo, correspondendo a uma percentagem de 20,6%; no sistema reprodutivo, correspondendo a uma percentagem de 16,2%; no sistema respiratório, correspondendo a uma percentagem de 10,3%; no sistema nervoso, com uma percentagem de 2,9% e no sangue, correspondendo a uma percentagem de 1,5%, num total de 68 participantes.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Instrumentos utilizados na recolha de dados

O questionário foi apresentado pela seguinte ordem: protocolo de consentimento informado; questionário de caracterização sociodemográfica e clínica; escala reduzida de adaptação mental ao cancro (Mini-MAC); questionário de bem-estar subjetivo (WQ-22); escala de *coping* social (SACS) e a escala de satisfação com o suporte social (ESSS).

2.3.1.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

Com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo, foi elaborado um questionário sociodemográfico e clínico, constituído por questões estruturadas e semiestruturadas, como: o sexo; a idade; o estado civil; as habilitações literárias; a profissão; o código postal; o tempo de acompanhamento na unidade de saúde onde se encontra o participante; a duração do tratamento; o tempo de diagnóstico; o local onde fica instalado durante os tratamentos; a existência de familiares e/ou amigos na cidade onde se encontra; o acompanhamento de pessoas durante os tratamentos e a relação com estas.

2.3.1.2. Escala reduzida de adaptação mental ao cancro (Mini-MAC)

A avaliação da adaptação à doença oncológica foi medida através dos itens da Escala de Adaptação à Doença – reduzida (Mini-MAC), de Watson, Law, Santos, Greer, Baruch, & Bliss. (1994), traduzida para o idioma português e adaptada num estudo com doentes com cancro por Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico (2003).

A Mini-MAC é uma escala de autopreenchimento, composta por frases como “Não consigo controlar isto” e “Estou preocupado/a com a minha doença”. A resposta aos itens da Mini-MAC é dada numa escala que varia entre 1- “não se aplica de modo nenhum a mim”; 2- “não se aplica a mim”; 3- “aplica-se a mim” e 4- “aplica-se totalmente a mim”, apresentando boas credenciais psicométricas, com alfas de Cronbach de 0,87 da escala original, 0,79 da adaptada para português e 0,87 no presente estudo.

Os itens da escala distribuem-se por cinco dimensões: “Desânimo-Fraqueza” (ex. “Não consigo controlar isto”, com Alfa de Cronbach=0,79 da escala traduzida e 0,77 no presente estudo), com oito itens; “Preocupação Ansiosa” (ex. “Estou preocupado/a com a minha doença”, com Alfa de Cronbach=0,88 da escala traduzida e 0,89 no presente estudo), com oito itens; “Espírito de Luta” (ex. “Estou determinado/a a vencer a minha doença”, com Alfa de Cronbach=0,72 da escala traduzida e 0,58 no presente estudo), com quatro itens; “Evitamento Cognitivo” (“Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença”, com Alfa de Cronbach=0,84 da escala traduzida e 0,66 no presente estudo), com quatro itens e “Fatalismo” (ex. “Desde que a minha doença foi diagnosticada, percebi que a minha vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível”, com Alfa de Cronbach=0,28 da escala traduzida e 0,62 no presente estudo), com cinco itens.

É uma escala multidimensional, com várias dimensões e não fornece um resultado total (Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003).

2.3.1.3. Questionário de Bem-Estar (W-BQ22 de Bradley, 1994)

A percepção de bem-estar foi avaliada com recurso ao Questionário de Avaliação do Bem-Estar-W – Q22 (Bradley, 1994, na tradução portuguesa de Gomes & Ribeiro, 2001), o qual é um instrumento multidimensional, com 22 itens que abrangem cinco dimensões, com itens relacionados com Depressão (“Ando sempre a lamentar-me ou sinto-me como se o fizesse”, correspondendo aos itens de 1 a 6, com um alfa de Cronbach=0,81 da escala original e 0,4 no presente estudo); Ansiedade (“Sinto-me nervoso/a e ansioso/a”, correspondendo aos itens de 7 a 12 e com um alfa de Cronbach=0,63 da escala original e 0,71 no presente estudo); Energia (“Sinto-me energético/a, ativo/a e vigoroso/a” correspondendo aos itens de 13 a 16 e com um alfa de Cronbach=0,86 da escala original e 0,74 no presente estudo); Bem-Estar Positivo (“Tenho-me sentido adaptado/a à minha satisfação”, correspondendo aos itens de 17 a 22 e com um alfa de Cronbach=0,89 da escala original e 0,75 no presente estudo) e Bem-Estar Geral, correspondendo à totalidade dos itens, com um alfa de Cronbach=0,94 da escala original e 0,87 no presente estudo.

Neste questionário, as respostas dos participantes são dadas de acordo com uma frequência que varia entre 0 a 3 pontos: “nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre” e aos seus valores mais elevados corresponde uma melhor percepção de bem-estar, correspondendo a uma pontuação máxima de 66 pontos e mínima de 0 pontos. Parte dos seus itens são cotados de forma inversa, para as escalas de Ansiedade e Depressão (Bradley, 1994).

Este instrumento foi originalmente construído em 1982 para fornecer uma medida de humor deprimido, ansiedade e de vários aspetos relacionados com o bem-estar positivo, para aplicação num estudo da Organização Mundial de Saúde, com a finalidade de avaliar novos tratamentos para lidar com a diabetes (Bradley, 1994).

O questionário foi necessário para avaliar a sensibilidade de quaisquer aumentos de ansiedade ou depressão que podem estar associados aos regimes de tratamento, como também em mudanças positivas no bem-estar (Bradley, 1994).

Apesar de este questionário ter sido utilizado na investigação no contexto da diabetes, também foi recomendado para a investigação de outras doenças crónicas.

2.3.1.4. Escala de *Coping* Social (SACS)

A avaliação da utilização de estratégias ativas pro-sociais foi avaliada com recurso à Escala de *Coping* Social (Strategic Approach to Coping Scale (SACS), baseada no modelo

Multiaxial de Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson (1998), traduzida para português por Gonçalves, Marques Pinto e Lima (2006).

A SACS é um instrumento que avalia 5 estilos de *coping* através dos seus 52 itens, aos quais os participantes respondem numa escala de 1 (“Não é de todo o que eu faria”) a 5 (“Muito semelhante ao que eu faria”) com boas qualidades psicométricas, com bons níveis de consistência interna, variando entre os 0,61 e 0,86 (Hobfoll *et al.*, 1994), tendo sido obtido um alfa de Cronbach de 0,81 para o presente estudo.

O instrumento é composto por 9 subescalas: ação assertiva (por ex. “Não desisti, mesmo quando as coisas estavam muito mal, porque muitas vezes conseguimos dar a volta por cima”, com 9 itens) com um alfa de Cronbach=0,62 no presente estudo; Junção social (por ex. “Tentei satisfazer as necessidades das outras pessoas que estavam envolvidas”, com 5 itens), com um alfa de Cronbach=0,61 no presente estudo; procura de apoio social (por ex. “Falei com as outras pessoas para descarregar as minhas frustrações”, com 7 itens), com um alfa de Cronbach=0,71; ação cautelosa (por ex. “Dividi o problema em pequenas partes e resolvi-as uma de cada vez”, com 5 itens), com um alfa de Cronbach=0,51; ação instintiva (“Segui a minha intuição”, com 6 itens), com um alfa de Cronbach=0,86; evitamento (por ex. “Evitei lidar com o problema; coisas como aquelas resolvem-se por si”, com 6 itens), com um alfa de Cronbach=0,7; ação indireta (por ex.: “Deixei os outros pensarem que estavam em controlo da situação, mas mantive-me no comando”, com 4 itens); ação antissocial (por ex. “Procurei as fraquezas dos outros e usei-as a meu favor, com 5 itens) e ação agressiva (por ex. “Explodi; fui agressivo/a”, com 5 itens), com um alfa de Cronbach=0,4. No entanto, no presente estudo optou-se por não utilizar as dimensões referentes à ação indireta e antissocial, por se considerar que os respetivos itens não se adequavam ao tipo de população em estudo.

2.3.1.5. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)

A avaliação da satisfação com o suporte social nesta população foi avaliada com recurso à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), adaptada por Ribeiro (1999), com base nos estudos de Wethington e Kessler (1986), relativamente à perceção de suporte social na saúde, apresentando valores de consistência interna entre 0,64 e 0,83 (Ribeiro, 1999). Este instrumento foi aplicado num estudo com doentes oncológicos portugueses, (Santos, Ribeiro e Lopes, 2003) apresentando uma boa fidelidade (alfa de Cronbach=0,83) em todos os seus domínios, semelhantes à escala original (Alpha de Cronbach=0,85), tendo sido obtido um alfa de Cronbach=0,82 no presente estudo.

A escala é composta por 15 frases, na qual o participante assinala o grau de concordância com cada uma delas, apresentada numa escala do tipo *likert*, com 5 posições (“concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte”, “discordo totalmente”), permitindo extrair 4 dimensões: satisfação com os amigos/amizades (ex. “Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho”), com alfas de Cronbach=0,81 para a escala original, alfa de Cronbach=0,83 para o estudo de adaptação da ESSS (Santos et al. 2003) e um alfa de Cronbach=0,85 no presente estudo; intimidade (ex. “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), com alfas de Cronbach=0,66 para a escala original, alfa de Cronbach=0,74 para o estudo de adaptação da ESSS (Santos et al. 2003) e um alfa de Cronbach=0,5 no presente estudo; satisfação com a família (ex. “Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família”), com alfas de Cronbach=0,89 para a escala original, alfa de Cronbach=0,74 para o estudo de adaptação da ESSS (Santos et al. 2003) e um alfa de Cronbach=0,77 no presente estudo e atividades sociais (ex. “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”), com alfas de Cronbach=0,76 para a escala original, alfa de Cronbach=0,64 para o estudo de adaptação da ESSS (Santos et al. 2003) e um alfa de Cronbach=0,69 no presente estudo, correspondendo às suas notas mais elevadas, uma maior percepção de satisfação com o suporte social (Santos et al. 2003).

2.4. Procedimento

A recolha dos dados do presente estudo decorreu no HDES, em Ponta Delgada, mais especificamente, no Hospital de Dia de Oncologia, e na URP, a qual tem protocolo celebrado com o HDES. Esta recolha foi realizada no Porto, uma vez que atualmente, a maioria dos doentes açorianos estão a ser encaminhados para esta unidade especializada.

Inicialmente, o projeto do presente estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Ética do HDES e do Conselho de Administração do mesmo hospital, assim como à Direção da URP, tendo sido aceite com parecer favorável à sua efetivação em ambas as entidades de saúde, a 30 de Abril e a 17 de Fevereiro, respetivamente.

2.4.1. Consentimentos

Previamente ao preenchimento do questionário foi explicada a natureza do estudo a cada participante, assim como os seus objetivos, garantindo toda a liberdade de não-participação ou desistência, sem que comprometesse o acesso aos cuidados de saúde, salvaguardando a identidade e confidencialidade em relação aos dados.

Nos casos de baixa literacia e incapacidade física ou motora, procedeu-se à leitura do protocolo de consentimento informado, de todo o questionário e respetivas opções de resposta, tendo em atenção a minimização da influência do investigador.

Importa ainda referir que todos os procedimentos éticos e deontológicos foram respeitados, tendo sido assegurado a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Os participantes foram bastante recetivos à participação no estudo, tendo sido o único motivo de desistência a chamada para iniciar o tratamento ou para consulta médica, não sendo possível dar continuidade ao preenchimento do questionário pelas razões médicas anteriormente mencionadas.

2.4.2. Procedimento na recolha de dados

A aplicação do questionário na URP foi realizada num gabinete médico, após a sessão de radioterapia, cedido pela direção da unidade. No HDES, em Ponta Delgada, a aplicação do questionário foi realizada no gabinete de enfermagem, enquanto aguardavam pelo tratamento ou consulta médica.

Em ambas as unidades de saúde, a aplicação do questionário foi realizada após a solicitação ao doente para a participação no estudo, com a colaboração da equipa que complementa a atividade clínica.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

A apresentação dos seguintes resultados pretende comparar médias e correlações entre as variáveis do presente estudo, assim como procurar observar diferenças significativas de modo a verificar as hipóteses propostas na presente investigação.

A partir destas hipóteses: espera-se encontrar uma associação positiva entre a satisfação com o suporte social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar dos doentes (H1a) e encontrar uma associação positiva entre o *coping* pró-social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar dos doentes (H1b).

As restantes hipóteses, relativas às diferenças entre grupos, afirmam que: a satisfação com o suporte social será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados (H2a); a adaptação à doença oncológica será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados (H2b); que o bem-estar subjetivo será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados (H2c) e, por último, as hipóteses afirmam que a utilização de estratégias ativas pró-sociais é maior no grupo de doentes deslocados (H2d).

3.1 - Resultados para o conjunto de participantes

Com o intuito de analisarmos a satisfação com o suporte social em pessoas com doença oncológica, calculámos a média nas diferentes dimensões da escala e na escala global, assim como a comparação dos resultados entre o presente estudo e o estudo de adaptação da Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) em doentes com diagnóstico oncológico, de Santos et al., (2003).

Quadro 3.1

Distribuição da média das diferentes subescalas da ESSS e da escala global no presente

| Subescalas e Escala Global | N | M | |
|----------------------------|----|-----------------|---|
| | | Presente Estudo | Estudo de Adaptação da ESSS (Santos et al., 2003) |
| Satisfação com os amigos | 68 | 4,0971 | 3,964 |
| Intimidade | 68 | 4,1189 | 3,84 |
| Atividades Sociais | 68 | 2,8260 | 2,99 |
| Satisfação com a família | 68 | 4,5686 | 4,33 |
| Escala Global (ESSS) | 68 | 3,5540 | 3,81 |

Através do Quadro 3.1, é possível observar diferenças significativas quanto à satisfação com o suporte social em relação aos diferentes domínios propostos pelo autor da escala: a média da satisfação com os amigos ($M=4,09$), intimidade ($M=4,11$) e com a família ($M=4,56$) diferem significativamente da média da satisfação com as atividades sociais ($M=2,82$), sendo possível concluir que os elementos da amostra estão pouco satisfeitos com as atividades sociais em que participam.

Tal como no estudo da adaptação da ESSS em pessoas com diagnóstico oncológico (Santos *et al.*, 2003), é possível inferir que, de uma maneira geral, os elementos que constituem a amostra do presente estudo estão satisfeitos com o apoio que recebem dos outros ($M=3,55$), principalmente aquele que é prestado pela família, tanto no presente estudo ($M=4,56$), como no estudo de adaptação da ESSS (4,33), como se apresenta no Quadro 1.

Para analisarmos a adaptação à doença oncológica nos elementos da amostra, calculamos a média nas diferentes dimensões da Mini-MAC, assim como na sua globalidade.

Quadro 3.2

Distribuição da média das diferentes subescalas da Mini-MAC e da escala global

| Subescalas e Escala Global | N | M |
|----------------------------|----|--------|
| Fatalismo | 68 | 2,4221 |
| Preocupação Ansiosa | 68 | 1,6068 |
| Espírito de Luta | 68 | 2,3603 |
| Evitamento Cognitivo | 67 | 2,0000 |
| Desânimo/Fraqueza | 67 | ,8498 |
| Escala Global (Mini-MAC) | 68 | 1,7220 |

A partir do Quadro 3.2, podemos observar diferenças significativas quanto às reações dos elementos da amostra em relação ao cancro, permitindo concluir que o fatalismo é a estratégia mais utilizada ($M=2,42$) e o desânimo a menos utilizada ($M=0,84$) no processo de adaptação à doença oncológica.

Para analisarmos a percepção de bem-estar dos doentes, calculamos a média dos diferentes domínios do questionário de bem-estar subjetivo, assim como na sua globalidade, como se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 3.3

Distribuição da média das diferentes subescalas do Questionário de bem-estar (W-BQ22) e da escala global

| Subescalas e Escala Global | N | M |
|----------------------------|----|--------|
| Depressão | 68 | ,5775 |
| Ansiedade | 68 | ,8882 |
| Energia | 67 | 1,8769 |
| Bem-estar Positivo | 68 | 2,0186 |
| Bem-estar geral | 68 | 1,3365 |

A partir do Quadro 3.3, é possível observar diferenças significativas quanto às percepções de bem-estar dos doentes, em particular, menores sentimentos de depressão ($M=0,57$) e ansiedade ($M=0,88$), em comparação com a percepção de bem-estar positivo

(M=2,01), sendo possível concluir que os elementos da amostra assumem uma percepção geral de bem-estar razoável (M=1,33).

Com o intuito de analisarmos a utilização de estratégias ativas pro-sociais nos doentes com diagnóstico oncológico, calculamos a média para cada uma das dimensões da SACS, assim como da escala global.

Quadro 3.4

Distribuição da média das diferentes subescalas da SACS e da escala global

| Subescalas e escala global | N | M |
|----------------------------|----|--------|
| Ação Assertiva | 68 | 4,0611 |
| Junção Social | 67 | 3,7313 |
| Procura Apoio Social | 68 | 3,3104 |
| Ação Cautelosa | 67 | 3,7149 |
| Ação Instintiva | 68 | 4,0348 |
| Evitamento | 67 | 2,8169 |
| Ação Agressiva | 67 | 3,4806 |
| SACS global | 68 | 3,6094 |

A partir do Quadro 3.4, é possível observar diferenças significativas quanto à utilização das estratégias ativas pro-sociais, sendo possível verificar que as estratégias de ação assertiva (M=4,06) e instintiva (M=4,03) são as estratégias mais utilizadas pelos doentes, sendo as estratégias de evitamento as menos utilizadas (M=2,81). Estes resultados também permitem concluir que os doentes são, de uma maneira geral, ativos na procura de estratégias para lidarem com os problemas, neste caso, com o cancro, em particular, na procura de apoio social (M=3,31), sendo as estratégias de evitamento as menos utilizadas (M=2,81), como se apresenta no Quadro 14.

3.1.1 – Resultados das associações gerais com a adaptação à doença oncológica

Hipótese 1 - relativa às associações gerais com a adaptação à doença oncológica:
Espera-se replicar as associações existentes na literatura. Em particular (H1a), esperamos encontrar uma associação positiva entre satisfação com o suporte social, a adaptação à doença oncológica e bem-estar subjetivo dos doentes. O papel das estratégias de coping social não foi ainda estudado no contexto de saúde. Esperamos (H1b) encontrar uma

associação positiva entre coping pró-social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar dos doentes

Hipótese 1 – Relativa às associações gerais com a adaptação à doença oncológica

3.1.1.1 - Satisfação com o suporte social e adaptação à doença oncológica

Quadro 3.5

Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas da Mini-MAC

| | Fatalismo | Preocupação Ansiosa | Espírito Luta | Evitamento Cognitivo | Desânimo Fraqueza |
|--------------------|-----------|---------------------|---------------|----------------------|-------------------|
| Amigos | -,107 | -,345** | ,175 | ,082 | -,449** |
| Intimidade | -,022 | -,328** | ,199 | ,027 | -,376** |
| Família | -,092 | ,023 | -,070 | ,061 | ,081 |
| Atividades Sociais | -,125 | -,262* | ,062 | -,146 | -,419** |

** . Correlação significativa a nível <0.01; * . Correlação significativa a nível <0.05

Os resultados do Quadro 3.5 mostram correlações estatisticamente significativas entre três das dimensões da satisfação com o suporte social e as dimensões da adaptação à doença oncológica: a satisfação com o suporte social que recebem dos amigos, das relações de intimidade e a participação em atividades sociais beneficiam a adaptação à doença. A análise do quadro mostra uma associação negativa entre a satisfação com os amigos e com a preocupação ansiosa ($r=-0,345$; $p>0,01$) e o desânimo/fraqueza ($r=-0,449$; $p<0,01$), isto é, quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos (“Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho”), menos referem preocupação ansiosa (“Estou preocupado/a com a minha doença”) e menos sentimentos de desânimo/fraqueza (“Sinto que a vida não tem esperança”). Do mesmo modo, verifica-se uma associação entre a satisfação com as relações de intimidade e a preocupação ansiosa ($r=-0,328$; $p<0,01$) e o desânimo e fraqueza ($r=-0,376$; $p>0,01$), ou seja, quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem das relações de intimidade (“Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer”), menos sentimentos de preocupação ansiosa (“Estou preocupado/a com a minha doença”) e desânimo/fraqueza (“Sinto que a vida não tem esperança”) referem. Também é possível observar uma associação entre a satisfação com as atividades sociais com

a preocupação ansiosa ($r=-0,262$; $p<0,05$) e com o desânimo e fraqueza ($r=-0,419$; $p<0,01$), ou seja, quanto mais satisfeito estão com as atividades sociais (“Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”) em que participam, menos referem preocupação ansiosa e sentimentos de desânimo/fraqueza. No entanto, não se encontrou relação significativa entre a satisfação com o apoio que recebem da família e a adaptação à doença oncológica. Assim, quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem dos outros, menos utilizam estratégias de “Preocupação Ansiosa” (“Estou preocupado/a que a doença volte a aparecer ou que piore”) e menos estratégias de “Desânimo/Fraqueza” (“Não tenho muita esperança no futuro”).

Em resumo, a satisfação com o suporte social parece estar associado pela negativa à preocupação ansiosa e ao desânimo, mas não fatalismo, evitamento cognitivo ou espírito de luta. A satisfação com o apoio familiar não se encontra associado a nenhuma destas estratégias de adaptação à doença oncológica.

3.1.1.2 - Satisfação com o suporte social e o bem-estar subjetivo

Quadro 3.6

Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as dimensões do questionário de bem-estar subjetivo

| | Energia | BEPositivo | Depressão | Ansiedade |
|--------------------|---------|------------|-----------|-----------|
| Amigos | ,155 | ,423** | -,433** | -,385** |
| Intimidade | ,114 | ,405** | -,460** | -,370** |
| Família | ,249* | ,053 | -,177 | ,028 |
| Atividades Sociais | ,092 | ,244* | -,327** | -,368** |

** . Correlação significativa a nível <0.01 ; * . Correlação significativa a nível <0.05

A análise do Quadro 3.6 mostra correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da satisfação com o suporte social e as dimensões do bem-estar subjetivo. Especificamente, há uma forte associação entre a satisfação com os amigos e o bem-estar positivo ($r=0,423$; $p<0,01$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos (“Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho”), mais positivamente se sentem (“Tenho tido o tipo de vida que eu queria”) e apresentam menos sentimentos de depressão (“Sinto-me abatido/a e triste”) e ansiedade (“Sinto que estou a ir-me abaixo”). Do mesmo modo, verifica-se uma associação positiva entre a satisfação com relações de intimidade e o bem-estar positivo ($r=0,405$; $p<0,01$), uma associação negativa com a depressão ($r=-0,460$;

$p < 0,01$) e com a ansiedade ($r = -0,370$; $p < 0,01$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem das relações de intimidade (“Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer”), mais positivamente se sentem (“Tenho tido o tipo de vida que eu queria”) e menos sentimentos de depressão (“Ando sempre a lamentar-me ou sinto-me como se o fizesse”) e ansiedade (“Sinto medo sem razão nenhuma”). Também é possível observar uma associação positiva entre a satisfação com a família e a energia ($r = 0,249$; $p < 0,05$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem da família (“Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família”), mais energéticos (“Sinto-me energético/a, ativo/a e vigoroso/a”) se sentem. Por último, observa-se uma associação positiva entre a satisfação com as atividades sociais e o bem-estar positivo ($r = 0,244$; $p < 0,05$) e uma associação negativa com a depressão ($r = -0,327$; $p > 0,01$) e a com a ansiedade ($r = -0,368$; $p < 0,001$): quanto mais satisfeitos estão com as atividades sociais em que participam (“Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”), mais sentimentos positivos de bem-estar referem, assim como menos depressão e ansiedade.

Assim, os resultados permitem concluir que a satisfação com o suporte social beneficia as perceções de bem-estar, na medida em que, quanto mais os doentes oncológicos estão satisfeitos com o apoio que recebem dos outros, menos sentimentos de depressão (“Sinto-me abatido/a e triste”) e ansiedade (“Sinto-me nervoso/a e ansioso/a”) referem, melhorando as perceções de bem-estar positivo (“Tenho-me sentido adaptado/a à minha situação”).

3.1.1.3 - *Coping* Social e Adaptação à doença oncológica

Quadro 3.7

Correlação de Pearson entre as escalas da SACS e da Mini-MAC

| | Fatalismo | Preocupação Ansiosa | Espírito de luta | Evitamento Cognitivo | Desânimo Fraqueza |
|------------------------|-----------|---------------------|------------------|----------------------|-------------------|
| Ação Assertiva | -,017 | -,384** | ,054 | ,033 | -,443** |
| Evitamento | ,202 | ,458** | ,160 | ,345** | ,563** |
| Procura Suporte Social | ,063 | ,533** | ,152 | ,300* | ,294* |
| Ação Cautelosa | ,302* | ,312* | ,339** | ,426** | ,157 |
| Junção Social | ,288* | ,165 | ,331** | ,382** | ,265* |
| Ação Instintiva | ,358** | -,010 | ,341** | ,188 | ,163 |
| Ação Agressiva | ,390** | ,141 | ,462** | ,229 | ,130 |

** . Correlação significativa a nível $< 0,01$; * . Correlação significativa a nível $< 0,05$

Os resultados apresentados no Quadro 3.7 mostram correlações estatisticamente significativas entre as dimensões do *coping* social e a adaptação à doença oncológica. Em particular, há uma forte associação negativa entre as estratégias de assertividade e a preocupação ansiosa ($r=-0,384$; $p<0,01$) e o desânimo/fraqueza ($r=-0,443$; $p<0,01$): quanto mais utilizam estratégias de assertividade (“Fui firme, aguentei-me bem”), menos estratégias de preocupação ansiosa e menos estratégias de desânimo/fraqueza utilizam. Também se pode observar uma associação entre as estratégias de junção social e as estratégias de fatalismo ($r=0,288$; $p<0,05$), de espírito de luta ($r=0,331$; $p<0,01$), de evitamento cognitivo ($r=0,382$; $p<0,01$) e de desânimo/fraqueza ($r=0,265$; $p<0,05$): quanto mais utilizam estratégias de junção social (“Juntei-me a outras pessoas para lidarmos juntos com a situação”), utilizam mais estratégias de fatalismo (“Entreguei-me nas mãos de Deus”), de espírito de luta (“Tento combater a doença”), de evitamento cognitivo (“Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto”) e de desânimo/fraqueza (“Não tenho muita esperança no futuro”). Quanto às estratégias de procura de suporte social, existe uma associação positiva entre a procura de apoio, a preocupação ansiosa ($r=0,533$; $p<0,01$), o evitamento cognitivo ($r=0,300$; $p<0,05$) e o desânimo e fraqueza ($r=0,294$; $p<0,05$): quanto mais utilizam estratégias de procura de suporte social (“Procurei a ajuda das outras pessoas”), utilizam mais estratégias de preocupação ansiosa, mais estratégias de evitamento cognitivo e mais estratégias de desânimo/fraqueza. É possível observar uma associação positiva entre as estratégias de ação cautelosa e as estratégias de fatalismo ($r=0,302$; $p<0,05$) e as estratégias de preocupação ansiosa ($r=0,312$; $p<0,05$), e as estratégias de espírito de luta ($r=0,339$; $p>0,01$) e com o evitamento cognitivo ($r=0,426$; $p<0,01$): quanto mais utilizam as estratégias de ação cautelosa (“Fui muito cauteloso/a e avaliei bem as minhas opções/alternativas (mais vale prevenir que remediar”), mais estratégias de fatalismo, preocupação ansiosa, espírito de luta e evitamento cognitivo utilizam. Existe também uma forte associação entre as estratégias de ação instintiva e as estratégias de fatalismo ($r=0,358$; $p<0,01$) e as estratégias de espírito de luta ($r=0,341$; $p<0,01$): quanto mais utilizam estratégias instintivas (“Apoiei-me na minha reação instintiva”), mais estratégias de fatalismo e espírito de luta utilizam. Relativamente à utilização de estratégias de evitamento, existe uma associação positiva entre estas e as estratégias de preocupação ansiosa ($r=0,458$; $p<0,01$), as estratégias de evitamento cognitivo ($r=0,345$; $p<0,01$) e estratégias de desânimo/fraqueza ($r=0,563$; $p<0,01$): quanto mais utilizam estratégias de evitamento às situações, mais utilizam estratégias de desânimo/fraqueza. Por último, também se observa uma associação positiva entre a utilização de estratégias de agressividade e estratégias de fatalismo ($r=0,390$; $p<0,05$) e de espírito de luta ($r=0,462$;

$p < 0,05$): quanto mais utilizam estratégias de agressividade (“Explodi; fui agressivo/a”), maior é a utilização de estratégias de fatalismo e espírito de luta. Assim, os resultados mostram que a utilização de algumas estratégias ativas pro-sociais (“Procurei a ajuda de outras pessoas”) beneficia a utilização de estratégias de *coping* com a doença oncológica, ou seja, quanto mais os doentes oncológicos utilizam estratégias ativas pro-sociais, menos utilizam estratégias de “Preocupação Ansiosa” e de “Desânimo/Fatalismo”.

Em suma, o padrão de resultados da ação assertiva é inverso ao do evitamento: ambos estão associados com a preocupação ansiosa e com o desânimo, mas de forma contrária. A ação agressiva e a ação instintiva estão associadas de forma semelhante pela positiva tanto com o fatalismo, assim como com o espírito de luta, o que parece um pouco contraditório. A procura de suporte social está ligada à preocupação ansiosa, ao evitamento cognitivo e ao desânimo. A junção social está associada a todas as estratégias de adaptação, menos à preocupação ansiosa.

3.1.1.4 - Estratégias ativas pro-sociais e bem-estar subjetivo

Quadro 3.8

Correlação de Pearson entre as escalas da SACS e as escalas do Questionário de Bem-estar

| | Depressão | Ansiedade | Energia | Bem-estar Positivo |
|------------------------|-----------|-----------|---------|--------------------|
| Ação Assertiva | -,465** | -,538** | ,111 | ,307* |
| Evitamento | ,244* | ,362** | ,182 | -,124 |
| Procura Suporte Social | ,126 | ,225* | ,018 | -,154 |
| Junção Social | -,107 | ,024 | ,245* | ,224 |
| Ação Cautelosa | ,044 | ,074 | ,174 | ,044 |
| Ação Instintiva | -,121 | -,030 | ,288* | ,240* |
| Ação Agressiva | -,006 | ,003 | ,027 | ,259* |

** . Correlação significativa a nível $< 0,01$; * . Correlação significativa a nível $< 0,05$

A análise do Quadro 3.8 mostra uma correlação estatisticamente significativa entre as dimensões do *coping* social e as dimensões do bem-estar subjetivo. Em particular, há uma forte associação entre as estratégias de assertividade e a depressão ($r = -0,465$; $p < 0,01$), ansiedade ($r = -0,538$; $p < 0,01$) e bem-estar positivo ($r = 0,307$; $p < 0,05$): quanto mais utilizam estratégias de assertividade (“Apliquei-me; esforcei-me”), menos sentimentos de depressão e

ansiedade referem e melhor é a percepção de bem-estar positivo. Também é possível observar uma associação entre as estratégias de junção social e a energia ($r=0,245$; $p<0,05$): quanto mais procuram juntar-se a outras pessoas, mais energéticos se sentem. É possível observar também uma associação entre a procura de suporte social a ansiedade ($r=0,225$; $p>0,05$): quanto mais utilizam estratégias de procura de apoio das outras pessoas, maiores são os sentimentos de ansiedade. Há também uma associação positiva entre a utilização de estratégias instintivas e a energia ($r=0,288$; $p<0,05$) e o bem-estar positivo ($r=0,240$; $p<0,05$): quanto mais estratégias instintivas (“Confiei no meu instinto e não na minha razão”) utilizam, mais energéticos se sentem e com melhor bem-estar positivo. Também se observa uma associação entre as estratégias de evitamento e a depressão ($r=0,244$; $p<0,05$) e com a ansiedade ($r=0,362$; $p>0,01$): quanto mais evitam lidar com o problema (“Evitei a situação; quando os problemas surgem é geralmente sinal de que o pior está para vir”), mais sentimentos de depressão e ansiedade referem sentir. Por último, também se observa uma associação positiva entre as estratégias de agressividade e o bem-estar positivo ($r=0,259$; $p<0,05$): quanto mais utilizam estratégias agressivas, melhor se sentem. Os resultados permitem concluir que a utilização de estratégias ativas pro-sociais (“Falei com outras pessoas para descarregar as minhas frustrações”) beneficia, geralmente, a percepção de bem-estar dos doentes (“Sinto-me nervoso/a e ansioso/a”).

Em suma, a comparação das médias e das correlações anteriormente analisadas permitem constatar algumas relações estatisticamente significativas para o primeiro grande grupo de hipóteses (H1a e H1b). Os resultados do estudo permitem confirmar a hipótese 1, relativamente à relação positiva entre a satisfação com o suporte social e o papel do *coping* social na adaptação à doença oncológica e no bem-estar.

3.2 – Resultados para a comparação entre grupos

Hipótese 2 - relativa às diferenças entre os doentes: Uma vez que os doentes deslocados estão mais isolados socialmente, espera-se níveis inferiores de bem-estar neste grupo. Em particular:

H2a - A satisfação com o suporte social será menor nos grupos de doentes deslocados, do que nos grupos de doentes não-deslocados, açorianos e continentais.

H2b - A adaptação à doença oncológica será menor nos grupos de doentes deslocados, do que nos grupos de doentes não-deslocados, açorianos e continentais.

H2c: O bem-estar subjetivo será menor nos grupos de doentes deslocados, do que nos grupos de doentes não-deslocados, açorianos e continentais.

H2d - A utilização de estratégias ativas pro-sociais é maior nos grupos de doentes deslocados.

3.2.1 - A satisfação com o suporte social será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados

Quadro 3.9

Distribuição da média das diferentes subescalas da ESSS e da escala global com base nas diferenças entre grupos

| | | N | M | DP | T | p |
|--------------------|----------------|----|--------|---------|-------|-------|
| Amigos | Não-deslocados | 35 | 4,0743 | 1,00597 | 0,133 | 0,89 |
| | Deslocados | 22 | 4,0364 | 1,12061 | | |
| Intimidade | Não-deslocados | 35 | 4,1571 | ,82043 | 1,112 | 0,271 |
| | Deslocados | 22 | 3,9015 | ,88365 | | |
| Atividades Sociais | Não-deslocados | 35 | 2,8524 | ,92776 | 0,912 | 0,366 |
| | Deslocados | 22 | 2,5758 | 1,36541 | | |
| Família | Não-deslocados | 35 | 4,6095 | ,63393 | 0,517 | 0,607 |
| | Deslocados | 22 | 4,5000 | ,96910 | | |
| ESSS Geral | Não-deslocados | 35 | 3,5579 | ,40849 | 0,625 | 0,535 |
| | Deslocados | 22 | 3,4845 | ,46673 | | |

** . Correlação significativa a nível <0.01; * . Correlação significativa a nível <0.05

Comparando as diferenças entre os dois grupos de doentes do Quadro 3.9, apesar de se verificar que as médias do grupo de deslocados, para todas as dimensões, seja inferior, não se verificam diferenças significativas. Ou seja, para a dimensão “Amigos”, embora no grupo de doentes deslocados, a média seja inferior ($M=4,0364$) à média do grupo de doentes não-deslocados ($M=4,0743$), não se verificam diferenças significativas ($t=0,133$; $p>0,05$); para a dimensão “Intimidade” embora no grupo de doentes deslocados a média seja inferior ($M=3,9015$) à média dos doentes não-deslocados ($M=4,1571$), também não se verificam diferenças significativas ($t=1,112$; $p>0,05$); quanto à dimensão “Atividades Sociais”, embora a média no grupo de doentes deslocados seja inferior ($M=2,5758$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=2,8524$), não se verificam também diferenças significativas ($t=0,912$; $p>0,05$); para a dimensão “Família”, embora a média no grupo de doentes deslocados seja inferior ($M=4,5000$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=4,6095$), não se verificam também diferenças estatisticamente significativas ($t=0,517$; $p>0,05$), assim como também não se verificam, a nível da escala geral, diferenças significativas ($t=0,625$; $p>0,05$), embora a média no grupo de doentes deslocados ($M=3,4845$) seja inferior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=3,5579$).

Desta forma, é possível inferir que, embora a média da satisfação com o suporte social no grupo de doentes deslocados seja inferior em todos os domínios, não há diferenças significativas quanto à satisfação com o suporte social, em função da deslocação territorial.

3.2.2 - A adaptação à doença oncológica será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados

Quadro 3.10

Distribuição da média das diferentes subescalas da Mini-MAC e da escala global com base nas diferenças entre grupos

| | | N | M | DP | t | p |
|----------------------|----------------|----|--------|--------|--------|------|
| Fatalismo | Não-deslocados | 35 | 2,3600 | ,60218 | -2,042 | ,046 |
| | Deslocados | 22 | 2,6545 | ,38635 | | |
| Preocupação Ansiosa | Não-deslocados | 35 | 1,5087 | ,87478 | -,941 | ,351 |
| | Deslocados | 22 | 1,7273 | ,81890 | | |
| Espírito Luta | Não-deslocados | 35 | 2,2071 | ,61383 | -2,715 | ,009 |
| | Deslocados | 22 | 2,6136 | ,42767 | | |
| Evitamento Cognitivo | Não-deslocados | 35 | 1,9143 | ,84923 | -1,821 | ,074 |
| | Deslocados | 21 | 2,3016 | ,61377 | | |
| Desânimo | Não-deslocados | 35 | ,8873 | ,62616 | -,585 | ,561 |
| | Deslocados | 21 | ,9864 | ,59058 | | |
| Fraqueza geral | Não-deslocados | 35 | 1,6537 | ,47887 | -2,055 | ,045 |
| | Deslocados | 22 | 1,9205 | ,47454 | | |

** . Correlação significativa a nível <0.01; * . Correlação significativa a nível <0.05

Comparando as médias nos dois grupos de doentes no Quadro 3.10, é possível verificar diferenças significativas para algumas das dimensões da Mini-MAC, em função da deslocação territorial. Em particular, para a dimensão “Fatalismo”, a média no grupo de doentes deslocados ($M=2,6545$) é superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=2,3600$), sendo possível observar diferenças estatisticamente significativas

($t= -2,042$; $p<0,05$); para a dimensão “Espírito de luta”, a média do grupo de doentes deslocados é superior ($M=2,6136$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=2,2071$), observando-se também diferenças estatisticamente significativas ($t=-2,715$; $p<0,01$); para Mini-MAC geral, a média no grupo de doentes deslocados ($M=1,9205$) também é superior à

média no grupo de doentes não-deslocados ($M=1,6537$), observando-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($t=-2,055$; $p<0,05$).

Contudo, para a dimensão “Preocupação Ansiosa”, embora a média no grupo de doentes deslocados ($M= 1,7273$) seja superior à média no grupo de doentes deslocados ($M=1,5087$), não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t=-0,941$; $p>0,05$), como também para a dimensão “Evitamento Cognitivo”, embora a média no grupo de doentes deslocados ($M=2,3016$) seja superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M= 1,9143$), não se verificam diferenças significativas ($t=-1,821$; $p<0,05$), assim como para a dimensão “Desânimo/Fraqueza”, embora a média no grupo de doentes deslocados ($M=0,9864$) seja superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=0,8873$), não se verificam diferenças significativas ($t=-0,585$; $p<0,05$).

3.2.3 - A perceção de bem-estar será menor no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não-deslocados

Quadro 3.11

Distribuição da média das diferentes subescalas do Questionário de bem-estar e da escala global com base nas diferenças entre grupos

| | | N | M | DP | T | p |
|--------------------|----------------|----|--------|--------|-------|------|
| Depressão | Não-deslocados | 35 | 2,3924 | ,41595 | -,919 | ,362 |
| | Deslocados | 22 | 2,4924 | ,37260 | | |
| Ansiedade | Não-deslocados | 35 | 2,0952 | ,62136 | -,303 | ,763 |
| | Deslocados | 22 | 2,1439 | ,54017 | | |
| Energia | Não-deslocados | 35 | 1,8929 | ,46291 | -,366 | ,716 |
| | Deslocados | 21 | 1,9405 | ,48673 | | |
| Bem-estar Positivo | Não-deslocados | 35 | 1,9952 | ,66235 | -,965 | ,339 |
| | Deslocados | 22 | 2,1667 | ,63828 | | |
| Bem-estar geral | Não-deslocados | 35 | 1,3501 | ,19167 | -,077 | ,939 |
| | Deslocados | 22 | 1,3551 | ,29829 | | |

** . Correlação significativa a nível $<0,01$; * . Correlação significativa a nível $<0,05$

Comparando as diferenças entre os dois grupos de doentes do Quadro 3.11, apesar de se verificar que as médias do grupo de deslocados, para todas as dimensões, seja inferior, não se verificam diferenças significativas. Ou seja, para a dimensão “Depressão”, embora no grupo de doentes deslocados, a média seja superior ($M=2,4924$) à média do grupo de doentes não-

deslocados ($M=2,3924$), não se verificam diferenças significativas ($t=-0,919$; $p>0,05$); para a dimensão “Ansiedade” embora no grupo de doentes deslocados a média seja superior ($M=2,1439$) à média dos doentes não-deslocados ($M=2,0952$), também não se verificam diferenças significativas ($t=-0,303$; $p>0,05$); quanto à dimensão “Energia”, embora a média no grupo de doentes deslocados seja superior ($M=1,9405$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=1,8929$), não se verificam também diferenças significativas ($t=-0,366$; $p>0,05$); para a dimensão “Bem-estar positivo”, embora a média no grupo de doentes deslocados seja superior ($M=1,9952$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=2,1667$), não se verificam também diferenças estatisticamente significativas ($t=-0,965$; $p>0,05$), assim como também não se verificam, a nível da escala geral, diferenças significativas ($t=-0,077$; $p>0,05$), embora a média no grupo de doentes deslocados ($M=1,3551$) seja superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=1,3501$).

Desta forma, é possível inferir que, embora a média das perceções de bem-estar no grupo de doentes deslocados seja superior em todos os domínios, não há diferenças significativas quanto ao bem-estar dos doentes, em função da deslocação territorial.

3.2.4 - A utilização de estratégias ativas pro-sociais é maior no grupo de doentes deslocados

Quadro 3.12

Distribuição da média das diferentes subescalas da SACS e da escala global com base nas diferenças entre grupos

| | | N | M | DP | T | p |
|----------------------|----------------|----|--------|---------|--------|------|
| Ação Assertiva | Não-deslocados | 35 | 3,9421 | ,52557 | -1,486 | ,143 |
| | Deslocados | 22 | 4,1547 | ,52649 | | |
| Junção Social | Não-deslocados | 35 | 3,8629 | ,89149 | ,181 | ,857 |
| | Deslocados | 21 | 3,8190 | ,84594 | | |
| Procura Apoio Social | Não-deslocados | 35 | 3,2644 | ,95658 | -,322 | ,749 |
| | Deslocados | 22 | 3,3506 | 1,03179 | | |
| Ação Cautelosa | Não-deslocados | 35 | 3,6514 | ,87494 | -,841 | ,404 |
| | Deslocados | 21 | 3,8524 | ,85066 | | |
| Ação Instintiva | Não-deslocados | 35 | 4,1895 | ,96388 | -,256 | ,799 |
| | Deslocados | 22 | 4,2545 | ,88614 | | |
| Evitamento | Não-deslocados | 35 | 2,8019 | ,97330 | -1,036 | ,305 |
| | Deslocados | 21 | 3,0952 | 1,10877 | | |
| Ação Agressiva | Não-deslocados | 35 | 3,4400 | ,71423 | -1,266 | ,211 |
| | Deslocados | 21 | 3,6667 | ,51897 | | |

| | | | | | | |
|------------|----------------|----|--------|--------|--------|------|
| SACS geral | Não-deslocados | 35 | 3,5911 | ,50339 | -1,430 | ,158 |
| | Deslocados | 22 | 3,7851 | ,49026 | | |

** . Correlação significativa a nível <0.01; * . Correlação significativa a nível <0.05

Comparando as diferenças entre os dois grupos de doentes no Quadro 3.12, apesar de se verificar que as médias no grupo de doentes não-deslocados, em todos os domínios, seja inferior à média no grupo de doentes deslocados não se verificam diferenças significativas. Ou seja, para a dimensão “Ação Assertiva”, embora no grupo de doentes deslocados, a média seja superior ($M=4,1547$) à média do grupo de doentes não-deslocados ($M=3,9421$), não se verificam diferenças significativas ($t=-1,486$; $p>0,05$); para a dimensão “Junção Social” embora no grupo de doentes deslocados a média seja superior ($M=3,8190$) à média dos doentes não-deslocados ($M=3,8629$), também não se verificam diferenças significativas ($t=0,181$; $p>0,05$); quanto à dimensão “Procura de Suporte Social”, embora a média no grupo de doentes deslocados seja superior ($M=3,3506$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=3,2644$), não se verificam também diferenças significativas ($t=-,322$; $p>0,05$); para a dimensão “Ação Cautelosa”, embora a média no grupo de doentes deslocados seja superior ($M=3,8524$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=3,6514$), não se verificam também diferenças estatisticamente significativas ($t=-0,841$; $p>0,05$); para a dimensão “Ação Instintiva”, embora a média no grupo de doentes deslocados ($M = 4,2545$) seja superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=4,1895$), não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t= -,256$; $p> 0,05$); para a dimensão “Evitamento”, embora a média no grupo de doentes deslocados ($M = 3,0952$) seja superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=2,8019$), não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t= -1,036$; $p> 0,05$); para a dimensão “Ação Agressiva”, embora a média no grupo de doentes deslocados ($M=3,6667$) seja superior à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=3,4400$), não se verificam diferenças significativas ($t=-1,266$; $p>0,05$), assim como embora a média da SACS geral no grupo de doentes deslocados seja superior ($M=3,7851$) à média no grupo de doentes não-deslocados ($M=3,5911$), não se verificam diferenças significativas ($t=-1,430$; $p>0,05$).

A comparação das médias entre os dois grupos de doentes oncológicos em estudo permite constatar que existem algumas diferenças estatísticas significativas. Os resultados do presente estudo permitem concluir, ao contrário do que era esperado pelas hipóteses do segundo grande grupo (H2), que a satisfação com o suporte social (H2a) não difere significativamente entre os dois grupos de doentes. Do mesmo modo, ao contrário do que era

esperado, as percepções de bem-estar no grupo de doentes deslocados não difere significativamente das percepções no grupo de doentes não-deslocados (H2c), assim como não se verificam diferenças significativas para os dois grupos de doentes, quanto à utilização de estratégias ativas pró-sociais (H2d). No entanto, embora não se confirme a H2b, verificou-se que quanto à adaptação à doença oncológica, contrariamente ao esperado, o grupo de doentes deslocados apresentam uma média superior à média do grupo de doentes não-deslocados.

Estes resultados permitem inferir que a deslocação territorial, no caso dos doentes que se encontram deslocados, não influencia significativamente a satisfação com o suporte social, a utilização de estratégias ativas pró-sociais e o bem-estar. Contudo, os resultados indicam que os doentes deslocados utilizam estratégias mais adaptativas com este tipo de doença.

3.3 – Resultados para as questões de investigação

1 - *Uma vez que os doentes deslocados estão numa situação mais frágil num momento difícil da sua vida, a associação entre a satisfação com o suporte social e a adaptação à doença será mais forte no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não deslocados?*

3.3.1 - Comparação entre as correlações encontradas para deslocados e não deslocados

Quadro 3.13

Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas da Mini-MAC

| | | Fatalismo | Preocupação Ansiosa | Espírito Luta | Evitamento Cognitivo | Desanimo Fraqueza |
|--------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------|----------------------|-------------------|
| Atividades Sociais | Não-Deslocados | -,071 | -,234 | ,107 | -,158 | -,366* |
| | Deslocados | -,092 | -,405* | ,263* | -,114 | -,431* |
| Amigos | Não-Deslocados | -,004 | -,332* | ,167 | ,150 | -,478** |
| | Deslocados | -,150 | -,410* | ,210* | ,067 | -,387* |
| Família | Não-Deslocados | ,000 | ,026 | ,069 | ,221 | ,030 |
| | Deslocados | -,153 | -,040 | -,239* | -,203* | ,224* |
| Intimidade | Não-Deslocados | ,177 | -,333* | ,324* | ,104 | -,396* |
| | Deslocados | -,088 | -,322* | ,165 | ,129 | -,215* |

**correlação significativa a nível <0.01; *correlação significativa a nível <0.05

Os resultados do Quadro 3.13 mostram algumas correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da satisfação com o suporte social e as dimensões da adaptação à doença oncológica, no grupo de doentes deslocados e não-deslocados.

Em particular, há uma associação mais forte entre a satisfação com as atividades sociais e a preocupação ansiosa ($r=-0,405$; $p>0,05$), o espírito de luta ($r=0,263$; $p>0,01$) e o desânimo/fraqueza ($r=-.366$; $p>0,05$) no grupo de doentes deslocados: quanto mais satisfeitos estão com as atividades sociais, menos estratégias de preocupação ansiosa, espírito de luta e de desânimo/fraqueza utilizam.

Também se observa uma relação mais forte no grupo de doentes deslocados, entre a satisfação com os amigos e as estratégias de preocupação ansiosa ($r=-0,410$; $p>0,05$) e as estratégias de espírito de luta ($r=0,210$; $p<0,05$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos, menos estratégias de preocupação ansiosa utilizam e mais estratégias de espírito de luta utilizam. Ao contrário, no grupo de doentes não-deslocados, a relação é mais forte entre a satisfação com os amigos e as estratégias de desânimo/fraqueza ($r=-0,478$; $p<0,01$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos, menos utilizam estratégias de desânimo/fraqueza.

Há uma associação mais forte entre a satisfação com a família e a utilização de estratégias de espírito de luta ($r=-0,239$; $p>0,05$), de evitamento cognitivo ($r=-0,203$; $p>0,05$) e de desânimo/fraqueza ($r=0,224$; $p>0,05$) no grupo de doentes deslocados: quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem da família, menos utilizam estratégias de espírito de luta, menos estratégias de evitamento cognitivo e mais estratégias de desânimo/fraqueza.

Também é possível observar uma relação mais forte no grupo de doentes não-deslocados entre a satisfação com as relações de intimidade e a utilização de estratégias de preocupação ansiosa ($r=-0,333$; $p>0,05$), de espírito de luta ($r=0,324$; $p>0,05$) e de desânimo/fraqueza ($r=-0,396$; $p<0,05$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem das relações mais próximas, menos utilizam estratégias de preocupação ansiosa e de desânimo/fraqueza, utilizando mais estratégias de espírito de luta.

2 - A relação entre a satisfação com o suporte social e o bem-estar subjetivo é mais forte no grupo de doentes deslocados, do que no grupo de doentes não deslocados?

Quadro 3.14

Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas do Questionário de bem-estar

| | | Ansiedade | Depressão | Bem-estar Positivo | Energia |
|--------------------|----------------|-----------|-----------|--------------------|---------|
| Atividades Sociais | Não-deslocados | -,439** | -,185 | ,529** | ,242 |
| | Deslocados | -,438* | -,664** | ,088 | -,074 |
| Família | Não-deslocados | -,056 | -,188 | ,136 | ,204 |
| | Deslocados | ,124 | -,158 | ,004 | ,426 |
| Intimidade | Não-deslocados | -,350* | -,574** | ,574** | ,302 |
| | Deslocados | -,443* | -,389 | ,287 | -,017 |
| Amigos | Não-deslocados | -,443** | -,470** | ,501** | ,305* |
| | Deslocados | -,361 | -,445* | ,373 | -,028 |

**correlação significativa a nível <0.01; *correlação significativa a nível <0.05

O Quadro 3.14 mostra correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da satisfação com o suporte social e a percepção de bem-estar, para os dois grupos em estudo. Em particular, a relação entre a satisfação com o suporte social e a percepção de bem-estar é mais forte no grupo de doentes não-deslocados, especificamente, entre a satisfação com as atividades sociais e a percepção de ansiedade ($r=-0,439$; $p>0,01$) e de bem-estar positivo ($r=0,529$; $p>0,01$): quanto mais satisfeitos estão com as atividades sociais em que participam, menor é a ansiedade e maior é o bem-estar positivo. Contudo, no grupo de doentes deslocados, a relação entre as atividades sociais e a depressão ($r=-0,664$; $p>0,05$) é mais forte: quanto mais satisfeitos estão com as atividades sociais, menos sentimentos de depressão referem. É possível observar uma relação mais forte no grupo de doentes não-deslocados, entre a intimidade, a depressão ($r=-0,574$; $p<0,05$) e o bem-estar positivo ($r=0,574$; $p<0,05$): quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem das relações mais próximas, menos sentimentos de depressão e melhor bem-estar positivo referem. Também é possível observar uma relação mais forte entre os amigos e a ansiedade ($r=-0,443$; $p>0,01$), a depressão ($r=-0,470$; $p>0,01$), o bem-estar positivo ($r=0,501$; $p>0,01$) e a energia ($r=0,305$; $p<0,05$) no grupo de doentes não-deslocados: quanto mais satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos, menores sentimentos de depressão e ansiedade, e maiores sentimentos

de bem-estar positivo e energia referem. Por último, não se encontrou associações estatisticamente significativas entre a satisfação com a família e o bem-estar subjetivo para qualquer um dos grupos de doentes, deslocados e não-deslocados.

3- A relação entre a utilização de estratégias ativas pro-sociais e a adaptação à doença oncológica é maior no grupo de doentes deslocados?

Quadro 3.15

Correlação de Pearson entre as escalas da ESSS e as escalas da Mini-MAC

| | | Fatalismo | Preocupação Ansiosa | Espírito de luta | Evitamento Cognitivo | Desânimo Fraqueza |
|------------------------------|--------------------|-----------|------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Ação Assertiva | Não- deslocados | ,065 | -,514** | ,117 | ,132 | -,493** |
| | Deslocados | -,131 | -,380* | -,215 | -,097 | -,373* |
| Junção Social | Não- deslocados | ,397* | ,152 | ,497** | ,378* | ,128 |
| | Deslocados | ,182 | ,285 | ,250 | ,290 | ,355 |
| Procura Suporte Social | Não- deslocados | ,147 | ,553** | ,218 | ,316* | ,261 |
| | Deslocados | ,049 | ,609** | ,036 | ,317* | ,434* |
| Ação Cautelosa | Não- deslocados | ,299 | ,131 | ,431** | ,457** | -,053 |
| | Deslocados | ,479* | ,681** | ,335* | ,536* | ,510* |
| Ação Instintiva | Não- deslocados | ,449** | -,108 | ,464** | ,226 | -,075 |
| | Deslocados | ,116 | ,179 | ,190 | -,014 | ,359* |
| Evitamento | Não- deslocados | ,143 | ,497** | ,120 | ,218* | ,569** |
| | Deslocados | ,278* | ,468* | ,250* | ,364* | ,575** |
| Ação Agressiva | Não- deslocados | ,296 | ,053 | ,507** | ,151 | ,009 |
| | Deslocados | ,557** | ,345* | ,349* | ,269 | ,334* |

**correlação significativa a nível <0.01; *correlação significativa a nível <0.05

O Quadro 3.15 mostra correlações estatisticamente significativas entre as dimensões do *coping* social e as dimensões da adaptação à doença oncológica, nos dois grupos de doentes, deslocados e não-deslocados. Há uma associação mais forte no grupo de doentes não-deslocados entre as estratégias de assertividade e a utilização de estratégias de preocupação ansiosa ($r=-0,514$; $p>0,01$) e de desânimo/fraqueza ($r=-0,493$; $p>0,01$): quanto mais estratégias de assertividade utilizam, menos estratégias de preocupação ansiosa e desânimo/fraqueza utilizam. Há, também, uma associação mais forte no grupo de doentes não-deslocados entre as estratégias de junção social e as estratégias de fatalismo ($r=-0,397$; $p<0,05$), de espírito de luta ($r=0,497$; $p<0,01$) e de evitamento cognitivo ($r=0,378$; $p>0,01$): quanto mais estratégias de junção social utilizam, menos utilizam estratégias de fatalismo e de evitamento cognitivo e mais utilizam estratégias de espírito de luta. A relação entre as estratégias de procura de apoio social e as estratégias de preocupação ansiosa ($r=0,609$; $p<0,01$), de evitamento cognitivo ($r=0,536$; $p>0,05$) e de desânimo/fraqueza ($r=0,434$; $p>0,05$) é mais forte no grupo de doentes deslocados: quanto mais utilizam estratégias de procura de apoio social, mais estratégias de preocupação ansiosa, de evitamento cognitivo e de desânimo/fraqueza utilizam. Há uma relação mais forte entre as estratégias de ação cautelosa e as estratégias de fatalismo ($r=0,479$; $p<0,05$), de preocupação ansiosa ($r=0,681$; $p<0,01$), de evitamento cognitivo ($r=0,536$; $p>0,01$) e de desânimo/fraqueza ($r=0,510$; $p>0,01$) no grupo de doentes deslocados: quanto mais utilizam estratégias de ação cautelosa, mais utilizam estratégias de fatalismo, de preocupação ansiosa, de evitamento cognitivo e de desânimo/fraqueza. Também é possível observar uma relação mais forte no grupo de doentes não-deslocados, entre as estratégias de ação instintiva e as de fatalismo ($r=0,449$; $p<0,01$) e de espírito de luta ($r=0,464$; $p>0,01$): quanto mais estratégias de ação instintiva utilizam, mais utilizam estratégias de fatalismo e de espírito de luta.

Há uma maior associação entre as estratégias de ação instintiva e as estratégias de desânimo/fraqueza ($r=0,359$; $p>0,05$) no grupo de doentes deslocados. A associação entre as estratégias de evitamento e as estratégias de preocupação ansiosa ($r=0,497$; $p>0,01$) é mais fortes no grupo de doentes não-deslocados: quanto mais utilizam estratégias de evitamento, mais utilizam estratégias de preocupação ansiosa. Contudo, a associação entre as estratégias de evitamento e de evitamento cognitivo ($r=0,364$; $p>0,05$) e de desânimo/fraqueza ($r=0,575$; $p<0,05$) da adaptação à doença oncológica é mais forte no grupo de doentes deslocados: quanto mais utilizam estratégias de evitamento, mais utilizam estratégias de evitamento cognitivo e de desânimo/fraqueza. Também é possível observar uma associação mais forte no grupo de doentes deslocados entre as estratégias de agressividade e as estratégias de fatalismo

($r=0,557$; $p<0,01$), de preocupação ansiosa ($r=0,345$; $p>0,01$) e de desânimo/fraqueza ($r=0,334$; $p>0,05$): quanto mais utilizam estratégias de ação agressiva, mais estratégias de fatalismo, preocupação ansiosa e de desânimo utilizam. Observa-se, também, uma associação mais forte entre as estratégias de agressividade e as estratégias de espírito de luta ($r=0,507$; $p>0,01$) no grupo de doentes não-deslocados: quanto mais utilizam estratégias de agressividade, mais estratégias de espírito de luta utilizam.

Deste modo, os resultados encontrados para as questões de investigação confirmam as correlações existentes entre a satisfação com o suporte social, o *coping* social, a adaptação à doença oncológica e o bem-estar, com base nas diferenças entre os dois grupos de doentes, deslocados e não-deslocados. Em particular, para a primeira questão de investigação, observam-se correlações estatisticamente mais significativas para o grupo de doentes deslocados, especificamente entre a satisfação com as atividades sociais, com os amigos e com a família e relações mais fortes entre a satisfação com as relações de intimidade e a adaptação à doença oncológica no grupo de doentes não-deslocados.

Relativamente à segunda questão de investigação, os resultados permitem concluir que a associação entre a satisfação com as atividades sociais e a ansiedade e o bem-estar positivo é mais forte no grupo de doentes não-deslocados e mais forte na relação com os sentimentos de depressão no grupo de doentes deslocados. A satisfação com as relações de intimidade e a ansiedade são mais fortes no grupo de doentes deslocados e com a depressão e ansiedade e bem-estar positivo no grupo de doentes não-deslocados. Relativamente ao grupo de doentes não-deslocados, observa-se neste grupo uma relação mais forte entre a satisfação com os amigos e menores sentimentos de ansiedade, depressão e melhor bem-estar positivo e energia.

Por último, os resultados encontrados para a terceira questão de investigação permitem concluir que a relação entre o *coping* social e a adaptação à doença oncológica difere dependentemente do tipo de estratégias. Esta relação é mais forte no grupo de doentes não-deslocados, especificamente para as estratégias de assertividade, junção social e instintividade e mais forte no grupo de doentes deslocados, para as estratégias de procura de suporte social, estratégias de evitamento e agressividade.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO

4.1 – Discussão dos Resultados

Atendendo aos objetivos da presente investigação, os quais pretendem compreender se a deslocação territorial influencia a relação entre a satisfação com o suporte social e o *coping*

social no processo de adaptação à doença oncológica e nas percepções de bem-estar dos doentes açorianos deslocados, a presente discussão centra-se na compreensão destas relações naquela situação específica.

Esta investigação incluiu uma amostra essencialmente feminina, de doentes deslocados e doentes não-deslocados, com uma média de idades de 57,46 anos, que se encontravam a realizar tratamentos e com diagnóstico médico realizado maioritariamente entre o período de quatro e sete meses e superior a um ano.

Os referenciais teóricos sugerem que o suporte social, neste momento difícil de vida, beneficia a utilização de estratégias específicas de *coping* com a doença oncológica. Especificamente, o tipo de relações interpessoais que estabelecemos, principalmente com a família e com os amigos parece ser determinante nesta fase de confronto com a doença, manifestando-se através da percepção de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

Nesta sequência, os resultados do presente estudo também mostram uma relação positiva entre a satisfação com o suporte social e a adaptação à doença oncológica e o bem-estar.

Os resultados mostram que tanto os doentes deslocados como os doentes não-deslocados estão satisfeitos com o apoio prestado pelos elementos mais próximos da sua rede social, assim como utilizam estratégias mais adaptativas com uma doença desta natureza e referem melhores percepções de bem-estar. Desta forma, é possível concluir que quanto mais satisfeitos estão com o tipo de apoio prestado, menor é a percepção de depressão e ansiedade dos doentes oncológicos e melhor é a percepção de bem-estar positivo. Estes resultados apresentam semelhanças com outros encontrados em estudos anteriores, nomeadamente, os que procuraram explorar o efeito protetor do suporte social na resistência psicológica face ao *stress* gerado por esta doença, inferindo também que o apoio que recebem dos outros é visto como um bom preditor para a utilização de estratégias mais adaptativas, como, por exemplo, o espírito de luta (e.g., Cobb, 1976; Coelho & Ribeiro, 2000; Akechi et al. 1998).

Estes resultados parecem contribuir para o conhecimento acerca do efeito benéfico das relações sociais que estabelecemos uns com os outros, determinantes para superar demandas impostas no decorrer de uma doença crónica como a que se trata no presente estudo. O envolvimento dos outros no confronto com certas situações ameaçadoras como o cancro parece ter um papel fundamental na resistência psicológica face às exigências impostas pela doença e pela força da necessidade de mudança, consequentes do seu surgimento.

Quando um doente é diagnosticado com cancro, os membros da família assumem grandes responsabilidades, tanto pelo apoio que é necessário durante esta fase como, muitas

vezes, pela necessidade de prestação de cuidados. Desta forma, a família não só assume um papel importante na fase de confronto com o diagnóstico, como durante toda a trajetória de vida do doente, quer na prestação de cuidados necessários, quer na luta pela sobrevivência, tornando-se, assim, na principal fonte de apoio para estes doentes.

Neste sentido, será necessário o envolvimento cada vez maior da família e das pessoas mais próximas a estes doentes. Por um lado, os resultados continuam a demonstrar a forte incidência desta doença, e por outro, o avanço da medicina parece contribuir cada vez mais para a longevidade destes doentes, tornando-se mais necessário saber geri-la ao longo do tempo.

Relativamente aos resultados encontrados para o papel do *coping* social na saúde, especificamente, na adaptação à doença oncológica no total de participantes, é possível observar que a utilização das estratégias ativas pro-sociais beneficia algumas estratégias específicas de *coping* com este tipo de doença, manifestando-se através de melhores percepções de bem-estar. Por exemplo, as estratégias de assertividade, junção social e procura de apoio social estabelecem uma forte associação com o bem-estar, visto que a utilização destas estratégias tanto diminui sentimentos de depressão e ansiedade, como aumenta o espírito de luta no confronto com a doença oncológica.

No entanto, os resultados mostram uma associação positiva entre as estratégias de junção social e de procura de suporte social com as estratégias de desânimo/fraqueza e de preocupação ansiosa. Estes resultados parecem corroborar alguma literatura nesta área (e.g., Cohen & Wills, 1985; Dakof & Taylor, 1990; Helgeson & Cohen, 1996; Santos et al. 2003), ao demonstrarem que certos tipos de comportamento por parte dos outros parecem inúteis, insuficientes ou inadequados para este tipo de população. Estes comportamentos podem caracterizar-se pela minimização do problema por parte dos membros da rede social. Isto é, o facto de não abordarem o assunto sobre a doença com o doente pode ser percebido como uma minimização do problema, além da tentativa de alegria forçada com que tentam animá-lo. Estes comportamentos podem resultar numa expressão de preocupação pouco adequada para com o doente, enquanto falar sobre a doença e discutir estas preocupações é, muitas vezes, a forma mais desejada de prestação de apoio ao doente com cancro. Portanto, atendendo às ambiguidades da doença, o doente oncológico necessita de partilhar sentimentos e preocupações acerca da doença que agora enfrenta, mas os seus membros da rede social acreditam que é um perturbador e prejudicial, juntamente com o facto de não estarem suficientemente preparados e sensibilizados para abordar estas questões. Além disso, o doente deseja que o seu problema seja partilhado e discutido com outras pessoas, de forma a aliviar

preocupações e angústias, a melhorar o processo adaptativo e, conseqüentemente, o seu bem-estar, no entanto em certos casos isto não se verifica.

Os resultados da presente investigação também mostram uma relação positiva entre as estratégias de evitamento, a depressão e a ansiedade. Estas estratégias de evitamento são definidas como tentativas cognitivas ou comportamentais para minimizar a importância do cancro (Epping-Jordan, Compas & Howell, 1994). Embora possa ser protetora, a utilização de estratégias de evitamento parece ser prejudicial à saúde e ao processo adaptativo. Para Maia (2002), a utilização destas estratégias de negação está associada a um aumento de sintomas físicos e a repercussões no sistema nervoso autónomo, verificando-se mais perturbações no sistema imunológico. Para além disso, a utilização destas estratégias são fortes candidatos preditores de progressão do cancro (Epping-Jordan et al. 1994).

Relativamente aos resultados da satisfação com o suporte social com base nas diferenças entre os grupos, e ao contrário do que era esperado, foi possível concluir que a satisfação com o suporte social não difere significativamente entre os dois grupos de doentes, estando ambos satisfeitos com o apoio prestado. Pela distância da rede de suporte, o principal pressuposto desta investigação indicava que a satisfação com o suporte social seria menor no grupo de doentes deslocados, contudo isto não se verificou.

Estes resultados poderão ser analisados com um enfoque especial a partir do tipo de acompanhamento que é feito a estes doentes. O suporte que é prestado pelos acompanhantes pode constituir um recurso suficientemente eficaz para estes doentes, durante este período de deslocação, assim como o tipo de relação estabelecida entre o doente e o acompanhante. Contudo, não deixa de ser importante analisar a eficiência deste apoio numa amostra maior, de forma a verificar se o mesmo é, de facto, eficiente. Apesar da distância física, a especificidade das relações estabelecidas com os membros da rede de suporte destes doentes pode conseguir atender até certas necessidades dos doentes, durante o período de deslocação, pela possibilidade da satisfação com o suporte percebido ser maior, constituindo um forte contributo para a interpretação dos resultados encontrados.

No que concerne à percepção de bem-estar nos dois grupos de doentes oncológicos, ao contrário do que se esperava, não se verificou diferenças significativas entre os doentes não-deslocados e os doentes deslocados, assim como nos resultados relativos à utilização de estratégias específicas de *coping* com a doença oncológica.

Relativamente às estratégias específicas de *coping* com a doença oncológica, é possível observar uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de doentes. Observa-se que os doentes deslocados exibem valores estatisticamente superiores

comparativamente aos valores do grupo de doentes não-deslocados, pelo facto de que o primeiro grupo utiliza mais estratégias específicas para lidar com a doença oncológica, sendo o Fatalismo e o Espírito de Luta as estratégias mais utilizadas e o Desânimo/Fraqueza a estratégia menos utilizada. Embora sejam duas estratégias diferentes, para Lazarus (2000), o Fatalismo e o Espírito de Luta parecem ser favoráveis ao processo adaptativo. Desta forma, é possível concluir que este processo depende de várias e de diferentes estratégias que o doente utiliza para o confronto com os efeitos stressantes de certas situações, como o caso da doença.

No que respeita ao *coping* social, com base nas diferenças entre os grupos de doentes, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Relativamente ao impacto da satisfação com o suporte social na adaptação à doença oncológica, observa-se que esta relação é mais forte no grupo de doentes deslocados, especificamente entre a satisfação com as atividades sociais, a satisfação com o apoio dos amigos e da família e menor preocupação ansiosa, maior espírito de luta e menor desânimo. Contudo, esta associação é mais forte entre a satisfação com as relações de intimidade e menos preocupação ansiosa, mais espírito de luta e menos desânimo no grupo de doentes não-deslocados, sendo possível concluir que o apoio percebido destas relações de intimidade tem um efeito maior na adaptação à doença oncológica.

Relativamente ao impacto da satisfação com o suporte social nas perceções subjetivas de bem-estar, nomeadamente, a satisfação com as atividades sociais tem um maior impacto na ansiedade e no bem-estar positivo no grupo de doentes não-deslocados e uma relação mais forte com a depressão no grupo de doentes deslocados.

Também foi possível observar que a satisfação com as relações de intimidade tem um maior impacto na ansiedade, pela associação mais forte no grupo de doentes deslocados e, por outro lado, uma relação mais forte com a ansiedade e bem-estar positivo no grupo de doentes não-deslocados. Relativamente aos amigos, a satisfação com o apoio destes parece ter um impacto maior no grupo de doentes não-deslocados, quer para a ansiedade e para a depressão, quer para o bem-estar positivo e energia.

Quanto à utilização de estratégias ativas pró-sociais, os resultados mostram que a utilização de estratégias assertivas, de junção social e estratégias instintivas têm uma maior relação com a adaptação à doença oncológica, no grupo de doentes não-deslocados. Contudo, a utilização de estratégias de ação cautelosa, de procura de suporte social, de evitamento e estratégias agressivas têm um maior impacto na utilização de estratégias de *coping* com a doença oncológica, verificando-se associações mais fortes no grupo de doentes deslocados.

4.2 – Limitações

A interpretação dos resultados da presente investigação deve ter em conta algumas limitações a considerar. Em primeiro lugar, é importante analisar estes resultados no contexto da situação, como em todos os estudos que procuram explorar o papel do suporte social e as suas especificidades no âmbito da saúde. Isto é, o tipo de suporte social, noutras circunstâncias pode ser mais ou menos satisfatório e, por isso, depende sempre de vários fatores, assim como do contexto em que se encontram, neste caso, os doentes.

O presente estudo também não deve permitir generalizações, devido às limitações da amostra posteriormente apresentadas e à inexistência de estudos sobre o papel do *coping* social na saúde, especificamente no contexto da doença oncológica. Contudo, este estudo pode ser um forte contributo para a uma futura replicação, adaptado a uma amostra maior e, conseqüentemente servir de apoio para os resultados encontrados.

O anonimato e a formalidade de um estudo com a aplicação de um questionário também pode não ser suficientemente sensível a todas as dificuldades sentidas pelos participantes nesta circunstância. Deste modo, as necessidades provenientes deste tipo de doentes podem não ser consideradas próximas da totalidade num questionário e, por isso, os procedimentos deste estudo devem ser compreendidos apenas no contexto em que foram realizados.

4.2.1 – Limitações da amostra

Uma vez que os doentes oncológicos não devem ser vistos como um grupo homogéneo, porque experimentam cada situação de forma diferente, e porque nem todos os participantes do presente estudo se encontravam a realizar o mesmo tipo de tratamento, estes fatores constituem algumas das limitações da amostra do presente estudo, assim como os casos de baixa literacia, que conduziram a investigadora à leitura do questionário.

Inicialmente, a amostra também seria composta por doentes continentais deslocados e não-deslocados no Porto, contudo, não foi possível recolher um número considerável de participantes, capaz de constituir estes dois grupos distintos.

4.2.2 – Limitações na recolha de dados

Visto que o presente estudo foi realizado entre a cidade do Porto, no Continente, e em Ponta Delgada, na Ilha de São Miguel, nos Açores, o recurso temporal à aplicação dos questionários nas duas cidades tornou-se reduzido, limitando o tempo necessário para concretização da recolha e análise dos dados.

Outra das limitações à recolha de dados deve-se ao facto de os doentes que se encontravam deslocados na URP realizarem tratamentos diariamente, o que limitou o número de participantes no estudo e implicou uma gestão adequada de tempo e de oportunidade para realização do mesmo, no período necessário respetivamente à recolha, tratamento e análise dos dados.

4.2.3 – Limitações na análise dos dados

Como em todos os estudos que utilizam a aplicação de um questionário, neste também se verificaram algumas limitações. No contexto do presente estudo, dado que nem todos os participantes especificaram o tipo de doença a que estavam a ser tratados, presume-se que, em alguns casos, a não utilização da palavra ‘cancro’ no questionário, principalmente na escala de adaptação mental ao cancro, tenha condicionado e limitado o preenchimento do questionário, uma vez que esta escala pretende especificamente o estudo do impacto psicológico de uma doença desta natureza (Ribeiro et al. 2003).

4.3 – Futuras Investigações

O diagnóstico do cancro é carregado de medos e preocupações, não deixando a família imune a este sofrimento, tornando-se um acontecimento de vida que para o qual é necessária uma multiplicidade de reestruturações tanto do doente, como da família, pelo seu impacto na dinâmica familiar. Esta doença consegue ultrapassar a rutura na condição física da pessoa, manifestando também o seu impacto no contexto psicossocial, pelas ambiguidades e estigmas em volta da mesma. Desta forma, é fundamental abrir espaço para a família, uma vez que este período de vida difícil requer a existência de uma rede de apoio capaz de atender às especificidades da doença e às necessidades dos doentes. Deste modo, é de salientar que a intervenção no cancro deverá incidir a um nível individual e familiar, pela necessidade de uma intervenção a dois níveis, justificada por Lopes (2005), dado que esta experiência resume-se num acontecimento de vida que requer a adaptação do doente e da respetiva família.

Uma vez que tudo o que está associado à doença oncológica contribui para o processo adaptativo, em particular, a natureza dolorosa de alguns tipos de tratamento, seria importante que as investigações futuras incluíssem uma amostra maior e que os seus participantes estivessem sujeitos ao mesmo tipo de tratamento formal, de modo a permitir uma possível generalização dos seus resultados.

Os estudos futuros também poderiam explorar questões sobre o suporte social nos doentes açorianos deslocados entre ilhas; doentes deslocados que realizam outro tipo de tratamento e que estejam sujeitos à deslocação por um período de maior duração (e.g., cirurgia e internamentos).

A aplicação de entrevistas numa população como a da presente investigação também seria importante, uma vez que se trata de um instrumento poderoso, capaz de atender à sensibilidade de certas questões específicas deste tipo de população, ao contrário do questionário que pode não ser suficientemente sensível às especificidades e necessidades destes doentes.

Por último, os estudos futuros também poderiam incluir uma amostra mais diversificada, de forma a permitir um maior cruzamento de variáveis sociodemográficas e clínicas, como por exemplo, o estatuto socioeconómico; o tipo de tratamento e situações de recidivas clínicas.

CONCLUSÃO

Já desde 1976 que o efeito do suporte social tem sido evidentemente estudado, logo a partir do estudo pioneiro de Sidney Cobb, pelo reconhecimento influente do papel protetor do suporte social na saúde e, principalmente, no processo adaptativo em situações de crise, como a doença oncológica.

O tipo de suporte que é desejado pelas pessoas depende do contexto das situações e das necessidades sentidas. Contudo, alguns referenciais teóricos nesta área sugerem que o tipo de suporte mais desejado no processo de adaptação à doença oncológica é o suporte emocional, principalmente o que é prestado pela família (Santos et al, 2003; Helgeson e Cohen, 1996; Coelho e Ribeiro, 2000), já que permite a valorização do doente, a aceitação e compreensão, assim como possibilita a partilha de emoções e preocupações que, com a ajuda das outras pessoas, pode ajudar a melhorar a sua avaliação e, conseqüentemente, o bem-estar.

A partir dos resultados obtidos na presente investigação, é possível concluir que os mesmos corroboram estes referenciais teóricos, na medida em que o tipo de apoio que recebem e percebem que é disponível por parte dos outros beneficia tanto a utilização de estratégias mais adaptativas com a doença oncológica, como melhora as percepções de bem-estar deste tipo de doentes. Contudo, não deverá ser esquecido que determinados comportamentos, por parte das pessoas que são próximas destes doentes parecem prejudiciais, refletindo-se, por vezes, no aumento de sentimentos de preocupação ansiosa, depressão e ansiedade.

O suporte familiar nesta fase de vida pode parecer menos funcional, uma vez que o aparecimento desta doença pode interferir nos vários contextos de vida do doente, principalmente no contexto familiar (Santos et al. 2003). Contudo, de acordo com os resultados do estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social a pessoas com doença oncológica (Santos et al. 2003) e com os resultados do presente estudo, os elementos da amostra parecem satisfeitos com o suporte recebido, principalmente o que é prestado pela família. No entanto, não deixam de existir razões pelas quais a intervenção com este tipo de população também deva passar pela sensibilização das famílias e das pessoas próximas a estes doentes, de forma a conseguir melhorar o processo de adaptação, já que esta doença exige ser inserida nos vários contextos de vida do doente oncológico, realçando a importância do papel da família.

Em contrapartida, os resultados da presente investigação também poderão ser interpretados a partir da experiência anteriormente vivida pelos doentes açorianos. Quer isto dizer que a possibilidade destes doentes já terem experimentado uma situação semelhante, ou com um

membro da sua rede social relativamente próximo poderá ajudar a lidar melhor com esta situação. Da mesma forma, esta experiência nos Açores torna-se uma resposta frequente, e provavelmente esperada, no contexto da doença. Infelizmente são muitas as famílias açorianas que já vivenciaram uma experiência idêntica que, de certa forma, pode contribuir para o conhecimento prévio da sua natureza e tudo o que lhe está implícito. Para além disso, esta população, desde sempre, enfrenta necessidades de deslocação por diferentes motivos. Quer por motivos de saúde que, para além de questões específicas da Oncologia, só conseguem ser atendidos fora da Região Autónoma dos Açores, como exames de diagnóstico e tratamentos específicos noutras áreas da saúde, quer por exemplo, a nível académico, pela escassez de recursos no acesso ao ensino superior.

Em suma, ter pessoas com quem falar sobre os problemas e preocupações pode estabelecer uma forte ligação com o nosso bem-estar. Perceber que as pessoas estão disponíveis para nos ouvir e reconfortar, em momentos de crise, pode ter um grande impacto nos sentimentos que desenvolvemos em relação a certos problemas que nos confrontam diariamente. Para além disso, a possibilidade de partilha de angústias e preocupações pode ajudar a minimizar o seu impacto psicológico, com o apoio das outras pessoas, expondo alternativas e possíveis soluções para as situações. Especialmente, no contexto do cancro, a possibilidade de ter alguém em quem confiar promove uma melhor adequação pessoal (suporte de autoestima), pela expressão de valorização dos outros em relação ao doente, uma vez que este apoio consiste num dos principais requisitos para lidar melhor com eventos potencialmente stressantes, como o cancro (Cohen & Wills, 1985).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77 (12), 2381-2388;
- Albrecht, T.L., Burleson, B. & Golds, D. (1994). Supportive communication. In Knapp, M. & Miller, G. (Eds), *Handbook of Interpersonal Communication*, (pp. 419-449). Thousand Oaks: Sage Publications;
- Barrea, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community*, 14(4);
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Climepsi editores, Lisboa;
- Blanchard, M. E.B. (1982). Behavioral medicine: past, presente, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 795-796;
- Bradley, C. (1994). *Handbook of Psychology and Diabetes*. Amsterdam: Harood Academic;
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314;
- Coelho, M & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do *coping* sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87;
- Cohen, S., Gottlieb, B.H. & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. In Cohen, S., Gottlieb, B.H. & Underwood, L.G. (Eds.) *Social Support measurement and Intervention – A guide for health and social scientists* (pp.3-25). New York: Oxford University Press;
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357;
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 676-684;
- Connell, C. M., Davis, W. K., Gallant, M. P., & Sharpe, P. A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 13, 263–273;
- Cunningham, M.R. & Barbee, A.P. (2000). Social support. In Hendrick, C. & Hendrick, S.S. (Eds.) *Close Relationships: A Sourcebook* (pp.273-300). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications
- Dakof, G.A., & Taylor, S.E. (1990). Victims' Perceptions of Social Support: What is helpful from whom? *American Psychological Association*, 58 (1), 80-89
- Direção Regional de Saúde dos Açores (2009). Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PRS 2009-2012);
- Dunahoo, C.L., Hobfoll, S.E., Monnier, J., Hulsizer, M.R. & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. *Anxiety, Stress, and coping*, 11, 137-165;
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E. & Howell, D.C. (1994). Predictors of Cancer Progression in Young Adult Men and Women: Avoidance, Intrusive Thoughts, and Psychological Symptoms. *Health Psychology*, 13(6) , 539-547
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual review of Psychology*, 55, 745-774;
- Gomes, M.C. & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o autoconceito e bem-estar subjetivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(1), 35-45;
- Gonçalves, S., Marques Pinto, A., & Lima, M.L. (2007). Acidentes de trabalho e trauma: o papel moderador do *coping* social. In Martins, A.C., Caetano, Garrido., M. A. & Batel S. (Eds.).

- Percursos da Investigação em Psicologia Social e Organizacional* (Vol. III, pp.255-277). Lisboa: Colibri;
- Helgeson, V.S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15 (2), 135-148;
- Hobfoll, S.E., Dunahoo, C.L., Ben-Porath, Y. & Monnier, J. (1994). Gender and coping: The Dual-Axis Model of Coping. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 49-82;
- Hobfoll, S.E., Cameron, R.P., Chapman, H.A. & Gallagher, W. (1996). Social support and social coping in couples. In Pierce, G.R., Sarason, B.R. & Sarason, I.G. (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 413-433). New York: Plenum Press;
- House, J.S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2 (1), 135-146
- Krum, F.M.B. (2007). *O impacto e as estratégias de coping de indivíduos em comunidades afetadas por desastres naturais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia;
- Krum, F.M.B., & Bandeira, D.R. (2008). Enfrentamento de desastres naturais: o uso do *coping* coletivo. *Paidéia*, 18(39), 73-84;
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer;
- Lopes, M. (2005). *O Doente Oncológico e a Sua Família*. Climepsi Editores, Lisboa;
- Maia, A.C. (2002). Emoções e Sistema Imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 207-225;
- Martins, J.P.C. (2008). *Aspetos do trabalho emocional estudados nas interações entre colegas e fatores facilitadores do bem-estar em bombeiros sapadores*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação;
- Nogueira, H. & Remoaldo, P. (2010). *Olhares Geográficos sobre a Saúde*. Edições Colibri, Lisboa;
- Parker, D.A. & Endler, N.S. (1996). Coping and defense: a historical overview. In Zeidner, M., Endler, N.S. (Eds.). *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp.3-23). John Wiley: New York;
- Portaria N.º66/2010 de 30 de Junho, do Governo Regional dos Açores. Retirado de <http://www.azores.gov.pt/JO/Serie+I/2010/S%3%A9rie+I+N%C2%BA+106+de+30+de+Junho+de+2010/Portaria+N%C2%BA+66+de+2010.htm>
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi;
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., Sarason, H.J.J., & Henderson, C.A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In Pierce, G.R., Sarason, B.R. & Sarason, I.G. (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3-23). New York: Plenum Press;
- Ribeiro, J. L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 547-558;
- Ribeiro., J.L.P, Ramos,D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, saúde & doenças*, 4(2), 231-247;
- Registo Oncológico Nacional (2001). Retrieved from http://www.ipoportor.min-saude.pt/Downloads_HSA/IPOP/RO_Nacional_2001.pdf
- Russel, D.W., Booth, B., Reed, D. & Laughlin, P.B. (1997). Personality, Social Networks, and Perceived Social Support among Alcoholics: A structural equation analysis. *Journal of Personality*, 65 (3), 649-693
- Santos, C.S.V.B., Ribeiro, S.P. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças*, 4 (2), 185-204;

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-39;
- Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4);
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714;
- Soares, M.M.B.M.S. (2010). *Cuidar de doentes deslocados: um estudo das dinâmicas familiares de doentes deslocados, por períodos de longa duração, beneficiários do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Lisboa: ISCTE-IUL;
- Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S. J. & Lichtman, R.R (1986). Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 54 (5), 608-615;
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423
- Uchino, B.N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The Relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531;
- 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(3), 33-46;

Anexos

Anexo A - Protocolo de Consentimento Informado

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Rita Rego Costa, orientado pela Professora Doutora Luísa Pedroso de Lima (ambas do ISCTE-IUL), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Social da Saúde. Compreendo que a minha não-participação ou desistência no estudo não interferem no acesso aos cuidados de saúde.

Foram-me explicados e compreendidos os objetivos do estudo:

- Identificar as estratégias utilizadas para lidar com a doença pelos doentes de diversas regiões de Portugal.
- Determinar a relação entre a satisfação com o suporte social no processo de adaptação à doença.

Entendo que a minha participação no estudo contribui para o desenvolvimento da investigação no contexto do apoio social na adaptação à doença e que a informação em relação aos resultados será confidencial, assim como a minha identidade. Entendi, também, que tenho o direito de ter acesso aos resultados, aquando da finalização do estudo.

Nome _____

Assinatura _____

Data _____

Investigadora: Rita Rego Costa

Contato telefónico

Anexo C - Escala Reduzida de Adaptação Mental ao Cancro (Mini-MAC)

| | Não se aplica de modo nenhum a mim (1) | Não se aplica a mim (2) | Aplica-se a mim (3) | Aplica-se totalmente a mim (4) |
|--|---|--|------------------------------------|---|
| Sinto que a vida não tem esperança | | | | |
| Não consigo controlar isto | | | | |
| Estou determinado/a a vencer a minha doença | | | | |
| Desde que a minha doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível | | | | |
| Não consigo lidar com isto | | | | |
| Entreguei-me nas mãos de Deus | | | | |
| Estou preocupado/a com a minha doença | | | | |
| Esforço-me por me distrair quando pensamentos acerca da minha doença me vêm à cabeça | | | | |
| Estou preocupado/a que a doença volte a aparecer ou que piore | | | | |
| Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vindo | | | | |
| Estou um pouco assustado/a | | | | |
| Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude | | | | |
| Tenho dificuldade em acreditar que isto me tenha acontecido | | | | |
| Sofro de grande ansiedade por causa disto | | | | |
| Não tenho muita esperança no futuro | | | | |
| Neste momento vivo um dia de cada vez | | | | |
| Apetece-me desistir | | | | |
| Sinto-me muito otimista | | | | |
| Encaro a minha doença como um desafio | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto | | | | |
| Sinto-me muito zangado/a com o que me aconteceu | | | | |
| Intencionalmente empurro todos os meus pensamentos sobre a minha doença para longe | | | | |
| Dou valor às coisas boas que me acontecem | | | | |
| Tento combater a doença | | | | |
| Estou apreensivo/a | | | | |
| Penso que isto é como se o mundo tivesse acabado | | | | |
| Sinto-me arrasado/a | | | | |

Anexo D – Questionário de Bem-estar Subjetivo

| | Sempre | Quase sempre | Às vezes | Nunca |
|--|---------------|---------------------|-----------------|--------------|
| Sinto que sou útil e que precisam de mim | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ando sempre a lamentar-me ou sinto-me como se o fizesse | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Acho que consigo pensar com clareza | 3 | 2 | 1 | 0 |
| A minha vida é bastante cheia | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto-me abatido/a e triste | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Gosto das coisas que faço | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto-me nervoso/a e ansioso/a | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto medo sem razão nenhuma | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Facilmente fico perturbado/a ou entro em pânico | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto que estou a ir-me abaixo | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto-me calmo/a e consigo estar quieto/a | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Adormeço com facilidade e passo uma noite descansada | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto-me energético/a, ativo/a e vigoroso/a | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto-me sem energia ou preguiçoso/a | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sinto-me cansado/a, gasto/a, esgotado/a ou exausto/a | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ao acordar tenho-me sentido fresco/a e descansado/a | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tenho andado feliz, satisfeito/a ou contente com a minha vida pessoal | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tenho-me sentido adaptado/a à minha situação | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tenho tido o tipo de vida que eu queria | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tenho sentido dificuldade ao tentar resolver as minhas tarefas diárias ou a tomar novas decisões | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tenho sentido que facilmente posso resolver ou lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida | 3 | 2 | 1 | 0 |
| O meu dia-a-dia tem sido cheio de coisas boas que me interessam | 3 | 2 | 1 | 0 |

Anexo E - Escala de *Coping* Social (SACS)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Não desisti, mesmo quando as coisas estavam muito mal, porque muitas vezes conseguimos dar a volta por cima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Perguntei aos meus amigos o que é que eles fariam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agi rapidamente; é melhor atirar-me logo ao problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Contei comigo e com as minhas forças pessoais; não é boa ideia depender das outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Confiei no meu instinto e não na minha razão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Evitei lidar com o problema; coisas como aquelas resolvem-se por si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Explodi; fui agressivo/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Consultei pessoas da minha família acerca do que elas fariam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Voltei-me para outras coisas; há poucas esperanças de situações como aquela melhorarem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Apoiei-me na minha reação instintiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fui muito cauteloso/a e avaliei bem as minhas opções/alternativas (mais vale prevenir do que remediar) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Procurei a ajuda de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Segui em frente mas não utilizei todos os meus recursos até saber muito bem o que tinha de enfrentar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Juntei-me a outras pessoas para lidarmos juntos com a situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Contei comigo próprio/a mas confiei ao mesmo tempo nas pessoas que me estão próximas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fiz alguma coisa que me ajudasse a não pensar no problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Afastei-me e deixei as coisas acalmarem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tentei ajudar outras pessoas envolvidas na situação, já que ao ajudar os outros estamos a resolver os nossos problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pensei cuidadosamente nos sentimentos dos outros antes de decidir o que fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Apesar de me sentir mal, pensei que não havia muito a fazer em relação a problemas como aquele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Apliquei-me; esforcei-me | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Esprei, era melhor esperar que as coisas acalmassem antes de tomar alguma decisão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Procurei alguém para me dar apoio emocional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agi muito cautelosamente, porque pensei que poderia haver algo escondido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Esforcei-me por satisfazer os desejos dos outros, porque isso iria ajudar a situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agi agressivamente; frequentemente se conseguirmos “desarmar” as outras pessoas, as coisas funcionam a nosso favor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Evitei o problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Evitei a situação; quando os problemas surgem, é geralmente sinal de que o pior está para vir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Segui a minha intuição | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Peguei o “touro pelos cornos”; tomei as rédeas da situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falei com as outras pessoas para descarregar as minhas frustrações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dividi o problema em pequenas partes e resolvi-as uma de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tentei satisfazer as necessidades das outras pessoas que estavam envolvidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Segui o meu primeiro impulso; as coisas geralmente resultam melhor assim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fiz alguma coisa para me acalmar, e só depois comecei a resolver o problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Perguntei aos amigos e família as suas opiniões sobre o meu plano de ação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Concentrei-me noutra coisa e deixei a situação resolver-se por si própria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Confiei no meu próprio julgamento, porque só eu cuido bem dos meus próprios interesses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fui firme; aguentei-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Afirmei-me e satisfiz as minhas necessidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fui forte e enérgico/a, mas evitei prejudicar os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Enfrentei diretamente a situação, e não fugi do problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo F - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

| | Concordo totalmente | Concordo na maior parte | Não concordo nem discordo | Discordo na maior parte | Discordo totalmente |
|---|------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria | | | | | |
| Estou satisfeito/a com a quantidade de amigos que tenho | | | | | |
| Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos | | | | | |
| Estou satisfeito/a com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos | | | | | |
| Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho | | | | | |
| Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio | | | | | |
| Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer | | | | | |
| Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer | | | | | |
| Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas | | | | | |
| Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família | | | | | |
| Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família | | | | | |
| Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família | | | | | |
| Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria | | | | | |
| Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam | | | | | |
| Gostaria de participar mais em atividades de organizações sociais | | | | | |

Anexo G - Pedido de Autorização URP

Lisboa, 16 de Fevereiro de 2012

Exm^a. Sr.^a Coordenadora da Unidade de Radioterapia do Porto,

Dr.^a Maria Campos

Pretendemos, com esta carta, solicitar autorização para a realização da nossa investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia Social da Saúde do ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa), na Unidade de Radioterapia do Porto (Clínica Quadrantes). Esta investigação surge no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado da aluna Rita Bastos Rego Costa, sob a orientação da Professora Doutora Luísa Pedroso de Lima.

Deste modo, pretendemos realizar um trabalho de investigação no contexto do impacto do suporte social no processo de adaptação à doença oncológica. Mais especificamente, pretendemos estudar de que forma é que a satisfação com o suporte social (informal) e as estratégias de *coping* social diferem entre doentes oncológicos residentes nos Açores (na Ilha de São Miguel), que se encontram a realizar tratamentos de natureza oncológica no Hospital do Divino Espírito Santos (HDES), em Ponta Delgada; um grupo constituído por doentes açorianos que se encontram deslocados no Porto, em contexto de tratamentos de Radioterapia e encaminhados pelo Serviço de Deslocação do HDES e um grupo constituído por doentes residentes no Porto.

Pretende-se que, na seleção da amostra, os participantes sejam acompanhados pelo HDES e pela Unidade de Radioterapia do Porto (Quadrantes – Clínica Médica e de Diagnóstico).

A pertinência do presente estudo prende-se com a necessidade de compreender melhor esta realidade vivida por alguém a quem nem sempre é possível o acompanhamento e apoio da família, o que constitui um recurso determinante nesta fase de adaptação à doença. Pretende-

se, portanto, estudar de que forma é que esta situação de deslocação modera o impacto da satisfação com o suporte social na adaptação à doença oncológica, tal como avaliar as estratégias que são utilizadas pelos doentes que vivem esta circunstância, na ausência da família.

Este projeto tem um carácter inovador na medida em que se focaliza em estratégias de *coping* social (que podem ser intervencionadas de uma forma coletiva e educativa) por oposição às abordagens comuns do *coping*, que se centram na perspetiva individual.

Em suma, este documento refere-se ao pedido de autorização para realização do estudo na Unidade de Radioterapia do Porto, dirigido à Exm^a Sr.^a Coordenadora, Dr.^a Maria Campos.

Anexo H - Pedido de Autorização Conselho de Administração HDES

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2012

Exm^a. Sr.^a Presidente do Conselho de Administração,

Dr.^a Margarida Moura

Pretendemos, com esta carta, solicitar autorização para a realização da nossa investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia Social da Saúde do ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa), no Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada.

Deste modo, pretendemos realizar um trabalho de investigação no contexto do impacto do suporte social no processo de adaptação à doença oncológica. Mais especificamente, pretendemos estudar de que forma é que a satisfação com o suporte social (informal) e as estratégias de *coping* social diferem entre quatro grupos de doentes oncológicos: um grupo constituído por doentes residentes nos Açores (na Ilha de São Miguel), que se encontram a realizar tratamentos de natureza oncológica no Hospital do Divino Espírito Santos, em Ponta Delgada (HDES); um segundo grupo constituído por doentes açorianos que se encontram deslocados em Lisboa, em contexto de tratamentos de Radioterapia e encaminhados pelo Serviço de Deslocação do HDES; um grupo constituído por doentes residentes em Lisboa e, por último, um grupo de doentes deslocados, provenientes de outra região de Portugal Continental, que se encontram a realizar tratamentos em Lisboa.


Pretende-se que na seleção da amostra, todos os participantes sejam acompanhados pelo HDES, pelo Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), em Lisboa e pelo Centro Oncológico Dr.^a Natália Chaves (Clínica Quadrantes).

A pertinência do presente estudo prende-se com a necessidade de compreender melhor esta realidade vivida por alguém a quem nem sempre é possível o acompanhamento e apoio da família, o que constitui um recurso determinante nesta fase. Pretende-se, portanto, estudar de que forma é que esta situação de deslocação modera o impacto da satisfação com o suporte social na adaptação à doença oncológica, tal como avaliar as estratégias que são utilizadas pelos doentes que vivem esta circunstância, na ausência da família.

Este projeto tem um carácter inovador na medida em que se focaliza em estratégias de *coping* social (que podem ser intervencionadas de uma forma coletiva e educativa) por oposição às abordagens comuns do *coping*, que se centram na perspetiva individual.

Em suma, este documento refere-se ao pedido de autorização para realização do estudo no Hospital do Divino Espírito Santo, dirigido à Exm^a. Sr.^a Presidente do Conselho de Administração, Dr.^a Margarida Moura.

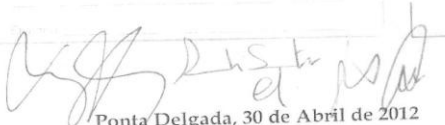
Anexo I – Aprovação do Projeto



X3 5 2012

Presidente C.A.

Exma. Sr.^a
Presidente do Conselho de Administração
do HDES
Dr.^a Margarida Moura



Ponta Delgada, 30 de Abril de 2012

ASSUNTO: Apreciação do Projeto de Investigação "Coping Social e Adaptação à Doença Oncológica em Doentes Açorianos Deslocados"

Relativamente ao assunto em epígrafe do qual é Investigadora Principal a Dr.^a Rita Bastos Rego Costa, cumpre informar V. Exc.^a que a Comissão de Ética para a Saúde, reunida a 24 de Abril do corrente ano, deliberou por unanimidade emitir parecer favorável à sua efectivação no HDES.

Com os melhores Cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Dr. Dionísio Faria e Maia

Anexo J - Pedido de Informação/Autorização Serviço de Oncologia

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2012

Ex^{mo}. Sr. Diretor do Serviço de Oncologia,

Dr. Luís Dias

Pedido de Informação/Autorização

No âmbito da realização de Dissertação de Mestrado em Psicologia Social da Saúde no ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa) pretendemos, com esta carta, solicitar autorização para a cedência dos dados correspondentes aos doentes oncológicos que se encontram deslocados no Porto, assim como autorização para realização do estudo no Serviço de Oncologia do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) e a informação relativa aos doentes oncológicos que estão a ser acompanhados no HDES.

Deste modo, pretendemos realizar um trabalho de investigação no contexto do impacto do suporte social no processo de adaptação à doença oncológica e no bem-estar subjetivo do doente. Mais especificamente, pretendemos estudar de que forma é que a satisfação com o suporte social (informal) e as estratégias de *coping* social diferem entre os seguintes grupos de doentes oncológicos: um grupo constituído por doentes residentes nos Açores (na Ilha de São Miguel), que se encontram a realizar tratamentos de natureza oncológica no HDES; um segundo grupo constituído por doentes açorianos que se encontram deslocados na Unidade de Radioterapia do Porto (Clínica Quadrantes), em contexto de tratamentos de Radioterapia e encaminhados pelo Serviço de Deslocação do HDES e, por último, um grupo constituído por doentes residentes no Porto, igualmente acompanhados pela Unidade de Radioterapia do Porto.

A pertinência do presente estudo prende-se com a necessidade de compreender melhor esta realidade vivida por alguém a quem nem sempre é possível o acompanhamento e apoio da família, o que constitui um recurso determinante na fase de tratamento e adaptação à doença. Assim, pretende-se estudar de que forma é que esta situação de deslocação nos doentes açorianos modera o impacto da satisfação com o suporte social na adaptação à doença oncológica, tal como avaliar as estratégias que são utilizadas pelos doentes que vivem esta circunstância, na ausência da família.

Este projeto tem um carácter inovador na medida em que se focaliza em estratégias de *coping* social (que podem ser intervencionadas de uma forma coletiva e educativa) por oposição às abordagens comuns do *coping* que se centram, meramente, numa perspetiva individual.

Para tal, para o grupo de doentes acompanhados no HDES, pretendemos que a recolha de dados, através de um questionário, seja realizada no Serviço de Oncologia, no momento em que os doentes aguardam pela consulta/tratamento e que a investigadora principal seja acompanhada por um(a) enfermeiro (a) do serviço, constituindo este último uma figura de referência para o doente.

Deste modo, conforme contato realizado com a Enfermeira Chefe do referido serviço (Enf.^a Leonílda Isabel Leitão Moreira da Silva), a própria mostrou-se inteiramente disponível para acompanhar a investigadora neste processo de recolha de dados, assim como qualquer outro membro da equipa de saúde do serviço.

Em suma, este documento refere-se ao pedido de autorização de cedência de informação dirigido ao Diretor do Serviço de Oncologia – Dr. Luís Dias, relativamente aos dados dos doentes oncológicos que estão a ser acompanhados pelo HDES e que se encontram a realizar tratamentos no mesmo hospital e autorização para realização da investigação no Serviço de Oncologia, assim como a informação relativa aos doentes que se encontram deslocados no Porto.

Comprometemo-nos, desde já, a não interferir na dinâmica do serviço, garantindo o seu bom funcionamento.

O Investigador Principal

Rita Bastos Rego Costa