



Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia



Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação de Beja

**A Qualidade de Vida em doentes com Coxartrose
Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e
Estratégias de *Coping***

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA, NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Cassilda da Conceição Tareco Afonso Floro

Faro
2007

NOME: Cassilda da Conceição Tareco Afonso Floro

DEPARTAMENTO: De Psicologia

ORIENTADOR: Gabriela Maria Ramos Gonçalves

DATA: 27 de Julho de 2007

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “A Qualidade de Vida em Doentes com Coxartrose e Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e Estratégias de *Coping*”.

JÚRI:

Presidente:

Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;

Vogais:

Doutor **José Luís Pais Ribeiro**, Professor Associado com agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto;

Doutora **Gabriela Maria Ramos Gonçalves**, Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

AGRADECIMENTOS

É com muita felicidade que agradeço a todas as pessoas que de uma forma ou de outra, que comigo, tornaram possível a realização deste trabalho.

Começo por agradecer à Prof^a Doutora Gabriela Gonçalves em particular, pelo seu acompanhamento incansável a este trabalho, tornando-o seguro e fazendo-me sentir segura, especialmente nos momentos de maior desânimo, tendo sido uma pedra imprescindível até à caminhada final.

A todos os doentes que aceitaram fazer parte neste estudo e que sem os quais este estudo não poderia ter sido possível, expresso o meu reconhecimento e agradecimento.

À direcção de enfermagem Centro Hospitalar do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, ao director do Hospital São João de Deus de Montemor-o-Novo, e ao Centro Médico, Ld^a pelas autorizações concebidas ao meu pedido para a realização dos questionários o meu muito obrigado.

Ao Dr^o Luís Palma, Dr^o Jorge Salvador, muito obrigado pela amizade, e pela ajuda na recolha de dados.

Ao Dr^o Maia de Oliveira, Dr^a Rita Ricardo, Dr^o Vítor Costa e Dr^a Rosária Hrotkó por me permitirem o acesso aos doentes nas suas consultas, a minha gratidão.

À minha colega do Curso de Mestrado, Tânia pela ajuda preciosa que me deu e com quem partilhei tristezas e alegrias ao longo da elaboração deste projecto.

Aos meus pais, por tudo o que fizeram por mim ao longo deste projecto, muito obrigado...

Ao António Miguel, meu marido, Rita e Miguel, meus filhos, por todo o apoio que me deram ao longo deste trabalho, ajudando e dando força para seguir em frente mesmo naqueles momentos em que as coisas não corriam tão bem – a Vocês, que são o mais precioso e belo – Obrigado!

RESUMO

O presente estudo foi realizado com o objectivo de analisar o impacto do suporte social e estratégias de *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida dos doentes com coxartrose e artroplastia total da anca, bem como identificar as variáveis que podem influenciar estas relações, e de que forma.

A amostra desta investigação é constituída por 74 inquiridos com coxartrose e artroplastia total da anca, respectivamente, cuja média de idades é de 70.50 anos, de dois hospitais e de uma clínica médica. Os dados foram recolhidos através de um instrumento constituído por três escalas: o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: SF-36 (*36-Item Short-Form Health Survey*), adaptado por Pais Ribeiro (1994), a Escala de Satisfação com o Suporte Social, Pais Ribeiro (1999), o Questionário de Estratégias de *Coping*, adaptado por Ribeiro e Santos (2001) e um Questionário Demográfico.

Os resultados sugerem que os doentes com artroplastia total da anca apresentam uma melhor qualidade de vida. É possível afirmar que a condição coabitação (só vs acompanhado) não interfere na qualidade de vida. Verificamos que no Suporte Social, os doentes com cirurgia, referem a satisfação com os amigos, intimidade e satisfação com a família. Os doentes sem cirurgia manifestam maior satisfação com as actividades sociais comparativamente aos doentes com cirurgia. Ao nível das estratégias de *coping*, os doentes com cirurgia recorrem mais a estratégias de *coping* que os doentes sem cirurgia.

De um modo geral, estes resultados demonstraram que a condição cirurgia tem influência na qualidade de vida, suporte social e estratégias de *coping*. Porém, persiste a necessidade de aprofundar, teórica e empiricamente, os conhecimentos sobre esta temática.

Palavras-chaves: qualidade de vida, suporte social, estratégias de *coping*, coxartrose, artroplastia total da anca.

ABSTRACT

The present study was realized the purpose of analysing the impact of the social support and coping strategies about the subjective perception of the well-being and the patients' quality life with coxartrosis and total hip arthroplasty as well as identify the changeables which can influence these relationships.

This investigation's sample is composed by seventy-four inquired with coxartrosis and total hip arthroplasty, respectively, whose age mean goes from seventy to fifty years old from two hospitals and one medical clinic. The data was collected using an instrument composed of three scales: The Questionnaire of Life's Quality Evaluation Related with Health: SF – 36 (36-Item Short form Health Survey), adapted by Pais Ribeiro (1994), The Scale of Satisfaction with Social Support, Pais Ribeiro (1999), The Questionnaire of Coping's Strategies, adapted by Ribeiro and Santos (2001) and a Demographic Questionnaire.

The results suggest that the patients with total hip arthroplasty present a better life's quality. It is possible to state that the cohabitation doesn't interfere in life's quality. We check that in social support, patients with surgery refer that they are satisfied with friends and family. Patients without surgery show more satisfaction towards the social activities comparably to the patients with surgery. In what concerns coping's strategies, patients with surgery turn more to coping's strategies than patients' whithout it.

In a general way, these results have proved that the surger's condition has influenced life's quality, social support and coping's strategies. However, there is a need to deepen, teorically and empirically, the knowledge about this subject matter.

Key-words: life's quality, social support, coping's strategies, coxartrosis, total hip arthroplasty.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
-------------------	----

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.QUALIDADE DE VIDA	19
1.1.Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	26
1.2.Qualidade de Vida e Coxartrose	28
1.2.1.Arthroplastia Total da Anca	30
2. SUPORTE SOCIAL	34
2.1. Suporte Social e Saúde	38
2.2. Suporte Recebido vs Suporte Percebido	40
3. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	42

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICO

4.OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	47
4.1.Objectivos do estudo	47
4.2. População e Amostra	50
4.3. Descrição dos Instrumentos	53
4. 3.1. Questionário Demográfico	53
4.3.2. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida: SF-36	53
4.3.3.Escala de Satisfação com o Suporte	55
4.3.4.Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	57

4.4. Procedimento	60
4.5. Plano de investigação	61
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	62
5.1. Análise prévia das escalas utilizadas para avaliar as variáveis em estudo	62
5.1.1. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida – SF-36	63
5.1.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social	63
5.1.3. Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	64
5.2. Análise descritiva dos resultados obtidos em cada escala	65
5.2.1. Qualidade de Vida	65
5.2.2. Suporte Social	68
5.2.3. Estratégias de <i>Coping</i>	71
5.3. Análise da condição cirurgia e coabitação em função de cada escala	74
5.3.1. Qualidade de Vida	74
5.3.2. Suporte Social	82
5.3.3. Estratégias de <i>Coping</i>	85
5.4. Correlações de entre as variáveis	88
5.5. Correlação de Pearson entre as dimensões das escalas e as condições	99
5.6. Discussão dos Resultados	115
CONCLUSÃO	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	130
ANEXO I – Classificação da coxartrose	
ANEXO II – Prótese total da anca	
ANEXO III – Instrumentos utilizados na recolha de dados	

ANEXO IV – Autorização da comissão de ética do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo

Hospital José Joaquim Fernandes – Beja

ANEXO V – Autorização do director do Hospital São João de Deus de Montemor-o-Novo

ANEXO VI – Autorização do director do Centro Médico

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Descrição das variáveis sócio demográficas	52
Quadro 2: <i>Design</i> factorial	61
Quadro 3: Coeficiente de <i>alfa</i> Cronbach obtido para escala de satisfação com o suporte social	64
Quadro 4: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos na escala e sub-escalas da qualidade de vida	65
Quadro 5: Resultados das diferenças de médias da qualidade de vida entre sem cirurgia e só e sem cirurgia e acompanhado	66
Quadro 6: Resultados das diferenças de médias da qualidade de vida entre com cirurgia e só e com cirurgia e acompanhado	67
Quadro 7: Médias e desvio padrão obtidas na escala da qualidade de vida comparando o estado de saúde com um ano atrás	68
Quadro 8: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos nas sub-escalas de satisfação com o suporte social	68
Quadro 9: Resultados das diferenças de médias da satisfação com o suporte social entre sem cirurgia e só e sem cirurgia e acompanhado	69
Quadro 10: Resultados das diferenças de médias da escala satisfação com o suporte social com cirurgia e só e com cirurgia e acompanhado	70
Quadro 11: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos na escala e sub-escalas de estratégias de <i>coping</i>	71
Quadro 12: Resultados das diferenças de médias das estratégias de <i>coping</i> entre sem cirurgia e só e sem cirurgia e acompanhado	72

Quadro 13: Resultados das diferenças de médias das estratégias de <i>copin</i> entre com cirurgia e só e com cirurgia e acompanhado	73
Quadro 14: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – saúde geral	74
Quadro 15: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – funcionamento físico	75
Quadro 16: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – papel físico	76
Quadro 17: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – papel emocional	76
Quadro 18: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – funcionamento social	77
Quadro 19: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – dor física	78
Quadro 20: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis Cirurgia, coabitação e qualidade de vida – vitalidade	78
Quadro 21: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e qualidade de vida – saúde mental	79
Quadro 22: Resultados da ANOVA <i>between-subjects</i> para as variáveis qualidade de vida	80
Quadro 23: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis cirurgia, coabitação e suporte social	82
Quadro 24: Resultados da ANOVA <i>between-subjects</i> para as variáveis suporte social	83
Quadro 25: Resultados Teste t de <i>Student</i> para variáveis estratégias de <i>coping</i>	85
Quadro 26: Resultados da ANOVA <i>between-subjects</i> para as variáveis estratégias de <i>coping</i>	87

Quadro 27: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição sem cirurgia	88
Quadro 28: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e só	89
Quadro 29: Resultado da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e acompanhado	90
Quadro 30: Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição com cirurgia	91
Quadro 31: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição com cirurgia e acompanhado	92
Quadro 32: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social com cirurgia	92
Quadro 33: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social com cirurgia e só	93
Quadro 34: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social com cirurgia e acompanhado	93
Quadro 35: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social sem cirurgia	94
Quadro 36: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social sem cirurgia e só	94
Quadro 37: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social sem cirurgia e acompanhado	95
Quadro 38: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de <i>coping</i> para a condição sem cirurgia e acompanhado	96

Quadro 39: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de <i>coping</i> para a condição com cirurgia e acompanhado	97
Quadro 40: Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de <i>coping</i> para a condição sem cirurgia	98
Quadro 41: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala de satisfação com o suporte social e o questionário de estratégias de <i>coping</i> para a condição sem cirurgia	99
Quadro 42: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do questionário de estratégias de <i>coping</i> e o questionário de qualidade de vida para a condição sem cirurgia	100
Quadro 43: Correlação de Pearson entre as dimensões da escala satisfação com o suporte social e o questionário de qualidade de vida para a condição sem cirurgia	101
Quadro 44: Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de <i>coping</i> para a condição com cirurgia	102
Quadro 45: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala de satisfação com o suporte social e o questionário de estratégias de <i>coping</i> para a condição com cirurgia	103
Quadro 46: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do questionário de estratégias de <i>coping</i> e o questionário de qualidade de vida para a condição com cirurgia	104
Quadro 47: Correlação de Pearson entre as dimensões da escala satisfação com o suporte social e o questionário de qualidade de vida para a condição com cirurgia	105
Quadro 48: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala de satisfação com o suporte social e o questionário de estratégias de <i>coping</i> para a condição sem cirurgia e só	105
Quadro 49: Correlação de Pearson entre as dimensões do questionário de estratégias de <i>coping</i> e o questionário de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e só	106

- Quadro 50:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala satisfação com o suporte social e o questionário de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e só 107
- Quadro 51:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala de satisfação com o suporte social e o questionário de estratégias de *coping* para a condição sem cirurgia e acompanhado 108
- Quadro 52:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do questionário de estratégias de *coping* e o questionário de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e acompanhado 108
- Quadro 53:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala satisfação com o suporte social e o questionário de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e acompanhado 109
- Quadro 54:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala de satisfação com o suporte social e o questionário de estratégias de *coping* para a condição com cirurgia e só 110
- Quadro 55:** Correlação de Pearson entre as dimensões do questionário de estratégias de *coping* e o questionário de qualidade de vida para a condição com cirurgia e só 110
- Quadro 56:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala satisfação com o suporte social e o questionário de qualidade de vida para a condição com cirurgia e só 111
- Quadro 57:** Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da escala de satisfação com o suporte social e o questionário de estratégias de *coping* para a condição com cirurgia e acompanhado 112
- Quadro 58:** Correlação de Pearson entre as dimensões do questionário de estratégias de *coping* e o questionário de qualidade de vida para a condição com cirurgia e acompanhado 113
- Quadro 59:** Correlação de Pearson entre as dimensões da escala satisfação com o suporte social e o questionário de qualidade de vida para a condição com cirurgia e acompanhado 114

INTRODUÇÃO

A saúde e a doença não são acontecimentos que ocorrem exclusivamente no espaço privado de cada indivíduo, mas que acontecem enquadrados no denso tecido social e ecológico em que ocorre cada história pessoal. Assim, a Psicologia da Saúde vai assumir como objectivo o indivíduo e a forma como ele experiencia o seu estado de saúde ou de doença, não somente na relação consigo mesmo, mas também na sua relação com os outros e com o mundo que o rodeia. Dito de uma outra forma, o foco de interesse da Psicologia da Saúde é o indivíduo pessoal e inter-subjectivo, nos seus funcionamentos afectivo, cognitivo, comportamental e social (Teixeira, 1993).

Neste contexto, a **QDV** (Qualidade De Vida)¹ tem vindo a adquirir uma crescente importância, nomeadamente quando aplicada aos cuidados de saúde. Se por um lado, o desenvolvimento das ciências da vida e da saúde possibilitaram um aumento significativo da esperança média de vida, por outro lado, implicou um quotidiano com algumas limitações no bem-estar de indivíduo portadoras de doenças crónicas. Desta forma, a **QDV** tornou-se um conceito desenvolvido em torno da própria definição de saúde que evoluiu paralelamente a este conceito e às mudanças sócio-económicas. Apesar de algumas definições muito similares ao conceito de saúde (*eg.*, Cramer, 1994), tem-se assistido a um progressivo alargamento do campo de investigação e intervenção do conceito **QDV** ao nível da avaliação pessoal que o indivíduo elabora acerca das suas condições de vida (materiais, sociais, etc) e conseqüente bem-estar (*eg.*, Dauphinée & Kuchler, 1992) e ao nível das variáveis que intervêm nessa avaliação.

¹ O conceito de Qualidade de Vida, tem sido indicado na literatura como **QDV**, pelo que utilizaremos a mesma nomenclatura ao longo deste trabalho.

A doença seja no domínio físico ou mental, constitui um elemento stressor importante (Holroyd & Lázaro, 1982), não só associado ao problema de saúde em si mesmo, mas porque afecta todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspectos mais individuais (cuidados pessoais, nível de energia, afectividade, auto-estima) até aos mais sociais (relações familiares, trabalho, lazer, etc.). É o caso, de uma doença como a coxartrose, que leva à deteriorização de toda a articulação e, em particular, das superfícies de deslizamento, indispensáveis para o desenvolvimento e consequente função articular. Por outro lado, a inflamação que acompanha sempre a destruição articular, é responsável pelo aparecimento da dor, elemento determinante no agravamento do sofrimento e incapacidade. A perda da mobilidade de uma articulação, a sua deformação e as dores comprometem seriamente a capacidade do indivíduo para a realização das actividades do quotidiano. É certo, que estes doentes, são submetidos a intervenção cirúrgica de forma a restabelecer a articulação, devolvendo-lhes a estabilidade, a mobilidade e a supressão ao máximo da dor, mas têm de reaprender novas estratégias de resolução das actividades e gerirem algumas limitações que permanecem. Em consequência, parecem-nos claras as implicações ao nível do bem-estar do indivíduo e da consequente **QDV** para ambas as situações. É importante referir que, tal como acontece para o surgimento da doença, também a sua prevenção ou tratamento está associado à interacção de factores quer do meio físico e social, quer genéticos e psicológicos, quer ainda da interacção entre uns e outros (Adler & Matthews, 1994). Estes factores e sua interacção remetem-nos para os processos cognitivos conscientes usados pelo indivíduo para gerir as ansiedades evocadas pelas exigências diárias, ou seja as suas estratégias de *coping* (Geada, 1996).

Neste contexto, o **SS** (Suporte Social)² surge como uma variável importante associada à promoção da saúde e na prevenção da doença (Barrera, 1981; Cohen & Syme,

² O conceito de Suporte Social, tem sido indicado pela literatura pela sigla **SS**, pelo que utilizaremos a mesma nomenclatura ao longo deste trabalho.

1985). É um conceito multidimensional (*eg.*, Heller, Price, & Hogg, 1990; Dunst & Trivette, 1990, *cit. in* Ribeiro, 1999) que reflecte a qualidade da interacção com os outros (Tremethick, 1997) e a satisfação das necessidades de existência e relacionamento (Alderfer, 1969, *cit. in* Robbins, 2002)³ como consequência do apoio dos outros (Thoits, 1982). Heller e colegas (1990) defendem que o acesso a recursos psicossociais e materiais, depende da sua disponibilidade no meio ambiente e da capacidade cognitiva (*coping*) do indivíduo para se agarrar a eles, o que representa dizer que o **SS** é um constructo multifacetado, onde podemos encontrar componentes sociais e individuais.

Apesar de alguns estudos mostrarem uma associação entre certos recursos de *coping* e estados de saúde física (*eg.*, Geada, 1996; Wortman, Sheedy, Gluhoski & Kessler, 1992) e psicológica (*eg.*, Geada, 1996), esta relação é complexa e obriga a um maior conhecimento desta área de interesse, nomeadamente em indivíduos com doenças crónicas. É fundamental compreender o papel do Suporte Social na activação e utilização de estratégias de *coping* para a gestão dos factores de stresse nestes indivíduos e em consequência contribuir para um aumento da Qualidade De Vida.

O objectivo da presente investigação é analisar o impacto do suporte social e estratégias de *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida dos doentes com coxartrose e artroplastia total da anca. Apesar da intervenção cirúrgica, estes doentes vão apresentar algumas limitações (mobilidade, aspecto corporal, sexual etc.) e necessitam de tempo e suporte social para a sua recuperação. Esperamos encontrar uma relação positiva entre o **SS** e **QDV**, mas quais as estratégias mais acessíveis a este tipo de doentes? A que estratégias está associada o **SS** e **QDV**? Em que medida estas variáveis são diferentes nos indivíduos.

³ Não houve uma preocupação de analisar, de forma exaustiva, à luz das várias teorias motivacionais as necessidades a que nos referimos pois afastar-nos-íamos do nosso objectivo. Este autor é citado por sintetizar de forma clara para o leitor a ideia pretendida.

Em resposta a estas questões apresentaremos no primeiro capítulo uma revisão teórica a propósito dos conceitos de qualidade de vida, suporte social e estratégias de *coping* que sustentam as nossas reflexões críticas. Por outro lado, e para uma melhor clareza e enquadramento com os nossos objectivos, apresentaremos uma breve síntese dos conceitos de coxartrose e artroplastia total da anca.

O segundo capítulo é dedicado à apresentação do estudo empírico de design *quasi*-experimental antes-após com grupo testemunho não equivalente (Fortin, 2003), desenvolvido em função de 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: só vs. acompanhado). Este capítulo inclui a metodologia, os resultados observados e consequente discussão. A nossa recolha de dados foi realizada em dois hospitais e um consultório médico, da região Alto e Baixo Alentejo e os nossos participantes foram seleccionados em função de serem doentes com coxartrose e terem sido intervencionados ou não. A estes participantes foi aplicado o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: SF-36 (*36-Item Short-Form Health Survey*), adaptado por Pais Ribeiro (1994), a Escala de Satisfação com o Suporte Social, Pais Ribeiro (1999), e o Questionário de Estratégias de *Coping*, adaptado por Ribeiro e Santos, (2001). Os resultados foram observados de acordo com os nossos objectivos em função da variável atributo, viverem sós ou acompanhados.

Por fim no último capítulo é apresentado um breve resumo de toda a investigação, permitindo sugestões para futuros estudos. São igualmente discutidos a pertinência social desta temática.

PARTE I
INVESTIGAÇÃO TEÓRICA

1. QUALIDADE DE VIDA

O conceito de Qualidade de Vida (**QDV**) pode ser traçado desde o antigo filósofo ocidental, Aristóteles, que descreveu “felicidade” como um certo tipo de actividade virtuosa da alma. Felicidade era uma graça dada por Deus, por isso um homem feliz vive bem e faz bem (McKeon, 1947; *cit. in* Barriga, 2000).

Na antiga tradição da cultura Chinesa, o conceito de **QDV** era impregnado da sua arte, literatura, filosofia e medicina tradicional. Segundo o modo Chinês de conceber a vida, bem como as suas infinitas potencialidades para o bem e para o mal. De acordo com os tradicionais modos de pensamento Chinês, **QDV** seria possível se Yin e Yang estivessem equilibrados. Além disso, o Homem poderia viver em harmonia entre o Céu e a Terra, a sua mente atingiria lugares para além das remotas estrelas. Assim, se alguém compreender os escritos do Céu (Astronomia), os princípios da terra (Geografia), e os afazeres do Homem entre o Céu e a Terra, então esse alguém pode ter uma longa vida (Barriga, 2000).

A noção de **QDV** esteve ligada à noção de promoção de saúde. Segundo Wood-Dauphinee e Kuchler (1992, *cit. in* Ribeiro, 2005), “a expressão **QDV** foi utilizada por volta de 1920, no contexto das condições de trabalho e das consequências no bem-estar do trabalhador, tendo, entretanto, desaparecido até à década de 1960”.

As preocupações com o desenvolvimento da **QDV** e bem-estar da população ressurgiram em 1960 nos EUA, com a publicação do relatório da *Commission on National Goals* (Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos Estados Unidos da América), da responsabilidade do antigo Presidente Eisenhower. Este relatório definia um conjunto variado de indicadores sociais e ambientais: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar (*cit. in* Ribeiro, 1998) e promoveu o interesse dos investigadores no conceito de **QDV** e das variáveis a ele associadas.

Lui publicou um artigo que tinha como objectivo principal o desenvolvimento de um conjunto de indicadores que pudessem ser utilizados como guia para a investigação da **QDV**. Este autor baseou-se nos critérios produzidos pela (Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos Estados Unidos da América), publicado em 1960, nos quais a **QDV** deveria ser medida por nove indicadores, sendo representado cada indicador por um conjunto de variáveis quantificáveis, que deveriam ser: suficientemente universais para que pudessem ser extensivas a toda a população; facilmente compreensíveis; suficientemente flexíveis, de forma a abrangerem qualquer estilo de vida em diferentes momentos e lugares; adaptáveis a condições sociais, económicas, políticas e físicas em mudança próprias das sociedades dinâmicas; abertas à verificação segundo princípios reconhecidos.

Para Lui a **QDV** possuía duas componentes, uma psicológica (ou subjectiva), que apresentando uma natureza mais qualitativa, dependia da percepção de cada indivíduo, não sendo deste modo passível de ser medida; e a outra social, política e ambiental (ou objectiva), que apresentando resultados quantitativos permitia ser facilmente medida. Em consequência o trabalho de Lui centrou-se nos indicadores considerados objectivos, recolhidos dos censos nacionais.

Também Campbel, Converse e Rodgers (1976, *cit. in* Ribeiro, 1994), tendo como base a teoria de Kurt Lewin, afirmava que apesar das pessoas viverem num ambiente definido, percebem um ambiente subjectivamente definido, como sendo o espaço de vida psicológico. Assim, a forma pela qual o sujeito avalia as suas características depende do modo como o sujeito percebe essas características, por comparação com os seus padrões pessoais. Estes autores publicaram um dos estudos mais conhecidos sobre **QDV**. O estudo incidia sobre a população americana com mais de 18 anos e pretendia documentar e facilitar a compreensão acerca de certas experiências que descreviam a **QDV** das pessoas. Neste estudo foi pedido aos sujeitos que indicassem o seu grau de satisfação em diversas

áreas, como: a vida familiar, o casamento, os amigos, a saúde, o trabalho, a situação económica, habitação, fé, governo, actividades de lazer, comunidade e participação em organizações.

Mais tarde, Flanagan (1982) tentou definir os principais constituintes da **QDV** e identificou quatro: bem-estar físico e material; relações interpessoais; actividades recreativas e sociais; desenvolvimento pessoal.

Para caracterização destes domínios a incluir na descrição de **QDV**, o autor, recorreu à técnica dos incidentes críticos, utilizando um conjunto de situações hipotéticas (umas idealizadas, outras reais), em que as pessoas indicavam os aspectos que consideravam mais significativos para as suas vidas.

De acordo com Ribeiro (1994), o modo como o sujeito realiza a avaliação das suas características, depende da forma como as percebe em comparação com os seus padrões pessoais.

Assim, o conceito de **QDV** pode ser entendido em função de três características principais:

- É uma medida baseada na percepção pessoal do indivíduo em estudo, ao invés de baseada na percepção de familiares ou outros próximos, ou na opinião do médico;
- Abrange aspectos variados, desde físicos a psicológicos e sociais, em dimensões gerais e específicas;
- Abrange dimensões subjectivas (bem-estar) e objectivas (capacidades para realizar actividades diárias) (Ribeiro *et al.*, 1997).

A **QDV** tem vindo a adquirir uma crescente importância, nomeadamente quando aplicada aos cuidados de saúde, onde o desenvolvimento da medicina possibilitou uma maior longevidade, permitiu aumentar significativamente a esperança média de vida,

mesmo para indivíduos portadores de doenças crônicas, trazendo implicações para o bem-estar dos indivíduos.

O Grupo WHOQOL (1998; *cit. in* Raimundo, 2000), definiu **QDV** como a percepção que os indivíduos têm da sua postura na vida no âmbito da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para a **QDV**.

No início da década de 90 Shumaker, Anderson e Czjkoski (1990; *cit. in* Barriga, 2000) definiram **QDV** como resultado a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar. Para Cramer (1994) a **QDV** é definida como bem-estar físico, mental, e social, completo e não apenas, a ausência de doença ou incapacidade, ou seja toma a **QDV** um sinónimo da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Ramos (2004) refere também que de acordo com a OMS (1984; 1994), a **QDV** é um conceito holístico que reúne o conjunto de recursos (sociais, individuais, físicos) necessários ao indivíduo para a realização dos seus objectivos e aspirações e para a satisfação das suas necessidades aos diferentes níveis. É um conceito muito alargado, incluindo de forma complexa e integrada a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de autonomia e dependência, as suas representações e crenças, as suas relações sociais, assim como a sua relação com os diversos elementos essenciais do seu ambiente.

Ribeiro (1997) identifica como pressupostos subjacentes ao conceito de **QDV**:

- A **QDV** não é ausência de doença;
- Manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- Define-se por uma configuração de bem-estar, que é uma dimensão auto-percebida;

- Abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais;
- Há uma relação sistémica entre os aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais;
- É um processo dinâmico;
- Só tem sentido se concebido em termos ecológicos.

Também Angermeyer e Kilian (1997; *cit. in* Raimundo 2003), consideram que a extensão da **QDV** vai para além das clássicas medidas relacionadas com doença (sintomas, diminuições e incapacidades), e inclui a experiência subjectiva das condições de vida objectivas. Segundo estes autores, há pelo menos três modelos que tentam explicar a forma como as condições objectivas se relacionam com as percepções subjectivas, e quais os factores adicionais que podem influenciar esta relação, baseados :

- Modelo de Satisfação – de acordo com este modelo desenvolvido por Lehman e colaboradores (1982) e Baker e Intagliata (1982), a **QDV** consiste em três componentes: características pessoais, condições de vida objectivas relativas a vários domínios e satisfação com condições de vida nesses domínios. Este modelo é, aparentemente baseado na suposição de que o nível de **QDV** vivenciado por um indivíduo, depende do facto de as condições de vida efectivas, satisfazerem as suas necessidades, exigências, e desejos.

- Modelo combinado de Importância/Satisfação – inclui a satisfação subjectiva das pessoas, com a importância que determinado domínio (de vida) tem para essa pessoa. Tal como as pessoas são diferentes nos seus valores e preferências, também as condições objectivas de determinados aspectos da vida, afectam a sua **QDV** subjectiva de forma diferente.

- Modelo do Desempenho Funcional – é baseado na teoria de que a felicidade e satisfação estão relacionadas com as condições sociais e ambientais requeridas para preencher as necessidades humanas básicas – modelo pessoa-ambiente – o ambiente consiste nas oportunidades (em especial as, oportunidades sociais) através das quais o indivíduo pode

satisfazer as suas necessidades. Estas oportunidades sociais encaixam, então, nos diversos papéis sociais desempenhados (amigo, esposo, empregado, ou pai), que por um lado, podem ser utilizados pelo indivíduo para satisfazer as suas necessidades psicológicas, mas que, por outro lado, estão associados a exigências ou requisitos de desempenho. A introdução deste modelo no conceito de **QDV**, permitiu compreender a associação entre o bem-estar subjectivo e as condições ambientais (Angermeyer & Kilian, 1997).

Para estes autores, Angermeyer e Kilian (1997, *cit. in* Raimundo, 2003) o objectivo de incluir o ponto de vista subjectivo na avaliação da **QDV** relaciona-se, principalmente, com o facto de os sistemas individuais de valores e preferências não são inteiramente determinados pelo sistema normativo da sociedade envolvente – mas são também moldados pelas características e experiências pessoais.

Por outro lado Ribeiro (1994), refere uma relação de interdependência entre os conceitos em que a **QDV** e saúde. A saúde visa a **QDV** e a **QDV** é o objectivo em si mesmo. Dito de outra forma, ao intervirmos na saúde melhoramos a **QDV**. Em consequência, a saúde passa a assumir um papel de recurso pessoal na vida de todos os dias.

Em 1993, Patrick e Ericson definem **QDV** como um valor atribuído à duração da vida, na medida em que é modificado por incapacidades, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas por doenças, lesões, tratamentos ou políticas. Por outro lado, podemos também associar este conceito à afirmação pessoal da positividade ou negatividade dos atributos que caracterizam a vida de cada um (Grant *et al.*, 1990). Assim, Steward e Ware (1992) definiram **QDV** em termos de funcionamento físico, social, limitações, limitações de papel devidas a problemas físicos, limitações de papel devidas a problemas emocionais, saúde mental, energia/vitalidade, dor e percepção geral da saúde.

Fallowfield (1990) definiu as quatro dimensões da **QDV** que reflectem o funcionamento satisfatório de um indivíduo, nomeadamente:

***A nível psicológico** – Depressão; ansiedade; ajustamento à doença, etc.

Refere que pessoas doentes que também sofram de ansiedade e depressão dificilmente podem funcionar satisfatoriamente nas outras áreas que contribuem para a **QDV**, o bom funcionamento psicológico permite ao sujeito adaptar-se à doença utilizando estratégias de *coping* adequadas à situação.

***A nível social** – Actividades sociais e tempos livre; relacionamentos pessoais e sexuais, etc.

É particularmente importante para sujeitos com doenças crónicas progressivas ou em estado terminal terem o suporte da família e dos amigos.

***A nível profissional** – Capacidade e vontade de trabalhar; capacidade para cuidar das tarefas domésticas, etc.

De um modo geral, o indivíduo obtém uma grande gratificação pessoal através das realizações, reconhecimento e das interacções sociais proporcionadas pelo trabalho.

As baixas ou as reformas forçadas devido à doença podem ter consequências graves na auto-estima do sujeito.

***A nível físico** Dor; mobilidade; sono; apetite e náusea; satisfação sexual, etc.

O sofrimento e a dor são muitas vezes uma experiência assustadora para o sujeito e tem um impacto significativo em todos os domínios da **QDV** do sujeito.

Mais recentemente, e segundo Ribeiro (2001), "as perspectivas de **QDV** podem ser classificadas de diversas formas, sendo uma delas, a classificação em quatro grupos resultantes do cruzamento de dois eixos: um eixo que representa a **QDV** específica de uma doença, e a **QDV** geral; e outro que representa a **QDV** funcional, e a **QDV** relacionada com a percepção de bem-estar " (Raimundo, 2003).

Refere ainda Ribeiro (2001), “como bastante importante nesta área, o estudo realizado pelo grupo da *Medical Outcomes Trust* (acerca das variações no estilo de prática médica, e resultados de saúde dos pacientes, em diferentes sistemas de cuidados) sobre **QDV** (ao nível da funcionalidade genética), que determina como dimensões da **QDV**: Funcionamento físico; Desempenho físico; Dor; Saúde geral; Vitalidade; Funcionamento emocional; Desempenho funcional; Saúde mental” (Raimundo, 2003).

Em termos de síntese, podemos definir a **QDV** como a percepção que um indivíduo tem da sua vida, em função de um conjunto de variáveis quer físicas, sócio-económicas que se relacionam entre si.

A **QDV** tem vindo a adquirir uma importância cada vez maior quer no sistema de saúde em geral, quer no sistema de saúde de cuidados específicos, onde é usualmente referida como “Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde” (Ribeiro, 1994).

1.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Ribeiro (1994) refere que paralelamente ao desenvolvimento dos estudos sobre saúde, o conceito de **QDV** generalizou-se no ambiente clínico, intitulado-se Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (**QDVRS**).

Patrick e Deyo (1989; *cit. in* Ribeiro, 1989) explicam que a **QDVRS**⁴ é um termo que inclui cinco categorias de conceitos: duração de vida; invalidez; estados funcionais; percepções; oportunidades sociais. Consideram que estas categorias se relacionam com a saúde na medida em que são influenciadas pelas doenças, lesões, tratamentos, e políticas de saúde.

⁴ O conceito de Qualidade de Vida Relcionado com a Saúde, tem sido indicado na literatura como **QDVRS**, pelo que utilizaremos a mesma nomenclatura ao longo deste trabalho

Hermann (1995; *cit. in* Ribeiro, 2001), defende que as expressões Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionadas com a Saúde estão interligadas, mas a primeira tem um sentido mais amplo, enquanto a segunda abrange os aspectos directamente relacionados com os sintomas da doença e com o seu tratamento. Assim, Hermann define **QDVRS** como o impacto da doença e do tratamento no doente.

Na opinião de Ribeiro (1994), a **QDVRS** é um conceito específico do sistema de cuidados de saúde, que pode ter dois sentidos: um geral para o sistema de cuidados de saúde, que diz respeito à **QDV** dependente das doenças que as pessoas têm, analisando a contribuição dessas doenças e seus tratamentos, para a **QDV** das pessoas; o outro específico para cada uma das doenças, em que a **QDVRS** refere-se às limitações, ou ao modo como cada doença afecta a **QDV** das pessoas.

Para Naughton (1996; *cit. in* Donovan *et al.*, 1999), o conceito de **QDVRS** é multidimensional, baseado no bem-estar relacionado com a saúde, e o mesmo tem sido definido como incluindo: a) as características valorizadas pelos pacientes com vista ao seu conforto ou sentimento de bem-estar, b) a medida em que os pacientes conseguem manter as funções físicas, emocionais e intelectuais, e c) o grau com que mantêm as suas capacidades de participação em actividades valorizadas em contexto familiar, de trabalho, e da comunidade. Dito de outra forma a **QDVRS**, aborda aspectos da vida especificamente relevantes para o estatuto de saúde e os cuidados de saúde, excluindo outras dimensões como a habitação, estatuto financeiro e ambiente. Os componentes básicos da **QDVRS** referem-se às avaliações subjectivas dos indivíduos sobre as influências da sua corrente, cuidados de saúde e actividades de promoção de saúde, na sua capacidade para realizar e manter um nível geral de funcionamento que lhe permita atingir metas de vida reflectindo um bem-estar geral. A **QDVRS** é determinada pelo bem-estar emocional e pelo funcionamento social, físico e cognitivo (Torrance, 1987; Achat *et al.*, 1998).

1.2.QUALIDADE DE VIDA E COXARTROSE

Strauss (1988) define as doenças crónicas como sendo “ toda a doença de longa duração que tende a prolongar-se durante toda a vida do paciente; que causa uma invalidez de grau variável; que é devida às causas não reversíveis; que exige formas de reeducação específicas; que obriga o paciente a cumprir certas prescrições e muitas vezes aprender um novo estilo de vida; que necessita de períodos de controlo, observação e de tratamentos regulares, seja em casa seja em meio especializado “ (Rolo, 1998).

O problema central do doente crónico é viver com a sua doença. A forma como se estabelece esta relação é determinante nas reacções do doente e recorrerá da percepção que ele tiver da sua situação. Frequentemente ocorrem quadros de ansiedade, fenómenos de invalidez, dependência exagerada ou uma subvalorização da doença que irá conduzir ao não respeito das prescrições e à negação da doença.

Todas as doenças crónicas representam autênticos ataques a várias áreas do funcionamento e não apenas ao corpo. Os doentes com diferentes dores crónicas podem ter de enfrentar ataques à sua auto-imagem e auto-estima; incerteza quanto ao futuro, a separação da família, amigos e outras fontes de gratificação; perda de estatuto; a incerteza e imprevisibilidade do futuro; emoções inquietantes tais como a ansiedade, depressão, ressentimentos ou irritação e desamparo; assim como factores relacionados com a doença nomeadamente, alterações permanentes no aspecto físicos ou no funcionamento corporal (Rolo, 1998).

Uma doença crónica como a **Coxartrose** (ver anexo) com imensas implicações ao nível médico, psicológico, social e pode comprometer seriamente a qualidade de vida dos doentes com esta patologia.

A coxartrose trata-se de uma das doenças articulares degenerativas mais frequente. Até ao início do século XX a sua ocorrência não era aceite como manifestação clínica, uma vez que era vista como parte integrante do processo normal de envelhecimento. É uma doença mais ou menos incapacitante, dolorosa, que interfere não só com a vida física dos indivíduos mas influencia também esferas sociais e económicas. Esta doença pode levar a incapacidade e colocar os doentes numa dependência extrema em relação aos outros para a concretização das actividades mais vulgares da vida diária e social (Palma, 1996).

A osteoartrose é um distúrbio das articulações diartrodiais caracterizado clinicamente por dor e limitação funcional, (...) e histopatologicamente por alterações na integridade da cartilagem (Schnitzer, 1996). No mesmo sentido, o autor refere ainda que a cartilagem articular desempenha duas grandes funções: permitir o movimento articular quase sem atrito, agir como “absorvente de choques” e transmitir cargas através das superfícies articulares para os tecidos circundantes.

Kisner e Colby (1989) referem que a articulação da anca é formada por dois ossos, fémur e osso ilíaco e é sustentada por uma cápsula forte, reforçada por ligamentos.

A superfície articular do fémur é formada pela cabeça femoral (parte óssea convexa do fémur), que por sua vez se liga ao colo femoral assegurando a junção com a diáfise; é coberta de cartilagem que é mais espessa na face superior e projecta-se anterior, medial e superiormente.

Segundo Serra (2001), a coxartrose é uma das causas mais frequentes de incapacidade na população ocidental, mas raramente nos povos asiáticos. A diferença pode derivar apenas dos diferentes hábitos posturais. No que respeita aos hábitos posturais, o autor refere-se a um estudo realizado em 1973 por um grupo de investigadores, que constataram em certos grupos étnicos da população chinesa de Hong Kong a quase ausência de artrose da anca ou joelho. Essas pessoas mantinham o hábito ancestral de se

sentarem directamente no solo, as nádegas junto aos calcanhares, utilizando a flexão máxima possível das ancas e joelhos quer para descansar, comer ou trabalhar nos ofícios de sirgaria e pequeno comércio. Nas idades mais avançadas constataram permanência de grandes mobilidades na anca e joelho, muito superiores às observáveis nos povos ocidentais mesmo quando jovens. Deduziram que o factor, provavelmente fundamental no desenvolvimento de artroses na anca e joelho nas populações ocidentais, é a perda desde a juventude da capacidade de utilizar as amplitudes completas de movimento articular na anca e joelho, pelo facto de se sentar em cadeiras altas que exigem apenas mobilidades de 90° às duas articulações.

Na opinião de Xhardez (1990), a coxartrose é uma artropatia degenerativa e não inflamatória da anca, caracterizada por dores de tipo mecânico e rigidez da articulação. É, na generalidade, uma doença das pessoas idosas mas pode ser detectada também em pessoas mais jovens como resultado de artrite reumatóide, necrose avascular, fractura da anca e outras patologias.

Sendo esta a mais comum das doenças articulares, é facilmente compreensível a sua importância a nível psicológico, físico, familiar e económico dado a sua incapacidade funcional, que se reflecte no desempenho das actividades diárias do doente.

1.2.1. Artroplastia Total da Anca

Existem certas doenças que levam à deterioração de toda a articulação e em particular das suas superfícies de deslizamento, indispensáveis para o desenvolvimento do movimento e conseqüente função articular. A dor e a rigidez articular são os sintomas predominantes que afectam os doentes.

Tanto o doente como o clínico procuram formas de preservar a Qualidade de Vida da Coxartrose, utilizando o tratamento cirúrgico após determinado estágio como forma de melhorar a sua Qualidade de Vida.

Artroplastia consiste na substituição de uma articulação degradada por uma prótese, com a finalidade de restaurar ao máximo a integridade e a funcionalidade da articulação.

Artroplastia Total da Anca (**ATA**) consiste na substituição da cabeça femoral e plastia do acetábulo. Baseia-se na implementação de três peças, uma haste femoral que é colocada no fémur, outra de forma côncava que é colocada no acetábulo e uma terceira a cabeça femoral que é colocada na haste (ver anexo). Esta técnica permite o alívio da dor, uma recuperação rápida, possibilitando uma deambulação precoce sem necessidade de repouso prolongado, e maior independência nas actividades de vida (Palma, 1996).

Em 1938, Willes realizou as primeiras tentativas de substituição de ambas as superfícies articulares da anca. No entanto, a fixação dos componentes manteve-se como principal problema até ao momento em que Charnley desenvolveu os conceitos fundamentais de biomecânica, técnica cirúrgica, implantes, materiais e métodos de fixação para melhorar a união entre o material protético e o osso, mas também a funcionalidade da articulação (Zimmerman, 1998).

John Charnley foi considerado o verdadeiro inovador da artroplastia total da anca. Foi nos anos 50 que se desenvolveram mais implantes para tratamento das afecções da coxo-femoral com resultados claramente promissores, possibilitando-lhes dar às populações atingidas por patologia da anca esperança e oportunidade renovada de poderem ser restituídos à sociedade de uma forma autónoma. A cirurgia artroplástica da anca popularizou-se, acompanhando com bem-estar, conforto e função veio revolucionar completamente o destino fatalista e de conformismo a que muitos destes doentes estavam irremediavelmente condenados.

Monteiro (2005) refere que após o início da aplicação de artroplastia total da anca, há mais de 40 anos, e utilização clínica de uma forma sistemática e científica, a cirurgia de substituição protética articular tem tido um papel predominante na manutenção da qualidade de vida, sobretudo nas populações mais idosas.

Segundo Paol-Manresa (1992; *cit. in* Carvalho, 2003) a prótese total da anca é o tratamento que oferece hoje uma previsibilidade mais fiável e uma maior percentagem de bons resultados (cerca de 98% dos casos) a curto e médio prazo, altura em que podem aparecer algumas complicações. Espera-se hoje maior longevidade da prótese devido às novas técnicas cirúrgicas e às novas características do material.

Também Schapiro (2006; *cit. in* Carvalho, 2003), refere que doenças complicadas como a artrose, devem ser tratadas de maneira prática e segura, proporcionando assim uma vida de qualidade aos utentes. A substituição da cartilagem articular por uma prótese elimina a dor e a limitação causada pela artrose, permitindo em pouco tempo a recuperação do utente.

Para Monteiro *et. al.*, (2002), na artrite reumatóide, o envolvimento das grandes articulações do membro inferior são bastante frequentes. Habitualmente os doentes apresentam dor ao nível da virilha com claudicação motivada quer pela dor, quer por insuficiência dos pelvitrocantéricos. Além da dor e da rigidez articular, os doentes apresentam evidência de contracturas musculares em flexão e adução. Tendo em conta a idade jovem destes doentes, a incapacidade é, geralmente, muito acentuada com impossibilidade para deambular e diminuição significativa da sua vida social e relações interpessoais. O tratamento passa essencialmente pela artroplastia total da anca, cirurgia que permite modificar radicalmente a qualidade de vida destes doentes. O estudo de Palma (1996), refere num estudo realizado em 81 doentes de ambos os géneros, 56.6% homens e 43.4% mulheres, com idades compreendidas entre 31 – 78 anos (M = 61 anos), foram

aplicadas 90 artroplastias totais da anca devido a afecções na articulação coxofemoral. Para avaliação da qualidade de vida e do grau de satisfação destes doentes, foi elaborado pelo autor um questionário onde os doentes expressaram a sua opinião acima. Após cirurgia, 56.6% dos doentes referiram que a sua qualidade de vida tinha melhorado bastante, 27.7% consideravam boa, 11.1% razoável e 3.3% má.

A doença crónica altera, em múltiplos factores, a Qualidade de Vida, contudo o Suporte Social é também um forte componente.

2. SUPORTE SOCIAL

A preocupação com o conceito de suporte social, assim como com as variáveis a ele associados pode considerar-se como relativamente recente e envolvendo dois períodos distintos. O primeiro a ser considerado, centrou-se sobre características do ambiente e nos seus efeitos sobre a saúde do sujeito, percorre o séc. XX e vai até aos anos 60. Enquanto que o segundo período, da década de 70 até aos nossos dias, foca os atributos pessoais do indivíduo como variável a ter em conta neste processo. Assistimos a uma perspectiva sobre Suporte Social como um quadro teórico mais integrado e consistente. Numerosos estudos foram desenvolvidos a propósito de variáveis associadas à personalidade dos alvos e das fontes de suporte social (*cf.*, Wallace & Lemaire, 2007) por um lado, e do tipo de afectos por outro lado (Costanza, Derlega, & Winstead, 2004) e sua relação com variáveis contextuais (*cf.*, Wallace & Lemaire, 2007).

Sobre Suporte Social (SS), Carvalho Teixeira (1993) apresenta como um dos vectores fundamentais implicados nos estados de saúde e de doença – pode afirmar-se que, desde os anos 70, tem suscitado crescente interesse enquanto variável que afecta a saúde (Cohen & Syme, 1985) e que é capaz de ter um impacto na promoção desta e na prevenção da doença (Barrera, 1981). Como refere Gottlib (1981), diversas investigações foram realizadas nessa década, para estudarem as forças sociais que contribuíram para a manutenção e promoção da saúde, as quais foram convergindo progressivamente para aquilo a que este autor assinala como um fenómeno de fundamental importância para o bem-estar dos indivíduos: “a forma como os *attachements* humanos estão estruturados enquanto sistemas de suporte e os recursos que são trocados entre os membros desses sistemas”.

Actualmente, o **SS** constitui um objecto de preocupação das mais variadas disciplinas – Epidemiologia, Gerontologia, Psicologia... –, sendo também cada vez mais usado em programas de intervenção que visam prestar significativa assistência terapêutica.

É difícil de conceptualizar a definição exacta de Suporte Social (**SS**), dado que se trata de um domínio multidimensional (que envolve diversos comportamentos como vínculos, resolução de problemas, informação e apoio material) e que reflecte interacção com os outros (Tremethick, 1997). Este facto multidimensional está presente na perspectiva de Heller quando defendem que o acesso a recursos psicossociais e materiais, depende da sua disponibilidade no meio ambiente e da capacidade do indivíduo se conseguir agarrar a eles, o que representa dizer que o **SS** é um constructo multifacetado, onde podemos encontrar componentes sociais e individuais (Heller *et al.* 1990). Por outro lado, também Kaplan *et. al.*, (1985) definem **SS** como o grau em que as necessidades básicas duma pessoa são satisfeitas através da interacção com outras. Dito de outra forma, o **SS** é definido em função do grau de satisfação das necessidades básicas que incluem: o afecto, a estima, a pertença, a identidade e a segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental (Thoits, 1982).

Dunst e Trivette (1990; *cit. in* Ribeiro, 1999) identificaram a presença de cinco componentes de **SS** que se articulam entre si:

- *Componente Institucional*, composta pelas necessidades e a congruência existente entre elas e o **SS**;
- *Componente Relacional*, caracteriza-se pelo tamanho da rede social, estatuto familiar, profissional e participação em organizações sociais;
- *Componente Funcional*, constituída pelo suporte disponível, tipo de suporte – emocional, instrumental, material, qualidade de suporte e quantidade de suporte;

- *Componente Estrutural*, inclui-se a proximidade física e a frequência dos contactos sociais, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência;

- *Componente Satisfação*, definida através da utilidade e ajuda fornecida (e.g.

Os autores, defendem ainda várias dimensões do **SS** que consideram essenciais para o bem-estar: o tamanho da rede social; a existência de relações sociais (das relações particulares à pertença de grupos); a frequência dos contactos; as necessidades de suporte (expressas pelo indivíduo); o tipo e a quantidade de suporte disponível; a congruência entre o **SS** disponível e as necessidades do indivíduo; a utilização das redes sociais quando necessário; a dependência (nível de confiança nas redes de **SS** quando necessário); reciprocidade (equilíbrio entre o **SS** recebido e fornecido); a proximidade (sentida pelo indivíduo, em relação às redes sociais); e a satisfação (utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o **SS**).

House (1985), defende que o **SS** deverá ser um conjunto de transacções pessoais que poderá ser realizado pelo cônjuge, parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, patrão, prestadores de cuidados ou outros profissionais. Transacções interpessoais essas que envolvem: preocupações a nível emocional – como simpatizar, gostar ou amar; ajuda instrumental – bens e serviços; informação – sobre o meio envolvente; reconhecimento – autoavaliação.

Também Schulz *et al.*, (1985), defendem três tipos de suporte: ajuda tangível; suporte informacional/informativo; suporte emocional, e três faixas etárias (jovens adultos, meia-idade e terceira idade), acreditam ser possível estabelecer a seguinte visão acerca desta relação. Assim:

* Para os jovens adultos, os pais são a principal fonte de ajuda tangível;

- e os amigos a maior fonte de suporte informacional/informativo e emocional; - outros familiares a desempenharem um papel secundário;

* Para os indivíduos de meia-idade, o cônjuge é o principal prestador de ajuda tangível e suporte emocional;

- amigos, colegas e vizinhos a prestar a maior parte do suporte informacional/informativo;

* Na terceira idade, os filhos adultos e o cônjuge promovem a maior parte da ajuda tangível, suporte informacional/informativo;

- suporte emocional é prestado pelos filhos, organizações formais, grupos especializados de suporte e amigos.

Ao longo da vida, as redes sociais contribuem para o funcionamento e bem-estar ao longo do ciclo de vida (Lang, 2001).

Por exemplo o estudo de Olsen *et al.* (1991) verificaram que as fontes de **SS** consideradas mais importantes, dependiam da faixa etária em questão, no grupo entre os 30 e os 49 anos, o cônjuge exerce uma maior influência, no caso dos jovens e idosos é a família que exerce maior influência no fornecimento do **SS**.

Num estudo realizado por Lieberman (1982, *cit. in* Raimundo, 2003), os resultados encontrados apontam no sentido de os cônjuges representarem a fonte mais eficaz de ajuda em caso de problemas psicológicos, em segundo lugar os amigos, seguidos por profissionais e grupos de auto-ajuda; os familiares provaram ser os menos suportantes a lidar com este tipo de problemas.

Vários investigadores têm encontrado resultados que apontam no sentido de uma forte tendência para a escolha do cônjuge, filhos, família e amigos chegados, como fonte preferencial de **SS** e que, só incluem os profissionais e a comunidade quando “constrangidos” (Hupcey, 1998).

Ribeiro (1994), ao estudar uma população portuguesa de jovens, quanto às diferentes dimensões do **SS**, fornecidas por vários agentes, verificou que a fonte mais importante de **SS** é a família.

Brugha (1993), refere-se ao **SS**, como englobando todos os aspectos das relações sociais que conferem um efeito benéfico à saúde física e psicológica do indivíduo. Considera ainda, que a dificuldade na definição de **SS** advém em parte da palavra “suporte”, uma vez que a sua utilização pressupõe a sua existência e os seus benefícios. Salientando a importância das necessidades pessoais específicas das relações, nomeadamente no que respeita aos seus componentes mais subjectivos, como a confiança, a intensidade e reciprocidade da interacção e reafirmação do valor pessoal, em detrimento das necessidades materiais do indivíduo, pela acção dos outros.

2.1-SUPORTE SOCIAL E SAÚDE

Como primeiros percursores do interesse pelo efeito das relações sociais na saúde, podemos salientar os nomes de Charles Darwin (1872 – 1965) e Durkheim (1897- 1951). Apesar de os trabalhos realizados acerca deste tema, actualmente conceptualizado como Suporte Social (**SS**), só começaram bem mais tarde (Sarason *et al.*, 1990).

Na década de 1970, as bases do conceito de **SS** foi inserido na comunidade científica por Cassel e Cobb, a partir daí, este conceito tem assumido um papel fundamental na literatura sobre o contexto social da saúde, da doença e da mortalidade ou seja os comportamentos da saúde (Hupcey, 1998).

O **SS** é factor condicionante do estado de saúde, pela influência significativa na recuperação de doenças físicas de maior ou menor gravidade, sendo determinante para os

comportamentos de doença, de respostas ao tratamento médico e para a própria adaptação às condições de uma doença crónica (Oliveira *et al.*, 1999).

Wortman e Conway (1985) referem que toda a investigação indica que o **SS** pode ser uma variável digna de grande consideração entre os autores interessados na doença física, apesar de a maior parte dos estudos realizados nesta área, fornecerem pouco esclarecimento quanto aos processos através dos quais o **SS** influencia os resultados de saúde (Raimundo, 2003).

Cohen e Syme (1985) referem um crescente interesse em determinar se as relações positivas entre o **SS** e a saúde ocorrem devido ao facto de o suporte aumentar os níveis de saúde e bem-estar, qualquer que seja o nível de suporte presente, ou seja se o suporte protege as pessoas dos efeitos patogénicos dos acontecimentos de vida stressantes (Barriga, 2000).

Também Sarason *et al.*, (1988) referem a existência de dados empíricos e teóricos suficientes para afirmar que o **SS** prestado pelas relações sociais contribui para o ajustamento positivo e desenvolvimento pessoal, e igualmente, que serve de protector contra os efeitos do stresse.

Na opinião de Dunkel-Schetter e Bennett (1990), os indivíduos que experimentam níveis mais elevados de stresse, apresentam níveis mais baixos de sintomatologia psicológica e física, se tiverem melhor suporte do que aqueles que têm um suporte mais fraco.

Wortman e Conway (1985) referem que a pessoa com doença física pode ter maior necessidade de vários tipos de suporte. Por exemplo, uma pessoa que já não possa cumprir com as responsabilidades familiares, pode precisar de recorrer a ajuda exterior para as tarefas domésticas (suporte tangível); a variedade de incertezas e medos que uma pessoa doente vivência, pode intensificar a necessidade de clarificação do que se está a passar

(suporte informacional/informativo); a segurança de que os sentimentos e medos são consequência normal da doença (validação); a ameaça para o auto-conceito que resulta da doença, pode intensificar a necessidade de segurança que os outros vão continuar a amar a pessoa doente, e não abandoná-la (suporte emocional) (Raimundo, 2003).

2.2.SUPORTE RECEBIDO VS SUPORTE PERCEBIDO

A definição de Suporte Social de Cramer *et al.* (1997;*cit. in* Ribeiro, 1999) divide este conceito em Suporte Social recebido (**SS** verdadeiramente recebido) e **SS** percebido (é o **SS** que o indivíduo percebe como disponível, em caso de necessidade); e, ainda segundo os mesmos autores, podemos distinguir o **SS** descrito (presença de um tipo particular de comportamento de suporte) do **SS** avaliado (avaliação de determinado comportamento de suporte, percebido como satisfatório).

Cobb (1976; *cit. in* Sarason *et al.*, 1990a) considerava que a principal função do **SS** seria fornecer informação ao indivíduo sobre se os outros gostam dele, se preocupam com ele e o valorizam, pelo que o suporte provém, não tanto do que é feito, mas o que isso representa para o receptor, em termos daquela relação.

Também Cassel (1976; *in* Sarason *et al.*, 1990a) examinava a função de feedback (exercida pelo **SS**), por acreditar que fornecer ao receptor cuidados e atitudes positivas, exercia maiores efeitos positivos do que qualquer comportamento específico.

Sarason *et al.* (1990b), refere que se estabelecermos uma comparação entre o conceito de vinculação na infância e o **SS** percebido na idade adulta, podemos pôr a hipótese de que uma relação de vinculação segura ao longo do tempo, encoraja as crianças a tolerar e valorizar a intimidade emocional, levando a implicações importantes no conceito de **SS** percebido – alguém com elevado nível de **SS** percebido, acredita que

determinadas pessoas vão estar disponíveis em caso de necessidade, e estarão receptivas em qualquer condição. Também a capacidade de uma pessoa entrar em relação, e o que percebe que acontece nas suas relações, parece ser afectado pela vinculação.

Lakey e Cassady (1990; *in* Raimundo, 2003), defendem que só uma parte dos efeitos do **SS** percebido podem ser explicados como resultados dos comportamentos suportantes dos outros, sugerindo como alternativa de explicação, que o suporte percebido actua em parte, como uma variável cognitiva de personalidade em que as crenças, estáveis e organizadas, acerca da qualidade das relações interpessoais de cada um, podem levar a interpretações arrevesadas e a recordações de interacções sociais.

Assim, nas pessoas com baixo suporte percebido, crenças anteriores na inadequação das suas relações sociais, podem levar a enviesamento no sentido de julgar as tentativas de suporte levadas a cabo por outros como sendo inúteis; realce de recordações de suporte inútil recebido anteriormente; inibição de recordações de suporte útil recebido anteriormente – estes processos aumentariam a frequência de julgamentos negativos das relações interpessoais, levando directamente ao distress psicológico – o suporte percebido mostrou maiores semelhanças com variáveis cognitivas (elevados níveis de auto-estima e baixos níveis de atitudes disfuncionais), do que com o suporte recebido do ambiente (Lakey & Cassady, 1990; *cit. in* Raimundo, 2003).

Importa, também, salientar a relação existente entre os estilos de *coping* e o suporte social dos indivíduos. Tendo em atenção as diferentes contingências sociais e o papel que ocupam sobre os estilos individuais de *coping*, pode dizer-se que a adaptação à doença, e consequente, a percepção de bem-estar e qualidade de vida, depende da resposta recebida pelos outros (Martins, 2005).

3. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

O conceito de *coping* foi evoluindo ao longo do tempo, e a nível da psicologia tem vindo a ganhar uma importância crescente, sendo actualmente foco de algumas psicoterapias e programas educacionais.

O *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais efectuados por uma pessoa para gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e/ou externas da transacção pessoa-ambiente, que é avaliada como esgotando ou excedendo os recursos de uma pessoa (Folkman, 1982;1984; Folkman *et al.*, 1986).

Um aspecto importante neste conceito é o facto que o *coping* é definido independentemente do seu resultado, isto é, o *coping* refere-se a um esforço para gerir as exigências apesar do resultado desse esforço (Folkman, 1984).

Monat e Lazarus (1986, *cit. in* Vaz Serra, 1990) mencionam que o *coping* refere-se a esforços para lidar com as situações de dano, de ameaça ou de desafio, quando não há uma rotina ou uma resposta automática disponível. Existem diferenças entre estes três tipos de situações:

- A situação de **dano**, envolve tentativas de *coping* dirigidas ao presente em termos de tolerância, ou de reinterpretação do mal acontecido.
- Uma situação de **ameaça**, envolve uma antecipação do que pode vir a acontecer, sendo os esforços de *coping* centrados num futuro, de forma que o indivíduo consiga manter ou neutralizar os efeitos da situação.
- Numa situação de **desafio**, o indivíduo sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

O *coping* implica que cada indivíduo tenha uma forma própria de lidar com situações indutoras de stress, sendo que as classificações mais usuais dividem-se em duas dimensões:

- O *coping* focado-no-problema refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stress.

- O *coping* focado-nas-emoções, refere-se aos esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções stressantes (Ribeiro *et al*, 2001). Segundo os autores as pessoas recorrem a estratégias de *coping* diferentes consoante a situação. De uma maneira em geral as pessoas não usam uma ou outra estratégia de *coping*, elas tendem a utilizar em simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes, principalmente estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção.

Numa abordagem recente (Folkman & Moskowitz, 2000; *cit. in* Ribeiro & Rodrigues, 2004), explicam que as abordagens contextuais do *coping* convergem nos seguintes aspectos:

- a) o *coping* tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do distress e a gestão dos problemas que causam o distress;
- b) o *coping* é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress incluindo a sua controlabilidade;
- c) o *coping* é influenciado pelas características de personalidade (*dispositions*) , incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão;
- d) o *coping* é influenciado pelos recursos sociais.

Neste sentido Holahn e Moos, (1987; *cit. in* Ribeiro & Rodrigues, 2004), defendem que os factores sócios demográficos, tais como educação, nível sócio económico, características de personalidade e factores contextuais influenciam o *coping*.

A investigação sobre *coping*, na década de 90, tem sido feita especialmente na área da saúde.

Endler, Parker e Summerfeldt (1998), explicam que de uma maneira em geral a avaliação das estratégias de *coping* tende a ser feita, quer genericamente, quer em relação a situações específicas. Esta distinção tem sido denominada como abordagens inter individuais versus intra individuais, ou como abordagens disposicionais versus situacionais. As abordagens disposicionais aproximam-se da teoria do traço e focam as estratégias de coping que tendem a ser utilizadas pelos indivíduos em situações stressantes variadas. São avaliadas com medidas de auto-resposta, questionam o respondente acerca do modo habitual de responder perante situações stressantes. Em relação à abordagem situacional, visa identificar como mudam as estratégias de *coping* perante situações diferentes (*cit. in* Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Também Carver *et al.*; (1989) reconhecem que “provavelmente óbvio” que existam estilos de *coping* dado que as pessoas abordam cada contexto de *coping* com um repertório de estratégias relativamente fixas através do tempo e das circunstâncias. A favor desta perspectiva, os autores defendem ainda que, provavelmente, há modos preferidos de *coping* em função das dimensões de personalidade (*cit. in* Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A importância das estratégias de *coping* advém do papel que ocupam em relação com a saúde mental do indivíduo. Se ele não for capaz de lidar com os problemas, ou se os custos dessa estratégia forem muito elevado, podem surgir distúrbios psíquicos (Fisher, 1986; *cit. in* Vaz Serra, 1988).

Bloom (1986), realizou um estudo sobre o impacto de percepção de apoio social recebido, no bem-estar físico, psicológico e social de doentes crónicos. Os resultados sobre este estudo salientam a percepção de suporte social e o nível socio-económico interferem na capacidade de *coping* do doente que, por sua vez, é determinante para o bem-estar e

qualidade de vida percebida. A percepção do suporte social tem um efeito directo no bem-estar psicológico que, por sua vez, influencia a capacidade do doente utilizar estratégias de *coping* (Pereira & Lopes, 2002).

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4. OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Neste capítulo serão enumerados os procedimentos referentes à componente empírica desta investigação. Assim, descrever-se-á de forma sistemática a elaboração das questões da investigação, a operacionalização das variáveis, os objectivos de estudo, a descrição dos instrumentos para a recolha de informação.

A investigação que pretendemos desenvolver é um estudo correlacional. Temos como objectivo analisar em que medida as variáveis qualidade de vida, suporte social e estratégias de *coping* estão relacionadas, face às condições cirurgia e coabitação.

Esta investigação pretende observar a relação entre o Suporte Social influência a Qualidade de Vida de doentes com coxartrose, artroplastia total da anca, quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes e a sua relação com as anteriores variáveis.

É fundamental compreender o papel do Suporte Social na activação e utilização de estratégias de *coping* para a gestão dos factores de stresse nestes indivíduos e em consequência contribuir para um aumento da qualidade de vida.

Na opinião de Ribeiro (1994), a Qualidade de Vida é um conceito específico do sistema de cuidados de saúde, que pode ter dois sentidos: um geral para o sistema de cuidados de saúde, que diz respeito à Qualidade de Vida dependente das doenças que as pessoas têm, analisando a contribuição dessas doenças e os seus tratamentos, para a qualidade de vida das pessoas; o outro específico para cada uma das doenças, em que a qualidade de vida refere-se às limitações, ou ao modo como cada doença afecta a qualidade de vida das pessoas.

Para Naughton (1996; *cit. in* Donovan *et al.*, 1999), o conceito de Qualidade de Vida é multidimensional, que inclui o bem-estar relacionado com a saúde, e o mesmo tem sido definido como incluindo: a) as características valorizadas pelos pacientes com vista ao seu conforto ou sentimento de bem-estar, b) a medida em que os pacientes conseguem manter as funções físicas, emocionais e intelectuais, e c) o grau com que mantêm as suas capacidades de participação em actividades valorizadas em contexto familiar, de trabalho, e da comunidade.

O Suporte Social é definido em função do grau de satisfação das necessidades básicas que incluem: o afecto, a estima, a pertença, a identidade e a segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental (Thoits, 1982). É factor condicionante do estado de saúde, pela influência significativa na recuperação de doenças físicas de maior ou menor gravidade, sendo determinante para os comportamentos de doença, de respostas ao tratamento médico e para a própria adaptação às condições de uma doença crónica (Oliveira *et al.*, 1999).

Relativamente à influência do suporte social recebido e percebido sobre o nível de stress experienciado (Sarason, 1985, *cit. in* Martins, 2005) existem evidências da relação entre apoio social e o estado de saúde do indivíduo.

Num estudo de Cohen, (1988, *cit. in* Martins, 2005), verificou-se que o apoio social pode produzir respostas que influenciam a doença, ou pode produzir padrões de comportamento que afectam o risco de doença através da resposta biológica e, por outro lado, o stress psicossocial tem efeitos negativos na saúde e bem-estar, satisfação com a vida (Sarason *et. al.*, 1983), redução do mal-estar (Sarason, Potter & Antoni, 1985, *cit. in* Martins, 2005) e resistência a doenças (Cohen, 1988, *cit. in* Martins, 2005). Hohaus e Berah (1996, *cit. in* Martins, 2005) verificaram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que está associada à satisfação com a vida.

As pessoas recorrem a Estratégias de *Coping* diferentes consoante a situação. De uma maneira em geral as pessoas não usam uma ou outra estratégia de *coping*, elas tendem a utilizar em simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes, principalmente estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção. A importância das estratégias de *coping* advém do papel que ocupam em relação com a saúde mental do indivíduo. Se ele não for capaz de lidar com os problemas, ou se os custos dessa estratégia forem muito elevados, podem surgir distúrbios psíquicos (Fisher, 1986; *cit. in* Vaz Serra, 1988).

No que se refere à eficácia dos estilos de *coping* nos problemas de saúde, Merluzzi e Sanchez (1997, *cit. in* Martins, 2007), verificaram que os sujeitos que utilizam estilos de *coping* funcionais, estão mais ajustados emocionalmente e aptos a confrontar as exigências envolvidas no diagnóstico da doença crónica (Soares *et. al.*, 2000, *cit. in* Martins, 2000). Por sua vez, o *coping* activo orientado para a resolução de problemas, tem um impacto francamente positivo com a qualidade de vida em doentes crónicos (Sheier *et al.*, 1989; Coelho & Ribeiro, 2000; Martins, 2005).

É importante referir a relação existente entre os estilos de *coping* e o suporte social dos sujeitos. Considerando as diferentes contingências sociais e o papel que estas ocupam sobre os estilos individuais de *coping*, pode assumir-se que a adaptação à doença e a percepção de bem-estar e qualidade de vida depende da resposta percebida pelos outros (Martins, 2005).

Segundo Coyne e DeLongis (1986, *cit. in* Martins, 2005), as pessoas que se mostram insatisfeitas com o suporte social apresentam-se, normalmente, mais desajustadas às condições de vida. Billings e Moos (1981, *cit. in* Martins, 2005), identificaram uma forte evidência da influência que as estratégias de *coping* exercem sobre a percepção do suporte social recebido, tendo verificado que as pessoas que usam o comportamento

evitante como estratégia de *coping* dominante, percebem-se como tendo menos apoio social.

Esta investigação pretende dar o seu contributo para uma das áreas disciplinares da Psicologia que diz respeito ao comportamento humano no contexto da saúde e da doença, ou seja, a Psicologia da Saúde.

Este estudo traduziu-se num *design* 2 (Cirurgia: não vs sim) x 2 (Coabitação: só vs acompanhado). Foi utilizado, o método *quasi-experimental* com base no design antes–após com grupo testemunho não equivalente. (Fortin, 2003).

Após uma reflexão sobre esta temática, surgem-nos as questões de investigação a que nos propomos responder neste estudo:

- Quais as relações entre Qualidade de Vida, Suporte Social, Estratégias de *Coping* em função da Cirurgia e Coabitação?
- Que estratégias de coping são utilizadas face à Cirurgia e Coabitação?
- Que dimensões do Suporte Social são assinaladas face à Cirurgia e Coabitação?
- Que dimensões da Qualidade De Vida são assinaladas face à Cirurgia e Coabitação?

4.2.POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra utilizada no presente estudo, é uma amostra de conveniência ou acessibilidade (Poweroy, 1993, *cit. in* Lourenço & Gomes, 2003) constituída por 74 inquiridos, 34 do género feminino e 40 do género masculino. No quadro 1 apresentamos as características sócio-demográficas dos doentes com coxartrose e artroplastia total da anca e da amostra total.

No que respeita à variável idade, os inquiridos têm idades compreendidas entre os 36 e os 92 anos, cuja média de idades, é de 70.50 anos. Em relação ao estado civil dos

participantes, 4.06% são solteiros, 72.97% são casados (ou em união de facto), 2.70% são divorciados, 20.27% viúvos. A maioria dos participantes tem ensino primário (70.27%), ensino secundário (14.87%), 13.51% são analfabetos e apenas 1.35% têm uma licenciatura.

Em relação à coabitação, 17.57% dos participantes vivem só e 82.43% vivem acompanhados (inclui o viver com o cônjuge, cônjuge e filhos, com os filhos).

No que concerne ao apoio domiciliário, 89.19% não tem apoio domiciliário e 10.81% têm apoio domiciliário (alimentação, limpeza do domicílio, lavagem de roupa). Em relação à dor, 59.46% dos participantes referem dor (repouso e à mobilização), 40.54% não referem dor. Os participantes são do Alto e Baixo Alentejo.

Consideramos para o estudo, as condições de inclusão na amostra que:

- Doentes com Artroplastia Total da Anca;
- Doentes ainda não intervencionados a Artroplastia Total da Anca;
- Participantes escolarizados, ou com interlocutor válido;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo.

Quadro 1: Descrição das Variáveis Sócio Demográficas.

NÍVEIS	DOENTES COM COXARTROSE		DOENTES COM ARTROPLASTIA DA ANCA		TOTAL GLOBAL	
	FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%
GÉNEROSEXUAL						
Feminino	19	54.29	15	38.46	34	45.95
Masculino	16	45.71	24	61.54	40	54.05
Total	35	100.0	39	100.0	74	100.0
ESTADO CIVIL						
Solteiro	-	-	3	7.69	3	4.06
Casado	23	65.72	29	74.36	52	70.27
Divorciado	2	5.71	-	-	2	2.70
Viúvo	9	25.71	6	15.38	15	20.27
União de facto	1	2.86	1	2.57	2	2.70
Total	35	100.0	39	100.0	74	100.0
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS						
Ensino Primário	27	77.14	25	64.10	52	70.27
Ensino Secundário	3	8.57	8	20.51	11	14.87
Ensino Superior	1	2.86	-	-	1	1.35
Outros	4	11.43	6	15.39	10	13.51
Total	35	100.0	39	100.0	74	100.0
COABITAÇÃO						
Vive só	9	25.71	4	10.26	13	17.57
Vive acompanhado	26	74.29	35	89.74	61	82.43
Total	35	100.0	39	100.0	74	100.0
APOIO DOMICILIÁRIO						
Com apoio	3	8.57	5	12.82	8	10.81
Sem apoio	32	91.43	34	87.18	66	89.19
Total	35	100.0	39	100.0	74	100.0
SENTE DOR						
Com dor	35	100.0	9	23.08	44	59.46
Sem dor	-	-	30	76.92	30	40.54
Total	35	100.0	39	100.0	74	100.0

4.3. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Foram utilizados quatro instrumentos de avaliação neste estudo. Um Questionário Demográfico elaborado por nós, e três escalas que considerámos mais adequadas aos objectivos da investigação, pelo facto de estarem validados e aferidos para a população portuguesa e terem sido aplicados em inúmeras investigações, no âmbito da Psicologia.

Assim, as escalas utilizadas foram: o Questionário **de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey)**, a versão portuguesa foi desenvolvida e adaptada para investigação pelo Professor Doutor José Pais Ribeiro (1994), a **Escala de Satisfação com o Suporte Social**, aferida e validada para a realidade portuguesa também pelo Professor Doutor José Pais Ribeiro (1999); o **Questionário de Estratégias de Coping**, adaptado pelos Professores José Pais Ribeiro e Carla Santos (Ribeiro & Santos, 2001).

4.3.1. Questionário Demográfico

Construído especificamente para operacionalização das variáveis de atributo ou organísmicas que permitem não só definir o nosso *design* como traçar o perfil das características dos pressupostos.

4.3.2. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey).

É uma escala que tem por objectivo avaliar o estado de saúde geral. Esta escala foi concebida para auto-administração, administração telefónica ou administração durante a

entrevista. É uma escala multidimensional, constituído por 36 itens, inclui oito sub-escalas: Desempenho Físico (4 itens), Função Emocional (3 itens), Função Social (2 itens), Função Física (10 itens), Dor (2 itens), Estado Geral de Saúde (5 itens), Saúde Mental (5 itens) e Vitalidade (4 itens), com mais uma questão, comparando a saúde actual com a saúde de há um ano atrás.

Segundo Taft *et al.*, (2001; *cit in* Raimundo, 2003), os autores sugeriram a agregação dos resultados das oito escalas, em dois componentes principais distintos – o Componente Físico e o Componente Mental. O Componente Físico é o funcionamento físico, o desempenho físico, e a dor corporal; enquanto o Componente Mental é constituído pelas escalas de saúde mental, desempenho emocional e funcionamento social. Neste sentido, Ware *et al.*, (1995), estes componentes principais foram construídos com base na análise factorial das correlações entre as oito escalas do SF-36, na população em geral dos EUA, tendo demonstrado bons níveis de confiança (Componente Físico .92 e para o Componente Mental .91).

COTAÇÃO:

A cotação do questionário é directa e simples, atribuindo-se, consoante a pergunta, valores directos que o indivíduo escolhe como resposta a algumas questões.

As respostas apresentadas em cada item são agrupadas e somadas consoante a respectiva sub-escala. Seguidamente, procede-se à transformação do resultado de cada escala num resultado de 0 a 100 (percentagem), conforme a formula abaixo apresentada, obtendo-se assim a Qualidade de Vida referente à escala respectiva.

Escala Transformada = $\frac{\text{score actual bruto} - \text{score mínimo da escala}}{\text{Amplitude máxima}} \times 100$

Amplitude máxima

Esta transformação converte os resultados mais baixos e mais altos, em 0 e 100, respectivamente. Os resultados que se situam entre estes valores, representam a percentagem total dos resultados possíveis alcançados.

No que se refere à questão 2, transição de saúde, esta tem um tratamento diferente de todas as outras questões. Assim, é tida em conta e analisada, a percentagem de indivíduos que escolheram cada uma das opções de resposta.

Quanto mais elevada for a percentagem obtida pelo sujeito, melhor será a sua Qualidade de Vida.

Esta escala tem sido extensivamente utilizada como indicador da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, estando a sua validade e fidelidade bem documentada (Raimundo, 2003).

4.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (**ESSS**) foi construída pelo Professor José Pais Ribeiro (1999), e pretende medir a percepção de Suporte Social, e segundo o autor, esta percepção é fundamental para os processos cognitivos e emocionais quando se abordam as temáticas de bem-estar e Qualidade de Vida.

Segundo o autor, inicialmente a escala era constituída por 20 itens que se consideraram reflectir a satisfação do indivíduo com a vida social, nomeadamente, as pessoas com quem interage, e as actividades que desenvolve.

Após a análise de componentes principais, foram seleccionados os itens com carga factorial superior a 0,40, tendo a escala ficado reduzida a 15 itens, distribuídos por quatro factores (sub-escalas ou dimensões) explicativos de 63,1% da variância total (Ribeiro, 1999).

Sobre as sub-escalas/dimensões geradas, o autor baptizou o primeiro factor como: **“Satisfação com os amigos”** – mede a satisfação com as amizades/amigos, contém cinco itens (3,12,13,14 e 15), têm uma consistência interna de 0,83, este factor explica 35% da variância total;

O segundo factor foi baptizado como: **“Intimidade”** – mede a percepção de suporte social íntimo, contém quatro itens (1,4,5 e 6), uma consistência interna de 0,74 e o factor explica 12,1% da variância total;

O terceiro factor foi baptizado como: **“ Satisfação com a Família”** – mede a satisfação com o suporte familiar existente, contém três itens (9,10 e 11), têm uma consistência interna de 0,74 e o factor explica 8,7% da variância total;

O último factor baptizado é: **“ Actividades Sociais”** – mede a satisfação com as actividades sociais realizadas, contém três itens (2,7 e 8), com uma consistência interna de 0,64 e o factor explica 7,3% da variância total.

A consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85.

Segundo Ribeiro (1999) a “ Satisfação com os Amigos” é o factor da escala que melhor explica os resultados obtidos, pois explica mais de metade da variância total da escala.

A versão final desta escala é constituída por 15 itens, que descrevem vários tipos de satisfação com as amizades/amigos, a família, actividades sociais que realiza e percepção da existência de suporte social íntimo, avaliados numa escala tipo *Likert* com 5 letras de A a E: A – “Concordo totalmente” – 1 ponto; B – “ Concordo na maior parte” – 2 pontos; - “ C - Não concordo nem discordo” – 3 pontos; D – “ Discordo na maior parte “ – 4 pontos; E – “Discordo totalmente “ – 5 pontos.

Esta cotação é adequada para todos os itens, excepto os casos de itens invertidos (itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

A nota de cada sub-escala/dimensão, resulta da soma dos itens que a constituem, a nota total da escala pode variar entre 15 e 75 pontos, que é o resultado da soma total dos itens, sendo que, quanto mais alta for a nota, maior é o Suporte Social percebido.

É importante referir que esta escala foi construída e validada com base numa amostra jovem, mas parece ser adequada a outros tipos de população, como se vai provando pela sua utilização em vários estudos que contemplam outros grupos (Ribeiro, 1999).

Considerando amostra em estudo, pensamos ser pertinente introduzir mais um item à escala com o objectivo de avaliar o grau de satisfação do indivíduo face ao apoio que a família lhe presta nas tarefas diárias.

4.3.4. Questionário de Estratégias de Coping de Pais-Ribeiro e Santos

A versão original do *Ways of Coping Questionnaire* é da década 70, sendo da autoria de Folkman e Lazarus (1988). O *Ways of Coping Questionnaire*, foi inicialmente concebido como um instrumento de investigação acerca dos pensamentos e acções que as pessoas usam para fazer face às exigências internas e externas quando confrontadas com situações de stress. Com base na reflexão e da revisão da literatura, que os autores desenvolveram as 67 estratégias de coping, a que os sujeitos respondiam “sim” ou “não”, consoante tinham ou não utilizado tal estratégia perante o problema em avaliação. Posteriormente, os autores numa segunda fase passaram de uma estratégia de construção do questionário baseado na teoria, para uma estratégia empírica. Construíram um questionário de 66 itens com resposta ordinal de 4 posições, permitindo aos respondentes pontuar entre 0-3, a frequência com que usavam cada uma das estratégias apontadas.

Os itens foram classificados em duas grandes categorias de *coping*: focado no problema e focado nas emoções (Folkman & Lazarus, 1980). Mas esta classificação não expressava a riqueza e a complexidade dos processos de *coping* humanos e, por vezes, certas estratégias de *coping* encaixavam-se nas duas categorias.

As inúmeras dificuldades sentidas na aplicação dos questionários levaram os autores a completar e a identificar variedades de *coping* e, baseando-se nos estudos de Coyne, Aldwin e Lazarus (1981), Folkman e Lazarus (1985), Lazarus, Gruen e DeLongis, (1986) e na análise factorial, subdividiram a escala em oito sub-escalas de *coping* (Folkman & Lazarus, 1986, *cit. in* Ribeiro & Santos, 2001).

Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992, *cit. in* Ribeiro & Santos, 2001) referem na teoria de *coping* que a maior parte dos sujeitos recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stress, identificadas como:

- *Coping* Confrontativo – Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco.

- *Coping* Distanciamento – Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

- *Coping* Auto-Controlo – Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções.

- *Coping* Procura de Suporte Social – Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte social.

- *Coping* Aceitar a Responsabilidade – Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.

- *Coping* Fuga-Evitamento – Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala, contrastam com os da escala de “Distanciamento”, que sugerem desprendimento.

- *Coping* Resolução Planeada do Problema – Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.

- *Coping* Reavaliação Positiva – Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

Os itens do questionário foram concebidos para serem respondidos relativamente a um acontecimento de stress específico. A medição do instrumento é contextual, orientada por um processo, e transaccional.

Apesar de ter sido, inicialmente, pensado para ser auto-administrado, pode ser feita uma entrevista prévia à sua aplicação para ajudar o indivíduo a reconstruir o acontecimento stressante focado. Para tal os autores sugerem a seguinte instrução: “Por uns momentos concentre-se na maior situação de stress que viveu na última semana. Por situação de stress entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque se esforçou bastante para lidar com a situação (...)” (Folkman & Lazarus, 1988, p. 10, *cit. in* Ribeiro & Santos, 2001).

O questionário pode ser preenchido em cerca de 10 minutos, em que os indivíduos respondem a cada item numa escala ordinal, indicando com que frequência usam cada estratégia: 0 – nunca usei; 1 – usei de alguma forma; 2 – Usei algumas vezes; 3 – usei muitas vezes.

Existem dois métodos de pontuar o questionário: pontuações absolutas e relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que compõem a escala e a relativa descreve a proporção do esforço representado por cada tipo de *coping*.

4.4- PROCEDIMENTO

O instrumento utilizado nesta investigação (ver anexo) foi passado durante os meses de Fevereiro a Maio de 2007.

Para a aplicação dos instrumentos, elaboramos uma carta dirigida às direcções dos hospitais e consultório médico onde foram aplicados, comunicando o objectivo deste estudo de investigação e solicitando autorização para entrevistar os doentes e posterior aplicação dos questionários.

Os doentes implicados no estudo foram informados e livres de decidir sobre a sua participação, não usufruindo de qualquer benefício ou retaliação, segundo a sua tomada de decisão.

Foi necessário aceder a doentes que foram e irão ser intervencionados a Artroplastia Total da Anca (ATA), a amostra foi recolhida nas enfermarias dos Serviços de Ortopedia, consultas externas do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, Hospital São João de Deus de Montemor-o-Novo e um Consultório Médico.

Foram seleccionados os doentes que reuniam as condições necessárias para participarem no estudo, ou seja, doentes lúcidos e orientados no tempo e no espaço. Caso o doente aceitasse participar no estudo, os questionários eram preenchidos pelos doentes, nas enfermarias, nos corredores das consultas externas, devido ao facto de não existirem gabinetes disponíveis para o efeito, o que constituía um obstáculo no que diz respeito à privacidade. Porém este aspecto acabou por ser contornado da melhor forma, tentando para isso pôr o doente um pouco mais à vontade, além disso, decidimos estar presentes no momento em que cada um dos doentes estava a responder aos questionários, a entrega dos mesmos era imediata. Nos doentes em que a diminuição da acuidade visual impedia a escrita, o entrevistador lia as perguntas em voz alta e anotava as respostas.

A informação recolhida foi organizada e analisada de acordo com os objectivos deste estudo. Assim, os dados foram tratados informaticamente através, do programa estatístico SPSS -*Statistical Package for the Social Sciences* for Windows, versão 12.0, (por forma a criar uma base de dados), após o que se realizou a análise estatística descritiva e inferencial.

Nos testes necessários para avaliar a relação estatística entre variáveis, utilizou-se como critério o nível de significância de 0.001 e 0.05. Nas tabelas assinala-se com um asterisco os resultados estatisticamente significativos.

4.5- PLANO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo traduziu-se num *design* factorial de 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só).

Quadro 2: *Design* factorial

CIRURGIA	COABITAÇÃO	
	Vive Só	Vive Acompanhado
Sem Cirurgia	Vive só Sem cirurgia N = 9	Vive acompanhado Sem cirurgia N=26
Com Cirurgia	Vive só Com cirurgia N=4	Vive acompanhado Com cirurgia N =35

Sendo estas as condições experimentais sobre as quais iremos trabalhar, parece-nos relevante identificar, nesta altura, as principais variáveis com que nos iremos deparar, são elas: a Qualidade de Vida, Suporte Social, Estratégias de *Coping*, a condição sem cirurgia, com cirurgia e a condição coabitação vive acompanhado, vive só.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados das análises factoriais e da consistência interna das escalas utilizadas no estudo. Realizaram-se análises descritivas dos resultados obtidos, também em função de cada instrumento. Posteriormente, analisou-se a influência das variáveis cirurgia: não vs sim e coabitação: acompanhado vs só sobre cada uma das variáveis em estudo.

5.1. ANÁLISE PRÉVIA DAS ESCALAS UTILIZADAS PARA AVALIAR AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

No capítulo anterior descrevemos os instrumentos aplicados na recolha de informação, iremos agora realizar a análise factorial e a análise da consistência interna, para cada uma das escalas.

Para verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem as escalas, por outras palavras, qual a percentagem de variância dos resultados que resulta da variância real e qual a que advém da variância de erro devido à heterogeneidade do conteúdo da amostra de itens das escalas, procedeu-se à análise da consistência interna, calculando o coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das escalas utilizadas sub-escalas existentes.

5.1.1. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida – SF-36

No que respeita à avaliação da qualidade de vida – SF 36 não será realizada esta análise, na medida em que este procedimento não foi realizado em estudos anteriores.

5.1.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Em relação à escala de satisfação com o suporte social pareceu-nos pertinente para a presente investigação utilizar-mos mais um item “ **estou satisfeito com o apoio que a minha família me dá nas minhas tarefas diárias**”, dado que os doentes com coxartrose e com intervenção cirúrgica, vão apresentar algumas limitações (mobilidade e actividades de vida diárias, etc.) e necessitam de tempo e suporte social para a sua recuperação.

Segundo Ribeiro (1999), quanto aos vários tipos de validade da escala, refere resultados bastante satisfatórios, apesar de salientar a necessidade de continuidade de estudos que permitem melhorar as medidas de Suporte Social.

No sentido de verificar qual o grau de homogeneidade, procedeu-se à análise factorial de consistência interna, calculando o *alfa* Cronbach do autor e com o novo item. Este item foi introduzido na sub-escala da Satisfação com a Família, mede a satisfação com o suporte familiar, continha 3 itens (9,10 e 11), e passou a conter 4 itens (9,10,11 e 16) e explica 8.45% da variância total.

Assim, apresentam-se os valores de fidelidade (consistência interna) das sub-escalas ou dimensões, bem como da escala total versão do autor e com o novo item (ver quadro 3).

Quadro 3: Coeficiente de *alfa* Cronbach obtido para escala de Satisfação com o Suporte Social.

Sub- escalas de Suporte Social	AMOSTRA TOTAL (n= 74) Alfa de Cronbach do autor	AMOSTRA TOTAL (n= 74) Alfa de Cronbach do com o novo item
Satisfação com os Amigos	$\alpha = .839$	$\alpha = .839$
Intimidade	$\alpha = .691$	$\alpha = .691$
Satisfação com a Família	$\alpha = .808$	$\alpha = .822$
Actividades Sociais	$\alpha = .588$	$\alpha = .588$
Escala Total	$\alpha = .856$	$\alpha = .867$

5.1.3- Questionário de Estratégias de *Coping*

A escala utilizada para avaliar as estratégias de *coping* apresenta uma consistência interna aceitável ($\alpha = .799$). No entanto, na literatura, são muitas vezes, apresentados instrumentos cujo consistência interna se situa abaixo deste valor, como é o caso de Hill e Hill (2000) que defende que o coeficiente alfa só é inaceitável abaixo de .60.

Em relação às sub-escalas, algumas apresentam uma consistência interna baixa, variando de $\alpha = .121$ *Coping* Assumir a Responsabilidade a $\alpha = .637$ *Coping* Resolução Planeada do Problema. Os valores baixos de alfa se devem a ser uma população diferente, isto é uma característica dos instrumentos de *coping* que têm origem teórica num modelo comportamental e nas escalas deste modelo a consistência interna não é um indicador importante.

5.2. ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS OBTIDOS EM CADA ESCALA

Em relação às análises descritivas dos resultados, foram calculadas as médias, os desvio padrão e os valores mínimos e máximos obtidos em cada escala e sub-escala.

5.2.1. Qualidade de Vida

Relativamente à qualidade de vida foram calculadas as análises descritivas para cada dimensão.

A média geral da escala é de 20.14; ao consideramos as respectivas dimensões, a de saúde mental apresenta uma média superior ($M= 3.69$), seguida da dimensão funcionamento social ($M= 3.20$) (ver quadro 4).

Quadro 4: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos na escala e sub-escalas da qualidade de vida

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Escala da Qualidade de Vida				
QDV- Dimensão Saúde Geral	2.90	.856	1.40	4.60
QDV- Dimensão Funcion. Físico	1.65	.501	1.00	2.00
QDV- Dimensão Papel Físico	1.27	.410	1.00	2.00
QDV- Dimensão Papel Emocional	1.35	.481	1.00	3.00
QDV- Dimensão Funcion. Social	3.20	1.193	1.00	5.50
QDV- Dimensão Dor Física	3.07	1.406	1.00	5.00
QDV- Dimensão Vitalidade	3.02	1.175	1.00	6.00
QDV- Dimensão Saúde Mental	3.69	1.143	1.40	6.00

Tendo em conta, que cada sub-escala tem um número de itens diferentes, de seguida calculámos os resultados obtidos em cada item, no sentido de podermos comparar as oito dimensões da qualidade de vida (ver quadro 5).

Quadro 5: Resultados das diferenças de médias da qualidade de vida entre sem cirurgia e só e sem cirurgia e acompanhado.

		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Saúde Geral	Sem Cirurgia e Só	9	2.53	.900
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.65	.770
Funcionamento Físico	Sem Cirurgia e Só	9	1.47	.332
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	1.37	.304
Papel Físico	Sem Cirurgia e Só	9	1.22	.363
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	1.03	.108
Papel Emocional	Sem Cirurgia e Só	9	1.26	.434
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	1.05	.155
Funcionamento Social	Sem Cirurgia e Só	9	2.72	.618
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.62	.962
Dor Física	Sem Cirurgia e Só	9	2.33	.661
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	1.92	.731
Vitalidade	Sem Cirurgia e Só	9	2.70	1.204
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.48	.771
Saúde Mental	Sem Cirurgia e Só	9	3.44	.994
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	3.08	.943

Após realizarmos as ponderações das sub-escalas verificasse que a dimensão saúde mental apresenta a média mais elevada para sem cirurgia e só ($M=3.44$) e sem cirurgia e acompanhado ($M=3.08$), seguida da dimensão funcionamento social para sem cirurgia e só ($M=2.72$) e sem cirurgia e acompanhado ($M=2.62$).

Quadro 6: Resultados das diferenças de médias da qualidade de vida entre com cirurgia e só e com cirurgia e acompanhado.

		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Saúde Geral	Com Cirurgia e Só	4	2.95	.915
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.18	.839
Funcionamento Físico	Com Cirurgia e Só	4	2.13	.330
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	1.84	.553
Papel Físico	Com Cirurgia e Só	4	1.75	.500
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	1.40	.459
Papel Emocional	Com Cirurgia e Só	4	1.67	.471
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	1.56	.435
Funcionamento Social	Com Cirurgia e Só	4	3.88	1.03
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.67	1.26
Dor Física	Com Cirurgia e Só	4	4.50	1.22
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.96	1.19
Vitalidade	Com Cirurgia e Só	4	3.25	1.06
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.47	1.27
Saúde Mental	Com Cirurgia e Só	4	4.55	.854
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	4.11	1.13

Após análise dos resultados obtidos nas sub-escalas verificasse, também, que a dimensão saúde mental apresenta a média mais elevada para com cirurgia e só ($M=4.55$) e com cirurgia e acompanhado, ($M=4.11$) seguida da dimensão dor física com cirurgia e só ($M=4.50$) e com cirurgia e acompanhado ($M=3.96$).

Estado de saúde geral actual comparado com um ano atrás

Quadro 7: Médias e desvio padrão obtidas na escala da qualidade de vida comparando o estado de saúde com um ano atrás

Qualidade de Vida				
Estado de saúde actual comparado com 1 ano				
		N	M	SD
Cirurgia	Sim	39	3.49	1.023
	Não	35	2.11	.796
Coabitação	Só	13	2.54	1.127
	Acompanhado	61	2.90	1.150

O quadro 7 permite verificar que a média ($M= 3.49$), é mais elevada nos doentes com cirurgia e que vivem acompanhados ($M=2.90$).

5.2.2. Suporte Social

No que concerne à satisfação com o suporte social foram calculadas as análises descritivas para cada dimensão.

A média geral da escala é de 14.16; ao consideramos as respectivas dimensões, a de satisfação com a família apresenta uma média superior ($M= 3.91$), seguida da dimensão satisfação com os amigos ($M= 3.55$) (quadro 8).

Quadro 8: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos nas sub-escalas de Satisfação com o Suporte Social

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Escala de Satisfação com o Suporte Social				
Satisfação com os amigos	3.55	.708	1.20	4.80
Intimidade	3.45	.852	1.00	4.75
Satisfação com a família	3.91	.727	2.00	5.00
Actividades sociais	3.25	.881	1.00	5.00

No entanto, tendo em conta, que cada sub-escala tem um número de itens diferentes, de seguida calculámos os resultados obtidos em cada item, no sentido de podermos comparar as quatro dimensões da escala de satisfação com o suporte social (quadro 9).

Quadro 9: Resultados das diferenças de médias da satisfação com o suporte social entre sem cirurgia e só e sem cirurgia e acompanhado.

		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Satisfação com os amigos	Sem Cirurgia e Só	9	2.93	.872
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	3.59	.605
Intimidade	Sem Cirurgia e Só	9	2.50	1.186
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	3.73	.640
Satisfação com a família	Sem Cirurgia e Só	9	3.22	.972
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	3.91	.587
Actividades sociais	Sem Cirurgia e Só	9	3.71	.824
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	3.46	.811

A análise dos resultados obtidos nas sub-escalas mostra que a dimensão satisfação com a família apresenta a média mais elevada para sem cirurgia e acompanhado ($M=3.91$) e sem cirurgia e só ($M=3.71$) para a dimensão actividades sociais, seguida da dimensão satisfação com a família para sem cirurgia e só ($M=3.22$); e da dimensão intimidade para sem cirurgia e acompanhado ($M=3.73$).

Quadro 10: Resultados das diferenças de médias da escala satisfação com o suporte social com cirurgia e só e com cirurgia e acompanhado.

		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Satisfação com os amigos	Com Cirurgia e Só	4	3.40	.432
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.69	.698
Intimidade	Com Cirurgia e Só	4	2.94	1.048
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.54	.700
Satisfação com a família	Com Cirurgia e Só	4	3.25	.866
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	4.16	.591
Actividades sociais	Com Cirurgia e Só	4	2.50	.638
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	3.07	.892

A análise das ponderações das sub-escalas permite observar que a dimensão satisfação com a família apresenta a média mais elevada para as variáveis com cirurgia e acompanhado ($M=4.16$) e com cirurgia e só ($M=3.25$), seguida da dimensão satisfação com os amigos para as variáveis, com cirurgia e só ($M=3.40$) e com cirurgia e acompanhado ($M=3.69$).

5.2.3. Estratégias de *Coping*

Quadro 11: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo obtidos na escala e sub-escalas de Estratégias de *Coping*

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Escala de Estratégias de <i>Coping</i>				
<i>Coping</i> Auto-Controlo	2.44	.326	1.71	3.29
<i>Coping</i> Procura Suporte Social	2.49	.362	1.71	3.29
<i>Coping</i> Fuga e Evitamento	2.07	.449	1.00	3.00
<i>Coping</i> Res. Planeada do Problema	2.46	.466	1.40	3.20
<i>Coping</i> Reavaliação Positiva	2.38	.387	1.43	3.57
<i>Coping</i> Assumir a Responsabilidade	2.38	.419	1.63	3.33
<i>Coping</i> Confrontativo	2.14	.338	1.50	3.17
<i>Coping</i> Distanciamento	2.12	.525	1.20	3.60

No que respeita às estratégias de *coping* foram calculadas as análises descritivas para cada dimensão. A média geral da escala é de 18.40; ao consideramos as respectivas dimensões, a de *coping* procura de suporte social apresenta uma média superior ($M= 2.49$), seguida da dimensão *coping* resolução planeada do problema ($M= 2.46$) (ver quadro 11).

No entanto, tendo em conta, que cada sub-escala tem um número de itens diferentes, de seguida calculámos os resultados obtidos em cada item, no sentido de podermos comparar as oito dimensões das estratégias de *coping* (ver quadro 12).

Quadro 12: Resultados das diferenças de médias das estratégias de *coping* entre sem cirurgia e só e sem cirurgia e acompanhado.

		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<i>Coping</i> Auto-Controlo	Sem Cirurgia e Só	9	2.73	.381
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.38	.328
<i>Coping</i> Procura Suporte Social	Sem Cirurgia e Só	9	2.44	.323
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.51	.343
<i>Coping</i> Fuga e Evitamento	Sem Cirurgia e Só	9	2.00	.327
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.08	.538
<i>Coping</i> Resolução Planeada do Problema	Sem Cirurgia e Só	9	2.53	.548
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.35	.500
<i>Coping</i> Reavaliação Positiva	Sem Cirurgia e Só	9	2.22	.268
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.40	.390
<i>Coping</i> Assumir a Responsabilidade	Sem Cirurgia e Só	9	2.30	.455
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.42	.495
<i>Coping</i> Confrontativo	Sem Cirurgia e Só	9	2.22	.167
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.18	.413
<i>Coping</i> Distanciamento	Sem Cirurgia e Só	9	1.91	.617
	Sem Cirurgia e Acompanhado	26	2.05	.517

Na análise dos resultados obtidos nas sub-escalas verificasse que a dimensão *coping* auto-controlo apresenta a média mais elevada, sem cirurgia e só ($M=2.73$) e sem cirurgia e acompanhado ($M=2.38$), seguida da dimensão *coping* resolução planeada do problema, sem cirurgia e só ($M=2.53$) e; sem cirurgia e acompanhado ($M=2.35$).

Quadro 13: Resultados das diferenças de médias das estratégias de coping entre com cirurgia e só e com cirurgia e acompanhado.

		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<i>Coping</i> Auto-Controlo	Com Cirurgia e Só	4	2.36	.378
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.42	.275
<i>Coping</i> Procura Suporte Social	Com Cirurgia e Só	4	2.50	.553
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.48	.378
<i>Coping</i> Fuga e Evitamento	Com Cirurgia e Só	4	2.18	.270
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.06	.430
<i>Coping</i> Resolução Planeada do Problema	Com Cirurgia e Só	4	2.25	.379
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.54	.422
<i>Coping</i> Reavaliação Positiva	Com Cirurgia e Só	4	2.50	.778
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.40	.362
<i>Coping</i> Assumir a Responsabilidade	Com Cirurgia e Só	4	2.42	.319
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.37	.368
<i>Coping</i> Confrontativo	Com Cirurgia e Só	4	2.17	.236
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.08	.317
<i>Coping</i> Distanciamento	Com Cirurgia e Só	4	2.10	.383
	Com Cirurgia e Acompanhado	35	2.23	.516

A análise das ponderações das sub-escalas mostra que a dimensão *coping* resolução planeada do problema apresenta a média mais elevada para com cirurgia e acompanhado (M=2.54) e com cirurgia e só (M=2.25), seguida da dimensão *coping* procura de suporte social para com cirurgia e só (M=2.50) e com cirurgia e acompanhado (M=2.48).

5.3. ANÁLISE DA CONDIÇÃO CIRURGIA E COABITAÇÃO EM FUNÇÃO DE CADA ESCALA

A amostra total divide-se em quatro: em função da **cirurgia** divide-se em duas, sem cirurgia e com cirurgia; em função da **coabitação** também em duas, vive só e vive acompanhado, procurámos analisar as possíveis repercussões das variáveis, através do Teste t de *Student*, do Teste Oneway ANOVA, regressões e correlações, sobre os resultados obtidos em cada escala.

5.3.1. Qualidade de Vida

a) Qualidade de Vida – Saúde Geral

Quadro 14: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Saúde Geral

Qualidade de Vida				
Saúde Geral				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	3.16	.838	-2.85*
	Não	2.62	.793	
Coabitação	Só	2.66	.888	-1.121
	Acompanhado	2.95	.847	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

Como se pode observar pela tabela, os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam uma saúde geral significativamente superior ($M = 3.16$) aos indivíduos sem cirurgia ($M = 2.62$), para $t(72) = -2.85$, $p < .006$. A coabitação não interfere significativamente na dimensão saúde geral, para $t(72) = -1.121$, $p < .266$.

A variabilidade da qualidade de vida saúde geral é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 10.6% ($p \leq 0.19$), das duas variáveis a cirurgia explica 30.4% para $p \leq .010$.

b) Qualidade de Vida – Funcionamento Físico

Quadro 15: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Funcionamento Físico

Qualidade de Vida				
Funcionamento Físico				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	1.87	.538	-4.66*
	Não	1.40	.309	
Coabitação	Só	1.67	.447	.194
	Acompanhado	1.64	.514	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

Como se pode observar pela tabela, os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam um funcionamento físico significativamente superior ($M= 1.87$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 1.40$), para $t(61.75) = -4.66$, $p < .000$. Verifica-se, também, que a coabitação não interfere na dimensão funcionamento físico, para $t(72) = .194$, $p < .847$.

A variabilidade da qualidade de vida e funcionamento físico é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 23.7% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a cirurgia explica 49.6% para $p \leq .000$.

c) Qualidade de Vida – Papel Físico

Quadro 16: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Papel Físico

Qualidade de Vida				
Papel Físico				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	1.43	.468	-4.28*
	Não	1.07	.216	
Coabitação	Só	1.38	.463	1.142
	Acompanhado	1.24	.398	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

Através da análise da tabela, verifica-se que os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam um papel físico significativamente superior ($M= 1.43$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 1.07$), para $t(54,79) = -4.28$, $p < .000$. A variável coabitação não interfere na dimensão papel físico, para $t(72) = 1.142$, $p < .257$.

A variabilidade da qualidade de vida e papel físico é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 24,3% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a cirurgia explica 48.5% para $p \leq .000$.

d) Qualidade de Vida – Papel Emocional

Quadro 17: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Papel Emocional

Qualidade de Vida				
Papel Emocional				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	1.57	.524	-4.92*
	Não	1.10	.265	
Coabitação	Só	1.38	.468	.273
	Acompanhado	1.34	.486	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

O quadro mostra que os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam um papel emocional significativamente superior ($M= 1.57$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 1.10$), para $t(57,57) = -4.92$, $p < .000$. Relativamente à variável coabitação, esta não interfere na dimensão papel emocional, para $t(72) = .273$, $p < .786$.

A variabilidade da qualidade de vida e papel emocional é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 25,7% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a cirurgia explica 51.7% para $p \leq .000$.

e) Qualidade de Vida – Funcionamento Social

Quadro 18: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Funcionamento Social

Qualidade de Vida				
Funcionamento Social				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	3.69	1.228	-4.26*
	Não	2.64	.879	
Coabitação	Só	3.07	.909	-.394
	Acompanhado	3.22	1.250	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

Os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam um funcionamento social significativamente superior ($M= 3.69$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 2.64$), para $t(68,74) = -4.26$, $p < .000$. Não se verifica interferência da variável coabitação na dimensão funcionamento social, para $t(72) = -.394$, $p < .695$.

A variabilidade da qualidade de vida e funcionamento social é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 19,7% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a cirurgia explica 45.1% para $p \leq .000$.

f) Qualidade de Vida – Dor Física

Quadro 19: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Dor Física

Qualidade de Vida				
Dor Física				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	4.01	1.189	-8.76*
	Não	2.03	.727	
Coabitação	Só	3.00	1.322	-.209
	Acompanhado	3.09	1.433	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

A leitura dos dados indica que os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam uma dor física significativamente superior ($M= 4.01$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 2.03$), para $t(63,86) = -8.76$, $p < .000$. Não existe interferência da variável coabitação na dimensão funcionamento social, para $t(72) = -.209$, $p < .835$.

A variabilidade da qualidade de vida e dor física é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 51,8 % ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a cirurgia explica 73.5% para $p \leq .000$.

g) Qualidade de Vida – Vitalidade

Quadro 20: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Vitalidade

Qualidade de Vida				
Vitalidade				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	3.45	1.242	-3.67*
	Não	2.54	.887	
Coabitação	Só	2.86	1.148	-.509
	Acompanhado	3.05	1.190	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

Como podemos verificar, os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam uma vitalidade significativamente superior ($M= 3.45$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 2.54$), para $t(68,68) = -3.67$, $p < .000$. A coabitação não interfere com a dimensão vitalidade, para $t(72) = -.509$, $p < .612$.

A variabilidade da qualidade de vida e vitalidade é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 15,3% ($p \leq 0.03$), o valor explicativo mais elevado pertence à variável cirurgia (39.5%) para $p \leq .001$.

h) Qualidade de Vida – Saúde Mental

Quadro 21: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Qualidade de Vida – Saúde Mental

Qualidade de Vida				
Saúde Mental				
		M	SD	t
Cirurgia	Sim	4.15	1.105	-4.07*
	Não	3.17	.956	
Coabitação	Só	3.78	1.060	.330
	Acompanhado	3.67	1.167	

Níveis de Significância: * $p \leq .05$

A observação da tabela indica que os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam uma vitalidade significativamente superior ($M= 4.15$) aos indivíduos sem cirurgia ($M= 3.17$), para $t(72) = -4.07$, $p < .000$. A coabitação não interfere com a dimensão vitalidade, para $t(72) = .330$, $p < .743$.

A variabilidade da qualidade de vida e saúde mental é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 20,4% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a cirurgia explica 45.9% para $p \leq .000$.

Quadro 22: Resultados da ANOVA *between-subjects* para as variáveis qualidade de vida.

2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só)			
Qualidade de Vida	Cirurgia	Coabitação	Cirurgia x Coabitação
Saúde Geral	F(1,70)=3.11 p≤ .082	F(1,70)=.409 p≤ .525	F(1,70)=.049 p≤ .825
Funcionamento Físico	F(1,70)=14.818 p≤ .000	F(1,70)=1.711 p≤ .195	F(1,70)=.444 p≤ .507
Papel Físico	F(1,70)=14.289 p≤ .000	F(1,70)=5.221 p≤ .025	F(1,70)=.434 p≤ .512
Papel Emocional	F(1,70)=11.025 p≤ .001	F(1,70)=1.279 p≤ .262	F(1,70)=.139 p≤ .710
Funcionamento Social	F(1,70)=9.568 p≤ .003	F(1,70)=.189 p≤ .665	F(1,70)=.018 p≤ .893
Dor Física	F(1,70)=41.493 p≤ .000	F(1,70)=2.136 p≤ .148	F(1,70)=.041 p≤ .839
Vitalidade	F(1,70)=4.602 p≤ .035	F(1,70)=.000 p≤ .991	F(1,70)=.364 p≤ .548
Saúde Mental	F(1,70)=9.841 p≤ .002	F(1,70)=1,410 p≤ .239	F(1,70)=.012 p≤ .914

A ANOVA *between-subjects* 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só) não mostra qualquer efeito destas variáveis na variável saúde geral (F(1,70)=3.11, **p**≤ .082 e F(1,70)=.409, **p**≤ .525, respectivamente). Também não se observa nenhuma interação entre as duas variáveis para F(1,70)=.049, **p**≤ .825.

Relativamente à variável funcionamento físico, verifica-se um efeito da variável cirurgia sobre a mesma (F(1,70)=14.818, **p**≤ .082). No entanto, não se observa qualquer efeito do funcionamento físico sobre a variável coabitação (F(1,70)=1.711, **p**≤ .195) nem nenhuma interação entre a variável cirurgia e coabitação (F(1,70)=.444, **p**≤ .507).

A variável papel físico reflecte um efeito das variáveis cirurgia e coabitação ($F(1,70)=14.289$, $p \leq .000$ e $F(1,70)=5.221$, $p \leq .195$, respectivamente). No entanto, não se observa nenhuma interacção entre as duas variáveis para $F(1,70)=.434$, $p \leq .512$.

Nos resultados obtidos na ANOVA *between-subject* 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só) verifica-se um efeito da cirurgia na variável papel emocional ($F(1,70) = 11.025$, $p \leq .003$). Não se observa um efeito da variável coabitação sobre o papel emocional ($F(1,70) = 1.279$, $p \leq .710$) nem interacção entre as duas variáveis para $F(1,70) = .139$, $p \leq .710$.

O funcionamento social reflecte um efeito da variável cirurgia ($F(1,70) = 9.568$, $p \leq .003$). Relativamente ao efeito da variável coabitação sobre a mesma, não se verifica qualquer resultado significativo $F(1,70) = .189$, para $p \leq .665$. Também não se observa interacção entre as duas variáveis ($F(1,70) = .018$, $p \leq .893$).

Relativamente à variável dor física, verifica-se um efeito da variável cirurgia sobre a mesma $F(1,70) = 41.493$, $p \leq .000$. No entanto, não se observa qualquer efeito da dor física sobre a variável coabitação ($F(1,70) = 2.136$, $p \leq .148$) nem nenhuma interacção entre a variável cirurgia e coabitação ($F(1,70) = .041$, $p \leq .839$).

A variável vitalidade reflecte um efeito da variável cirurgia ($F(1,70) = 4.602$, $p \leq .035$). Contudo, não se verifica explicação da mesma pela variável coabitação ($F(1,70) = .000$, $p \leq .991$). Não se observa também qualquer interacção entre as duas variáveis cirurgia e coabitação para $F(1,70) = .364$, $p \leq .548$.

Com base no design 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só), a ANOVA *between-subjects* mostra um efeito sobre a variável saúde mental ($F(1,70) = 9.841$, $p \leq .002$). Nenhum outro efeito ou interacção foi observado $F(1,70) = 1.410$, $p \leq .239$, respectivamente à coabitação e $F(1,70) = .012$, $p \leq .914$, para cirurgia e coabitação.

5.3.2. Suporte Social

Quadro 23: Resultados Teste t de *Student* para Variáveis Cirurgia, Coabitação e Suporte Social

Suporte Social			M	SD	t	p
Satisfação com os amigos	Cirurgia	Sim	3.66	.677	-1.43	1.58
		Não	3.42	.730		
Intimidade	Coabitação	Só	3.07	.776	1.95	.056
		Acomp.	3.64	.656		
	Cirurgia	Sim	3.48	.748	-3.33	.740
		Não	3.41	.964		
Satisfação com a família	Coabitação	Só	2.63	1.120	-2.89	.011*
		Acomp.	3.62	.676		
	Cirurgia	Sim	4.07	.671	-2.02	.047*
		Não	3.73	.754		
Actividades sociais	Coabitação	Só	3.23	.904	-2.79	.014*
		Acomp.	4.06	.597		
	Cirurgia	Sim	3.01	.880	2.61	.011*
		Não	3.52	.809		
	Coabitação	Só	3.33	.942	.179	.859
		Acomp.	3.23	.874		

*Nível de significância $p \leq .05$

No Quadro 23, encontramos os resultados estatísticos do cruzamento entre as condições Cirurgia e Coabitação e o Suporte Social.

Na dimensão satisfação com os amigos verificou-se um efeito sobre a condição coabitação ($p=.056$). A variabilidade do suporte social – satisfação com os amigos é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 10,6% ($p \leq 0.19$), das duas variáveis a coabitação explica 28.6% para $p \leq .015$.

A intimidade surge como estatisticamente significativa para a coabitação ($p=.011$), no entanto no que diz respeito a cirurgia não existe interferência. A variabilidade do

suporte social – intimidade é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 20% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a coabitação explica 45.5% para $p \leq .000$.

A dimensão satisfação com a família apresenta diferenças estatisticamente significativas perante a cirurgia ($p=.047$) e coabitação ($p=.014$). A variabilidade do suporte social – satisfação com a família é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 21,1% ($p \leq 0.00$), das duas variáveis a coabitação explica 40.6% para $p \leq .000$.

Relativamente à dimensão actividades sociais a condição cirurgia apresenta valores estatisticamente significativos. A variabilidade do suporte social – actividades sociais é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 8,7% ($p \leq 0.40$), das duas variáveis a cirurgia explica -29.8% para $p \leq .012$.

Quadro 24: Resultados da ANOVA *between-subjects* para as variáveis suporte social.

2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só)			
Suporte Social	Cirurgia	Coabitação	Cirurgia x Coabitação
Satisfação com os Amigos	F(1,70)=1.584 p≤ .212	F(1,70)=4.506 p≤ .037	F(1,70)=.703 p≤ .404
Intimidade	F(1,70)=.246 p≤ .622	F(1,70)=13.291 p≤ .001	F(1,70)=1.542 p≤ .218
Satisfação com a Família	F(1,70)=.419 p≤ .520	F(1,70)=13.913 p≤ .000	F(1,70)=.269 p≤ .606
Actividades Sociais	F(1,70)=8.326 p≤ .005	F(1,70)=.343 p≤ .560	F(1,70)=2.135 p≤ .149

Com base no design 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só), foi calculada uma ANOVA *between-subject*. Observou-se um efeito da variável coabitação sobre a satisfação com os amigos ($F(1,70)=4.506$, $p \leq .037$, respectivamente).

Também não se observa nenhuma interacção entre as duas variáveis para $F(1,70) = 703$, $p \leq .404$.

Em relação à variável intimidade, também se verifica um efeito da variável coabitação sobre a mesma ($F(1,70) = 13.291$, $p \leq .001$), não se observando qualquer interacção entre as variáveis cirurgia e coabitação ($F(1,70) = 1.542$, $p \leq .218$).

A variável satisfação com a família reflecte um efeito da variável coabitação ($F(1,70) = 13.913$, $p \leq .000$). No entanto, não se observa nenhuma interacção entre as duas variáveis para $F(1,70) = 269$, $p \leq .606$.

Nos resultados obtidos na ANOVA *between-subject 2* (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só) verifica-se um efeito da cirurgia na variável actividades sociais ($F(1,70) = 8.326$, $p \leq .005$). No entanto, não se observa qualquer interacção entre as duas variáveis ($F(1,70) = 2.135$, $p \leq .149$).

5.3.3. Estratégias de Coping

Quadro 25: Resultados Teste t de Student para Variáveis Estratégias de Coping

Estratégias de Coping			M	SD	t	p
Auto-Controlo	Cirurgia	Sim	2.41	.281	.729	.468
		Não	2.47	.371		
	Coabitação	Só	2.61	.405	2.191	.032*
		Acomp.	2.40	.296		
Procura de Suporte Social	Cirurgia	Sim	2.48	.391	.074	.941
		Não	2.49	.334		
	Coabitação	Só	2.46	.383	-.272	.787
		Acomp.	2.49	.360		
Fuga e Evitamento	Cirurgia	Sim	2.07	0.415	-.080	.937
		Não	2.06	.489		
	Coabitação	Só	2.05	.311	-.123	.903
		Acomp.	2.06	.474		
Resolução Planeada do Problema	Cirurgia	Sim	2.50	.422	-.992	.325
		Não	2.40	.511		
	Coabitação	Só	2.44	.504	-.090	.929
		Acomp.	2.46	.462		
Reavaliação Positiva	Cirurgia	Sim	2.40	.407	-.569	.571
		Não	2.35	.367		
	Coabitação	Só	2.30	.466	-.762	.448
		Acomp.	2.40	.370		
Assumir a Responsabilidade	Cirurgia	Sim	2.37	.360	.147	.884
		Não	2.39	.481		
	Coabitação	Só	2.33	.408	-.467	.642
		Acomp.	2.40	.423		
Confrontativo	Cirurgia	Sim	2.08	.307	1.344	.183
		Não	2.19	.364		
	Coabitação	Só	2.20	.181	1.240	.223
		Acomp.	2.12	.361		
Distanciamento	Cirurgia	Sim	2.21	.205	-1.639	.105
		Não	2.01	.538		
	Coabitação	Só	1.96	.546	-1.155	.252
		Acomp.	2.15	.242		

*Nível de significância $p \leq .05$

A tabela permite verificar os resultados estatísticos entre as condições cirurgia e coabitação e as estratégias de *coping*.

A dimensão auto-controlo apresenta diferenças estatisticamente significativas perante a coabitação ($p=.032$). Nas outras dimensões não se verifica diferenças estatisticamente significativas.

A variabilidade da estratégia de *coping* - auto-controlo é explicada pelo conjunto das duas variáveis através do R^2 de 6,4% ($p \leq .096$), das duas variáveis a coabitação explica -24.3% para $p \leq .042$.

Quadro 26: Resultados da ANOVA *between-subjects* para as variáveis estratégias de *coping*.

2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só)			
Estratégias de Coping	Cirurgia	Coabitação	Cirurgia x Coabitação
Coping Auto-Controlo	F(1,70)=2.626 p≤ .110	F(1,70)=1.977 p≤ .164	F(1,70)=4.097 p≤ .047
Coping Procura Suporte Social	F(1,70)=0.17 p≤ .896	F(1,70)=.031 p≤ .860	F(1,70)=.108 p≤ .744
Coping Fuga e Evitamento	F(1,70)=.263 p≤ .610	F(1,70)=.017 p≤ .897	F(1,70)=.465 p≤ .497
Coping Resolução Planeada do Problema	F(1,70)=.108 p≤ .743	F(1,70)=.125 p≤ .725	F(1,70)=2.349 p≤ .130
Coping Reavaliação Positiva	F(1,70)=1.142 p≤ .289	F(1,70)=.086 p≤ .770	F(1,70)=1.230 p≤ .271
Coping Assumir Responsabilidade	F(1,70)=.061 p≤ .806	F(1,70)=.086 p≤ .771	F(1,70)=.381 p≤ .539
Coping Confrontativo	F(1,70)=.511 p≤ .477	F(1,70)=.359 p≤ .551	F(1,70)=.046 p≤ .830
Coping Distanciamento	F(1,70)=1.124 p≤ .293	F(1,70)=.626 p≤ .432	F(1,70)=.002 p≤ .967

*Nível de significância p≤.05

Com base no design 2 (Cirurgia: não vs. sim) x 2 (Coabitação: acompanhado vs. só), foi calculada uma ANOVA *between-subjects*. Não se observou qualquer efeito das duas variáveis na dimensão *coping* auto-controlo (**F** (1,70) =2.626, **p**≤.110 e **F** (1,70) =1.977, **p**≤.164, respectivamente). No entanto, verifica-se uma interacção entre as duas variáveis para **F** (1,70) =4.097, **p**≤.047.

Em relação às outras dimensões da escala de estratégias de *coping*, não se observou quaisquer efeitos e interacção sobre as mesmas.

5.4. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS

De forma a averiguar quais as correlações da condição sem cirurgia e só, sem cirurgia e acompanhado e com cirurgia e só, cirurgia e acompanhado com as escalas, utilizamos o coeficiente de Correlação de *Pearson*, cujos resultados apresentamos em seguida.

Quadro 27: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição sem cirurgia.

1. Saúde Geral	--								
2. Funcionamento Físico	n.s	--							
3. Papel Físico	n.s	.432**	--						
4. Papel Emocional	n.s	.338*	.790**	--					
5. Funcionamento Social	.368*	.580**	n.s	n.s	--				
6. Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	--			
7. Vitalidade	.609**	.673**	.348*	.379*	.667**	.443**	--		
8. Saúde Mental	.662**	.412*	n.s	n.s	.439**	.615**	.764**	--	
9. Estado de Saúde comparado com 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.452**	.421*	.422*	--
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1-Saúde Geral. 2- Funcionamento Físico. 3- Papel Físico. 4- Papel Emocional. 5- Funcionamento Social. 6-Dor Física. 7- Vitalidade. 8- Saúde Mental. 9 – Estado de saúde comparado a 1 ano.

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s valores que não são significativos

A análise do quadro 27 mostra que a dimensão vitalidade correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as outras dimensões da qualidade de vida, exceptuando a saúde mental e o estado de saúde comparado com 1 ano.

As dimensões papel físico, papel emocional, funcionamento social e saúde mental correlacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o funcionamento social, o que explica que se uma destas dimensões for melhorada, o funcionamento social também melhora.

Verifica-se, também, que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o estado de saúde actual comparado com 1 ano e as dimensões dor física, vitalidade e saúde mental.

Quadro 28: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e só.

1. Saúde Geral	--								
2. Funcionamento Físico	n.s	--							
3. Papel Físico	n.s	n.s	--						
4. Papel Emocional	n.s	n.s	.911**	--					
5. Funcionamento Social	n.s	n.s	n.s	n.s	--				
6. Dor Física	n.s	.741*	n.s	n.s	n.s	--			
7. Vitalidade	.732*	.824**	n.s	n.s	.754*	.674*	--		
8. Saúde Mental	.898**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.859*	--	
9. Estado de Saúde comparado com 1 ano	n.s	.745*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1-Saúde Geral. 2- Funcionamento Físico. 3- Papel Físico. 4- Papel Emocional. 5- Funcionamento Social. 6-Dor Física. 7- Vitalidade. 8- Saúde Mental. 9 – Estado de saúde comparado a 1 ano.

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s valores que não são significativos

Existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a qualidade de vida – saúde geral com vitalidade e saúde mental, isto é, quanto maior for a saúde geral, maior será a vitalidade do indivíduo e a sua saúde mental. Observa-se também, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a qualidade de vida – dor física, vitalidade e comparando com o estado de saúde de 1 ano atrás, face ao funcionamento físico, entre a papel emocional e o papel físico, entre a vitalidade e o funcionamento social e entre a saúde mental e a vitalidade.

Quadro 29: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição sem cirurgia e acompanhado.

1. Saúde Geral	--								
2. Funcionamento Físico	n.s	--							
3. Papel Físico	n.s	n.s	--						
4. Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	--					
5. Funcionamento Social	.403*	.592**	n.s	n.s	--				
6. Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	--			
7. Vitalidade	.571**	.599**	n.s	n.s	.704**	n.s	--		
8. Saúde Mental	.601**	n.s	n.s	n.s	.439*	.618**	.731**	--	
9. Estado de Saúde comparado com 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.446*	.444*	.441*	--
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1-Saúde Geral. 2- Funcionamento Físico. 3- Papel Físico. 4- Papel Emocional. 5- Funcionamento Social. 6-Dor Física. 7- Vitalidade. 8- Saúde Mental. 9 – Estado de saúde comparado a 1 ano.

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s valores que não são significativos

O quadro 29 mostra que as dimensões papel físico e papel emocional não se correlacionam com nenhuma outra dimensão da escala. A dimensão vitalidade correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as outras dimensões da qualidade de vida.

A dimensão saúde mental correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a saúde geral, funcionamento físico e social, dor física e vitalidade, o que explica que se uma destas dimensões for melhorada, a saúde mental também melhora.

Verifica-se, também, que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o estado de saúde actual comparado com 1 ano e as dimensões dor física, vitalidade e saúde mental.

Quadro 30: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição com cirurgia.

1. Saúde Geral	--								
2. Funcionamento Físico	n.s	--							
3. Papel Físico	.399*	.594**	--						
4. Papel Emocional	n.s	.418**	.716**	--					
5. Funcionamento Social	.328*	.665**	.708**	.792**	--				
6. Dor Física	n.s	.443**	.592**	.481**	.548**	--			
7. Vitalidade	.510**	.715**	.514**	.399*	.651**	.430**	--		
8. Saúde Mental	.601**	.498**	.619**	.486**	.654**	.619**	.749**	--	
9. Estado de Saúde comparado com 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1-Saúde Geral. 2- Funcionamento Físico. 3- Papel Físico. 4- Papel Emocional. 5- Funcionamento Social. 6-Dor Física. 7- Vitalidade. 8- Saúde Mental. 9 – Estado de saúde comparado a 1 ano.

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s valores que não são significativos

Os resultados do quadro 30 mostram que todas as dimensões da escala apresentam correlações positivas e estatisticamente significativas, à excepção do estado de saúde actual comparado com 1 ano.

- Correlação de Qualidade de Vida para os doentes com cirurgia e só

Não existem correlações entre as várias dimensões da escala para a condição com cirurgia e só.

Quadro 31: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de qualidade de vida para a condição com cirurgia e acompanhado.

1. Saúde Geral	--								
2. Funcionamento Físico	n.s	--							
3. Papel Físico	.465*	.627**	--						
4. Papel Emocional	n.s	.455**	.705**	--					
5. Funcionamento Social	.387*	.686**	.705**	.798**	--				
6. Dor Física	n.s	.463**	.558**	.462**	.525**	--			
7. Vitalidade	.562**	.731**	.587**	.431**	.682**	.489**	--		
8. Saúde Mental	.588**	.486**	.605**	.483**	.638**	.613**	.775**	--	
9. Estado de Saúde comparado com 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.355*	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1-Saúde Geral. 2- Funcionamento Físico. 3- Papel Físico. 4- Papel Emocional. 5- Funcionamento Social. 6-Dor Física. 7- Vitalidade. 8- Saúde Mental. 9 – Estado de saúde comparado a 1 ano.

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s valores que não são significativos

O quadro 31 permite observar que todas as dimensões da escala apresentam correlações positivas e estatisticamente significativas, à excepção do estado de saúde actual comparado com 1 ano, na dimensão vitalidade e saúde mental.

Quadro 32: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social com cirurgia.

1. Satisfação com os Amigos	--			
2. Intimidade	.428**	--		
3. Satisfação com a Família	.576**	.320*	--	
4. Actividades Sociais	.411**	n.s	n.s	--
	1	2	3	4

1-Satisfação com os amigos. 2- Intimidade. 3- Satisfação com a família. 4- Actividades sociais.

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s. valores não significativos

De acordo com o quadro 32 e no que diz respeito às relações entre as dimensões do suporte social contemplados pela Escala de Satisfação com o Suporte Social, verificou-se que a dimensão que se correlacionou mais e melhor foi a satisfação com os amigos – boa correlação com a intimidade, satisfação com a família e as actividades sociais.

Quadro 33: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de satisfação com suporte social com cirurgia e só.

1. Satisfação com os Amigos	--			
2. Intimidade	.957*	--		
3. Satisfação com a Família	.980*	.987*	--	
4. Atividades Sociais	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4

1-Satisfação com os amigos. 2- Intimidade. 3- Satisfação com a família. 4- Atividades sociais.

* p <0.05 n.s. valores não significativos

A análise do quadro 33 revela que a dimensão satisfação com os amigos correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a intimidade, satisfação com a família. A dimensão atividades sociais não se correlaciona com nenhuma outra dimensão da escala.

Quadro 34: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala da satisfação com suporte social com cirurgia e acompanhado.

1. Satisfação com os Amigos	--			
2. Intimidade	.380*	--		
3. Satisfação com a Família	.564**	n.s	--	
4. Atividades Sociais	.406*	n.s	n.s	--
	1	2	3	4

1-Satisfação com os amigos. 2- Intimidade. 3- Satisfação com a família. 4- Atividades sociais.

** p <0.01 * p <0.05 n.s. valores não significativos

O quadro 34 permite observar que a dimensão satisfação com os amigos, continua a correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a intimidade, satisfação com a família e atividades sociais.

Quadro 35: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala da satisfação com suporte social sem cirurgia.

1. Satisfação com os Amigos	--			
2. Intimidade	.809**	--		
3. Satisfação com a Família	.769**	.748**	--	
4. Actividades Sociais	.430**	n.s	n.s	--
	1	2	3	4

1-Satisfação com os amigos. 2- Intimidade. 3- Satisfação com a família. 4- Actividades sociais.

** p <0.01 * p <0.05

A análise do quadro35 revela que a dimensão satisfação com os amigos, continua a correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a intimidade, satisfação com a família e actividades sociais.

Quadro 36: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala da satisfação com suporte social sem cirurgia e só.

1. Satisfação com os Amigos	--			
2. Intimidade	.725*	--		
3. Satisfação com a Família	.883**	.875**	--	
4. Actividades Sociais	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4

1-Satisfação com os amigos. 2- Intimidade. 3- Satisfação com a família. 4- Actividades sociais.

** p <0.01 * p <0.05

No quadro 36 pode observar-se que a dimensão satisfação com os amigos correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a intimidade e satisfação com a família. A dimensão actividades sociais não se correlaciona com nenhuma das outras dimensões da escala.

Quadro 37: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala da satisfação com suporte social sem cirurgia e acompanhado.

1. Satisfação com os Amigos	--			
2. Intimidade	.821**	--		
3. Satisfação com a Família	.606**	.508**	--	
4. Actividades Sociais	.534**	.595*	n.s	--
	1	2	3	4

1-Satisfação com os amigos. 2- Intimidade. 3- Satisfação com a família. 4- Actividades sociais.

** p <0.01 * p <0.05 n.s. valores não significativos

O quadro 37 mostra que a dimensão satisfação com os amigos correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a intimidade, satisfação com a família e com as actividades sociais. Verifica-se nesta condição que existe uma correlação positiva e fortemente significativa ente a dimensão intimidade e a satisfação com a família e actividades sociais, ou seja, quanto melhor forem as relações estabelecidas na intimidade, melhor serão as relações com a família e o desenvolvimento de actividades sociais.

- Correlação da escala de estratégias de *coping* para os doentes sem cirurgia e acompanhados.

Não existência de quaisquer correlações significativas no que diz respeito às dimensões da escala de estratégias de *coping*, para a condição sem cirurgia e só.

Quadro 38: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de *coping* para a condição sem cirurgia e acompanhado.

1. Auto-Controlo	--							
2. Procura S.Social	n.s	--						
3. Fuga Evitamento	n.s	n.s	--					
4. Res. Plan. Prob.	.598 **	.689**	n.s	--				
5. Reav. Positiva	n.s	.547**	n.s	.573**	--			
6. Assumir Resp.	n.s	.451*	.515**	.523**	.389*	--		
7. Confrontativo	n.s	.496**	n.s	.435*	n.s	.700**	--	
8. Distanciamento	.636**	n.s	.731**	n.s	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8

1-*Coping* Auto-controlo. 2- *Coping* Procura de suporte social. 3- *Coping* Fuga e Evitamento. 4- *Coping* Resolução planeado do problema. 5- *Coping* Reavaliação positiva. 6- *Coping* Assumir a responsabilidade. 7- *Coping* Confrontativo. 8- *Coping* Distanciamento.

** p <0.01 * p <0.05

O quadro 38 dá-nos a informação que existe um maior número de correlações positivas e significativas no que diz respeito à relação entre as variáveis sem cirurgia e acompanhado com a escala de estratégias de *coping*. Verificamos que o *coping* procura do suporte social se correlaciona de forma positiva, estatisticamente significativa com o *coping* resolução planeada do problema, reavaliação positiva, assumir a responsabilidade e o *coping* confrontativo. Também em relação ao *coping* resolução planeada do problema, este correlaciona-se de forma positiva com o *coping* reavaliação positiva, assumir a responsabilidade e o *coping* confrontativo. Existe uma forte correlação na relação do *coping* assumir responsabilidade com o *coping* confrontativo.

- Correlação da escala de estratégias de *coping* para os doentes com cirurgia e só.

No que diz respeito às relações entre as dimensões da escala de estratégias de *coping*, para a condição com cirurgia e só, verificou-se que não existem correlações.

Quadro 39: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de *coping* para a condição com cirurgia e acompanhado.

1. Auto-Controlo	--							
2. Procura S.Social	n.s	--						
3. Fuga Evitamento	.364*	n.s	--					
4. Res. Plan. Prob.	n.s	.474**	n.s	--				
5. Reav. Positiva	n.s	n.s	n.s	.388*	--			
6. Assumir Resp.	.377*	n.s	.339*	n.s	n.s	--		
7. Confrontativo	.546**	n.s	n.s	n.s	n.s	.549**	--	
8. Distanciamento	.393*	n.s	n.s	.602**	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8

1-*Coping* Auto-controlo. 2- *Coping* Procura de suporte social. 3- *Coping* Fuga e Evitamento. 4- *Coping* Resolução planeada do problema. 5- *Coping* Reavaliação positiva. 6- *Coping* Assumir a responsabilidade. 7- *Coping* Confrontativo. 8- *Coping* Distanciamento.

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Constatamos através da leitura do quadro 39, que os doentes com cirurgia e que vivem acompanhados, na dimensão *coping* resolução planeada do problema, apresentam correlações positivas e significativas com o *coping* distanciamento. O *coping* auto-controlo correlaciona-se de forma positiva e significativa com o *coping* fuga e evitamento, *coping* confrontativo e distanciamento.

Na dimensão procura de suporte social verifica-se que quanto maior é a procura de suporte social, maior é a necessidade de uma resolução planeada do problema. Na dimensão *coping* assumir a responsabilidade, verifica-se uma correlação positivas e significativa com o *coping* confrontativo, o que quer dizer que quanto maior for o assumir da responsabilidade face ao problema maior será o esforço agressivo de alteração a essa situação. O *coping* reavaliação positiva não se correlaciona com qualquer dimensão do questionário de estratégias de *coping*, tal como o *coping* confrontativo com o distanciamento.

Quadro 40: Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de estratégias de *coping* para a condição sem cirurgia.

1. Auto-Controlo	--							
2. Procura S.Social	n.s	--						
3. Fuga Evitamento	n.s	n.s	--					
4. Res. Plan. Prob.	.590**	.570**	n.s	--				
5. Reav. Positiva	n.s	.526**	n.s	.363*	--			
6. Assumir Resp.	n.s	.360*	.383*	.478**	n.s	--		
7. Confrontativo	n.s	.453**	n.s	.369*	n.s	.570**	--	
8. Distanciamento	.400*	n.s	.672**	n.s	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8

1-*Coping* Auto-controlo. 2- *Coping* Procura de suporte social. 3- *Coping* Fuga e Evitamento. 4- *Coping* Resolução planeado do problema. 5- *Coping* Reavaliação positiva. 6- *Coping* Assumir a responsabilidade. 7- *Coping* Confrontativo. 8- *Coping* Distanciamento.

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Analisando a tabela 40, observa-se que os doentes sem cirurgia atribuem maior importância à dimensão procura de suporte social, seguida da resolução planeada do problema. A dimensão resolução planeada do problema e o distanciamento, mostra uma correlação positiva e estatisticamente significativa, face à dimensão auto-controlo. O coping confrontativo surge correlacionado, de forma positiva e significativa, com a dimensão assumir a responsabilidade. A dimensão reavaliação positiva não revela nenhuma correlação entre as diferentes dimensões do questionário.

5.5. Correlação de Pearson entre as dimensões das escalas e as condições

Quadro 41: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Estratégias de *Coping* para a condição sem cirurgia.

Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Auto Controlo	n.s	n.s	n.s	n.s
Procura Suporte Social	.365*	n.s	n.s	.617**
Fuga e Evitamento	n.s	n.s	n.s	n.s
Resolução Planeada do Problema	n.s	n.s	n.s	.678**
Reavaliação Positiva	.342*	.388*	n.s	n.s
Assumir a Responsabilidade	n.s	n.s	n.s	n.s
Confrontativo	n.s	n.s	n.s	.344*
Distanciamento	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Como podemos observar pelos valores apresentados na tabela, existem correlações positivas entre as dimensões, excepto na dimensão família.

É de realçar que as dimensões de coping auto-controlo, fuga e evitamento, assumir responsabilidade e distanciamento não apresentam qualquer correlação com as outras dimensões da escala satisfação com o suporte social. Isto é, a sua utilização não altera a percepção subjectivo do suporte social. Também podemos verificar que de todas as variáveis avaliadas pela escala de satisfação com o suporte social, os amigos, intimidade e actividades sociais é que apresentam correlações significativas com algumas dimensões das estratégias de *coping*. A dimensão família não apresenta qualquer correlação com as dimensões da escala de estratégias de *coping*.

Quadro 42: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* e o Questionário de Qualidade de vida para a condição sem cirurgia.

Questionário de Qualidade de Vida	Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>								
	Auto Controlo	Procura Sup. Social	Fuga e Evitam.	Res. do Problema.	Plan.	Reavaliação Positiva	Assumir a Resp.	Confrontativo	Distanciamento
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Estado de Saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	n.s	.442**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Físico	n.s	.550**	.337*	n.s	n.s	.546**	n.s	n.s	.431**
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Social	n.s	.362*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	.445**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	n.s	.366*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Através da tabela podemos observar que existem correlações estatisticamente significativas em várias dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* com as dimensões da Qualidade de Vida. Na análise da correlação entre escalas, observa-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa em quase todas as dimensões do Questionário de Qualidade de Vida com a dimensão procura de suporte social do Questionário de Estratégias de *Coping*. Nas dimensões auto-controlo, resolução planeada do problema, assumir a responsabilidade e coping confrontativo, não existe qualquer correlação entre os dois questionários.

Quadro 43: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala Satisfação com o suporte Social e o Questionário de Qualidade de vida para a condição sem cirurgia.

Questionário de Qualidade de Vida	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Estado de saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	.566**	.513**	.524**	.456**
Funcionamento Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	-.386*	n.s
Papel Emocional	.342*	-.337*	n.s	n.s
Funcionamento Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	.366*	n.s	n.s	.400*
Saúde Mental	.424*	n.s	n.s	.514**

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

No quadro 43, observam-se correlações positivas entre as dimensões amigos e actividades sociais entre os dois questionários. Ao nível do papel emocional, saúde geral e mental e vitalidade, os doentes sem cirurgia apresentam maior apoio das pessoas que lhe são mais próximas, nomeadamente os amigos.

A saúde geral apresenta correlações bastante significativas nas quatro dimensões do suporte social, o que indica que os doentes sem cirurgia vêm a sua saúde geral afectada, procurando apoio nas várias dimensões do suporte social. É de revelar que na dimensão papel emocional com a intimidade, a correlação está orientada no sentido inverso, isto é, quanto mais se considera o papel emocional menor será a intimidade. O mesmo se processa na dimensão papel físico com a família, em que quanto mais se considera o papel físico menor será a satisfação com o suporte social com a família.

Quadro 44: Correlação de Pearson entre as dimensões da Escala de Estratégias de *Coping* para a condição com cirurgia.

1. Auto-Controlo	--							
2. Procura S.Social	n.s	--						
3. Fuga Evitamento	.321*	n.s	--					
4. Res. Plan. Prob.	.342*	.392*	n.s	--				
5. Reav. Positiva	n.s	.403*	n.s	n.s	--			
6. Assumir Resp.	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	--		
7. Confrontativo	.485**	n.s	n.s	n.s	n.s	.559**	--	
8. Distanciamento	.428**	n.s	n.s	.608**	n.s	n.s	n.s	--
	1	2	3	4	5	6	7	8

1-*Coping* Auto-controlo. 2- *Coping* Procura de suporte social. 3- *Coping* Fuga e Evitamento. 4- *Coping* Resolução planeado do problema. 5- *Coping* Reavaliação positiva. 6- *Coping* Assumir a responsabilidade. 7- *Coping* Confrontativo. 8- *Coping* Distanciamento.

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

A análise dos resultados obtidos mostra que existe uma correlação muito significativa na dimensão auto-controlo. Observa-se que o doente consegue desenvolver esforços para resolver o problema, à partida irá minimizar a situação em que está envolvido. Se o doente lidar com os seus próprios sentimentos, irá conseguir desenvolver esforços cognitivos e comportamentos desejados, para evitar o problema e ao mesmo tempo faz esforços paea alterar a situação, gerindo um certo grau de hostilidade e risco, tentando minimizar a situação. Não se observa correlação na dimensão reavaliação positiva.

Quadro 45: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Estratégias de Coping para a condição com cirurgia.

Questionário de

Escala de Satisfação com o Suporte Social

Estratégias de Coping	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Auto Controlo	n.s	n.s	n.s	.375*
Procura Suporte Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Fuga e Evitamento	n.s	n.s	n.s	n.s
Resolução Planeada do Problema	n.s	n.s	n.s	.436**
Reavaliação Positiva	n.s	n.s	n.s	n.s
Assumir a Responsabilidada	n.s	n.s	n.s	n.s
Confrontativo	n.s	n.s	n.s	n.s
Distanciamento	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

No geral não existem correlações, exceptuando a dimensão procura de suporte social com as actividades sociais e a resolução planeada do problema com as actividades sociais. Os doentes com cirurgia consideram que quanto maior for o seu auto-controlo, mais disponíveis estarão para as actividades sociais, o mesmo se aplica à dimensão resolução planeada do problema.

Quadro 46: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* e o Questionário de Qualidade de vida para a condição com cirurgia.

Questionário de Qualidade de Vida	Questionário de Estratégias de Coping								
	Auto Controlo	Procura Sup. Social	Fuga e Evitam.	Res. do Problema.	Plan.	Reavaliação Positiva	Assumir a Resp.	Confrontativo	Distanciamento
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Estado de Saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	n.s	.484**	n.s	.426**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.367*	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.372*	n.s	n.s	n.s
Func. Social	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.366*	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	-.359*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	.373*	-.326*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	n.s	n.s	n.s	.351*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

** p < 0.01 * p < 0.05 n.s valores que não são significativos

Os indivíduos submetidos a cirurgia percebem um melhoramento na saúde geral e a vitalidade, através do recurso das pessoas que lhe são mais próximas para dar apoio na evolução favorável do quadro e resolvendo cada situação de forma planeada. É de referir a existência de correlações negativas estatisticamente significativas na dimensão dor física e vitalidade com fuga e evitamento, ou seja, quanto pior for a dor física e a vitalidade, mais será o recurso à fuga e evitamento.

Nesta análise observa-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as dimensões que interferem com o trabalho ou outras actividades de vida diária (papel físico, papel emocional, funcionamento social) com a dimensão reavaliação positiva.

Quadro 47: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala Satisfação com o suporte Social e o Questionário de Qualidade de vida para a condição com cirurgia.

Questionário de Qualidade de Vida	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Estado de saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	n.s	n.s	n.s	.336*
Funcionamento Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	.364*	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	.415*	n.s	n.s
Funcionamento Social	n.s	.473*	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	.376*	.411**	n.s	.387*
Saúde Mental	.380*	.465**	n.s	.388*

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Através da leitura do quadro podemos observar que existem correlações positivas e estatisticamente significativas nas dimensões da escala de satisfação com o suporte social (amigos, intimidade e actividades sociais) com o papel físico, vitalidade, saúde mental, papel emocional, funcionamento social e saúde geral). Constata-se na dimensão família que não existem correlações.

Quadro 48: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Estratégias de *Coping* para a condição sem cirurgia e só.

Questionário de Estratégias de Coping	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Auto Controlo	n.s	n.s	n.s	n.s
Procura Suporte Social	n.s	n.s	n.s	.713*
Fuga e Evitamento	n.s	n.s	n.s	n.s
Resolução Planeada do Problema	n.s	n.s	n.s	n.s
Reavaliação Positiva	n.s	.673*	.797*	n.s
Assumir a Responsabilidade	n.s	n.s	n.s	n.s
Confrontativo	.803**	n.s	.782*	n.s
Distanciamento	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

No quadro 48 observa-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa na dimensão coping confrontativo com os amigos, na dimensão coping reavaliação positiva

com intimidade, na dimensão coping confrontativo com família e coping procura de suporte social com as actividades sociais.

Quadro 49: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* e o Questionário de Qualidade de vida para a condição sem cirurgia e só.

Questionário de Qualidade de Vida	Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>								
	Auto Controlo	Procura Sup. Social	Fuga e Evitam.	Res. do Problema.	Plan.	Reavaliação Positiva	Assumir a Resp.	Confrontativo	Distanciamento
Estado de Saúde comparado à 1 ano	r n.s	r n.s	r n.s	r n.s	r n.s	r .821**	r n.s	r n.s	r n.s
Saúde Geral	n.s	.754*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.367*	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.372*	n.s	n.s	n.s
Func. Social	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.366*	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	.818**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	n.s	.765*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos.

Não se observam correlações estatisticamente significativas nas dimensões auto-controlo, fuga e evitamento, resolução planeada do problema, assumir a responsabilidade, coping confrontativo e distanciamento face à qualidade de vida. No entanto, como se observa uma maior saúde geral e também vitalidade e saúde mental, há uma procura de apoio no suporte social.

Relativamente à reavaliação positiva, é importante referir que a única dimensão que apresenta correlação positiva e estatisticamente significativa com o estado de saúde comparado a um ano, ou seja, para os indivíduos sem cirurgia e só, quanto pior for o seu estado de saúde maior será a necessidade de criar pensamentos positivos face à situação actual.

Quadro 50: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala Satisfação com o suporte Social e o Questionário de Qualidade de vida para a condição sem cirurgia e só.

Questionário de Qualidade de Vida	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Estado de saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	.771*	.744*	n.s	n.s
Funcionamento Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s
Funcionamento Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	.812**	.737*	.759*	.710*

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

No quadro 50 observa-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a saúde mental e todas as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social, bem como a saúde geral, a dimensão amigos e a intimidade. Quanto melhor for a percepção da saúde geral, melhor será a percepção do suporte social com os amigos, intimidade e actividades sociais. Assim, os doentes sem cirurgia e só demonstram, na sua totalidade, disporem de necessidade de estabelecerem relações afectivas.

Quadro 51: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Estratégias de *Coping* para a condição sem cirurgia e acompanhado.

Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Auto Controlo	n.s	n.s	n.s	n.s

Procura Suporte Social	n.s	n.s	n.s	.613**
Fuga e Evitamento	n.s	n.s	n.s	n.s
Resolução Planeada do Problema	.458*	.403*	n.s	.718**
Reavaliação Positiva	n.s	n.s	.797*	457*
Assumir a Responsabilidade	n.s	n.s	n.s	n.s
Confrontativo	n.s	n.s	.782*	n.s
Distanciamento	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

No quadro 51 observam-se correlações positivas e estatisticamente significativas no que diz respeito às actividades sociais. Os indivíduos sem cirurgia e acompanhado procuram nas actividades sociais um apoio social, uma forma facilitadora de resolução de problemas e uma forma de reavaliar positivamente a sua situação.

Quadro 52: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* e o Questionário de Qualidade de vida para a condição sem cirurgia e acompanhado.

Questionário de Qualidade de Vida	Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>								
	Auto Controlo	Procura Sup. Social	Fuga e Evitam.	Res. do Problema.	Plan.	Reavaliação Positiva	Assumir a Resp.	Confrontativo	Distanciamento
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Estado de Saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s		.821**	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	.416*	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	.415*
Func. Físico	.496**	.573*	.398*	.417*		.601*	n.s	n.s	.534**
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Social	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos.

Através da análise do quadro anterior, podemos observar que existem correlações positivas e estatisticamente significativas em quase todas as dimensões do questionário de estratégias de *coping* , face ao funcionamento físico.

O papel emocional encontra-se correlacionado de forma negativa com a resolução planeada do problema, o que significa que quanto mais se considera o papel emocional

menor serão os esforços que o doente faz para resolver e alterar a situação. Também se observa uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a reavaliação positiva com o estado de saúde, comparando com um ano atrás, o que significa que os indivíduos sem cirurgia e acompanhados têm necessidade de pensar de forma positiva face à situação.

Quadro 53: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Qualidade de vida para a condição sem cirurgia e acompanhado.

Questionário de Qualidade de Vida	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Estado de saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	.499*	.493*	.456*	.417*
Funcionamento Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s
Funcionamento Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	.424*	.420*	.759*	.433*

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Como se pode observar pela análise do quadro, existem correlações estatisticamente significativas na dimensão saúde geral e saúde mental com todas as dimensões da escala de satisfação com o suporte social. Para as outras dimensões das duas escalas não existem correlações estatisticamente significativas.

Quadro 54: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Estratégias de *Coping* para a condição com cirurgia e só.

Questionário de Estratégias de Coping	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Auto Controlo	n.s	n.s	n.s	n.s
Procura Suporte Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Fuga e Evitamento	n.s	n.s	n.s	n.s
Resolução Planeada do	n.s	n.s	n.s	n.s

Problema				
Reavaliação Positiva	n.s	n.s	n.s	
Assumir a Responsabilidade	n.s	n.s	n.s	-1.000**
Confrontativo	n.s	n.s	n.s	n.s
Distanciamento	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Através da análise do quadro podemos observar a não existência de correlações nas dimensões das duas escalas, excepto a dimensão *coping assumir a responsabilidade* com a dimensão *actividades sociais*, em que a correlação está orientada no sentido inverso, ou seja, quanto se considera assumir a responsabilidade face à situação menor será a tendência para desenvolver actividades sociais.

Quadro 55: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* e o Questionário de Qualidade de vida para a condição com cirurgia e só.

Questionário de Qualidade de Vida	Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>								
	Auto Controlo	Procura Sup. Social	Fuga e Evitam.	Res. do Problema.	Plan.	Reavaliação Positiva	Assumir a Resp.	Confrontativo	Distanciamento
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Estado de Saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	.968*		n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Físico	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Social	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos.

Podemos observar que o quadro 55 mostra que não existem correlações entre as várias dimensões das duas escalas, exceptuando o *estado de saúde actual comparado com 1 ano* com o *coping resolução planeada do problema*, que apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa.

Quadro 56: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala Satisfação com o suporte Social e o Questionário de Qualidade de vida para a condição com cirurgia e só.

Questionário de Qualidade de Vida	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Estado de saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	-.962*	n.s
Saúde Geral	n.s	n.s	n.s	n.s
Funcionamento Físico	.981*	.968*	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s
Funcionamento Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	.956*	.953*	n.s
Saúde Mental	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

O quadro 56 revela correlações positivas e estatisticamente significativas entre a dimensão funcionamento físico e a dimensão amigos e a dimensão íntimidade da escala de satisfação com o suporte social e entre a dimensão vitalidade e a dimensão íntimidade, ou seja, quanto melhor for o funcionamento físico do doente melhor será a sua relação com os amigos e na intimidade e quanto melhor for a sua vitalidade melhor será a sua intimidade e relação familiar. Observa-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o estado de saúde actual comparado com 1 ano e a dimensão família, ou seja, quanto pior for o seu estado de saúde maior será a necessidade do doente criar laços familiares.

Quadro 57: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Estratégias de *Coping* para a condição com cirurgia e acompanhado.

Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Auto Controlo	n.s	n.s	n.s	.356*
Procura Suporte Social	n.s	n.s	n.s	n.s
Fuga e Evitamento	n.s	-.343*	n.s	n.s
Resolução Planeada do Problema	n.s	n.s	n.s	.412*
Reavaliação Positiva	n.s	n.s	n.s	
Assumir a Responsabilidade	n.s	n.s	n.s	n.s
Confrontativo	n.s	n.s	n.s	n.s
Distanciamento	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

A dimensão *coping fuga e evitamento* correlaciona-se de forma estatisticamente negativa com a dimensão *intimidade*, o que significa quanto menor for a fuga e evitamento maior será a intimidade. Não existe correlação entre as várias dimensões da escala de estratégias de *coping* e as dimensões *amigos* e *família* da escala de satisfação com o suporte social. Verifica-se, também, correlações positivas e estatisticamente significativas entre a dimensão *coping auto-controlo* e *actividades sociais* e *coping resolução planeada do problema* e as *actividades sociais*, quanto maior for a sua capacidade de regular os próprios sentimentos e acções maior será a capacidade de desenvolver actividades sociais e melhor será a capacidade de analisar os problemas.

Quadro 58: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do Questionário de Estratégias de *Coping* e o Questionário de Qualidade de vida para a condição com cirurgia e acompanhado.

Questionário de Qualidade de Vida	Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>								
	Auto Controlo	Procura Sup. Social	Fuga e Evitam.	Res. do Problema.	Plan.	Reavaliação Positiva	Assumir a Resp.	Confrontativo	Distanciamento
	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Estado de Saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	n.s	.453**	n.s	.458**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Emocional	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Func. Social	n.s	n.s	-.371*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Dor Física	n.s	n.s	-.430**	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Vitalidade	n.s	.387*	-.367*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Mental	n.s	n.s	n.s	.416	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos.

Podemos observar pelos valores do quadro existem correlações negativas e estatisticamente significativas nas dimensões funcionamento social, dor física e vitalidade face à dimensão coping fuga e evitamento, ou seja, quanto pior for o funcionamento social, dor física e vitalidade será a necessidade de fuga e evitamento. Existem correlações positivas e estatisticamente significativas na dimensão saúde geral e o coping procura do suporte social e coping resolução planeada do problema.

Quadro 59: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala Satisfação com o suporte Social e o Questionário de Qualidade de vida para a condição com cirurgia e acompanhado.

Questionário de Qualidade de Vida	Escala de Satisfação com o Suporte Social			
	Amigos	Íntimidade	Família	Act. Sociais
	r	r	r	r
Estado de saúde comparado à 1 ano	n.s	n.s	n.s	n.s
Saúde Geral	.426*	n.s	.338*	.405*
Funcionamento Físico	n.s	n.s	n.s	n.s
Papel Físico	.455**	.431*	.402*	.340*
Papel Emocional	n.s	.536**	n.s	n.s
Funcionamento Social	n.s	.533**	n.s	n.s
Dor Física	n.s	.342*	n.s	n.s
Vitalidade	.350*	.358*	n.s	.405*
Saúde Mental	.403*	.517**	.338*	.410*

** p <0.01 * p <0.05 n.s valores que não são significativos

Constatamos da análise do quadro que existem correlações estatisticamente significativas entre as quatro dimensões da escala satisfação com o suporte social, o papel físico e a saúde mental. A dimensão intimidade está correlacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões papel físico, papel emocional, funcionamento social, dor física, vitalidade e saúde mental. Nas dimensões actividades sociais e família, a saúde geral, papel físico, vitalidade e a saúde geral correlacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa, ou seja, quanto melhor o doente estiver em qualquer uma das dimensões melhor será a relação que desenvolve ao nível familiar e nas actividades sociais.

5.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de iniciarmos a discussão dos resultados, consideramos importante relembrar que o nosso estudo incidiu, também, sobre algumas questões relacionadas com qualidade de vida, suporte social, estratégias de *coping* em doentes com coxartrose e artroplastia total da anca. Depois de analisadas, serviram-nos de apoio e tornaram o nosso estudo mais concebível, de forma a compreender as nossas questões de investigação.

Nesta discussão procuraremos retomar os resultados encontrados com base nas respostas dos 74 inquiridos, integrando, sempre que possível, a informação teórica e empírica descrita nos capítulos anteriores.

A escolha das escalas utilizadas (Escala de Satisfação com o Suporte Social, Questionário da Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Questionário de Estratégias de *Coping*), prende-se com o interesse de utilizar instrumentos de medida desenvolvidos no âmbito da psicologia e transpô-los para a saúde, avaliando assim o impacto de várias variáveis em doentes submetidos a intervenção cirúrgica.

Estudámos uma amostra entre géneros, com idades compreendidas entre os 36 e 92 anos, cuja média de idades é de 70,50 anos com coxartrose e artroplastia total da anca. Os referenciais teóricos indicam que a fase de pós-diagnóstico é uma fase de crise, em que as pessoas necessitam de grande suporte, em especial emocional, para poderem enfrentar esta situação ameaçadora, tornando-a menos lesiva para o seu bem-estar e identidade pessoal (Samanel *et. al*, 1998, Santos *et. al*, 1994, Ward *et. al*, 1991, *cit. in* Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Assim, analisamos a influência das variáveis qualidade de vida, suporte social e estratégias de *coping* sobre as condições cirurgia (não vs sim) e coabitação (só vs acompanhado) em indivíduos com coxartrose e artroplastia total da anca, mais

precisamente, pretendemos analisar que estratégias de *coping* e que dimensões do suporte social recorrem para que a qualidade de vida se torne mais satisfatória.

A escala de **qualidade de vida** revela diferenças entre as duas condições (cirurgia e coabitação). A condição cirurgia surge como factor estatisticamente significativo para a qualidade de vida, sendo valorizadas todas as dimensões da escala, à excepção da dimensão saúde geral. Não se verifica, no entanto, qualquer interacção entre as duas condições (cirurgia e coabitação). No que diz respeito às correlações efectuadas, verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa na condição cirurgia em todas as dimensões da escala. Deste modo, os níveis de qualidade de vida provam estar fortemente relacionados com a condição cirurgia, quando o doente é submetido a cirurgia, a qualidade de vida inevitavelmente, é influenciada.

Analisando as duas condições com as diferentes dimensões da escala, observou-se que, na condição cirurgia e só não existem quaisquer correlações. Na condição sem cirurgia, independentemente da condição coabitação, as correlações existentes são em menor número, centrando-se basicamente nas dimensões vitalidade e saúde mental, o que quererá dizer que quanto mais elevadas estas são, mais elevada será a percepção de qualidade de vida. Segundo Ogden (2004), a operação de substituição da anca mostrou que todas as medidas de qualidade de vida melhoraram após a operação.

Quanto ao **suporte social**, verificou-se que a dimensão que se correlacionou mais e melhor nas duas condições foi a satisfação com os amigos – boa correlação com a intimidade, satisfação com a família e as actividades sociais. Nos resultados obtidos na ANOVA *between-subjects* verifica-se um efeito da cirurgia na variável actividades sociais.

Os resultados encontram-se em concordância com Ribeiro (1999), que refere ser esta a dimensão que melhor explica a variância total da escala. É de salientar que independentemente da condição cirurgia, a coabitação influencia o desenvolvimento das

actividades sociais. Na condição sem cirurgia e acompanhado os doentes valorizam, também, a dimensão intimidade como medidor das relações familiares e no desenvolvimento de actividades sociais. Estes dados são confirmados através dos resultados da ANOVA *between-subjects* para as variáveis do suporte social, a condição coabitação é estatisticamente significativa para a dimensão intimidade.

Quanto às **estratégias de coping**, através da ANOVA *between-subjects* não se verificam resultados estatisticamente significativos nas condições cirurgia e coabitação, o que pode ser explicado pela inadequação da escala para a população em estudo, isto é característica dos instrumentos de *coping* que têm origem teórica num modelo comportamental.

No que respeita à relação entre a **Escala de Satisfação com o Suporte Social** e o **Questionário de Estratégias de Coping**, para a condição sem cirurgia, verificou-se que os doentes continuam a realçar as dimensões amigos, intimidade e actividades sociais, relativamente ao suporte social, correlacionando-as com as dimensões *coping* procura de suporte social, *coping* reavaliação positiva e resolução planeada do problema, ou seja, quanto melhor for o apoio, a criação de pensamentos positivos e a avaliação de forma analítica da situação, mais facilidade terá nas relações com os amigos, na intimidade e no desenvolvimento de actividades sociais.

Relativamente à correlação entre o **Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde** e o **Questionário de Estratégias de Coping**, para a condição sem cirurgia, observa-se que a única correlação existente é entre a dimensão procura de suporte social, face às dimensões da qualidade de vida, excepto a dimensão papel físico, papel emocional e dor física e o estado de saúde actual comparado com 1 ano, isto é, se o doente não foi intervencionado, há necessidade de procurar apoio no seu meio envolvente de forma a se organizar.

No que concerne ao **Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde** e à **Escala de Satisfação com o Suporte Social**, para doentes sem cirurgia, observam-se correlações positivas entre as dimensões amigos e actividades sociais. Ao nível do papel emocional, saúde geral e mental e vitalidade, os doentes sem cirurgia apresentam maior apoio das pessoas que lhe são mais próximas, nomeadamente os amigos. A saúde geral apresenta correlações bastante significativas nas quatro dimensões do suporte social, o que indica que os doentes sem cirurgia vêm a sua saúde geral afectada, procurando apoio nas várias dimensões do suporte social. É de revelar que na dimensão papel emocional com a intimidade, a correlação está orientada no sentido inverso, isto é, quanto mais se considera o papel emocional menor será a intimidade. O mesmo se processa na dimensão papel físico com a família, em que quanto mais se considera o papel físico menor será a satisfação com o suporte social com a família.

No que respeita aos resultados dos doentes com cirurgia relativamente à correlação entre o **Questionário de Estratégias de Coping** e a **Escala de Satisfação com o Suporte Social**, não se observaram correlações, exceptuando a dimensão procura de suporte social com as actividades sociais e a resolução planeada do problema com as actividades sociais. Os doentes com cirurgia consideram que quanto maior for o seu auto-controlo, mais disponíveis estarão para as actividades sociais, o mesmo se aplica à dimensão resolução planeada do problema.

Na correlação entre o **Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde** e o **Questionário de Estratégias de Coping**, observou-se que os indivíduos submetidos a cirurgia percebem um melhoramento na saúde geral e na vitalidade, através do recurso das pessoas que lhe são mais próximas para dar apoio na evolução favorável do quadro e resolvendo cada situação de forma planeada. É de referir a existência de correlações negativas estatisticamente significativas na dimensão dor física e

vitalidade com fuga e evitamento, ou seja, quanto pior for a dor física e a vitalidade, mais será o recurso à fuga e evitamento. Nesta análise observou-se correlações entre as dimensões que interferem com o trabalho ou outras actividades de vida diária (papel físico, papel emocional, funcionamento social) com a dimensão reavaliação positiva.

No que concerne ao **Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde** e à **Escala de Satisfação com o Suporte Social**, constatou-se que existem correlações nas dimensões amigos, intimidade e actividades sociais com o papel físico, vitalidade, saúde mental, papel emocional, funcionamento social e saúde geral.

Contudo, verificámos a diferença encontrada entre os grupos com cirurgia e sem cirurgia (dado que é a condição que predomina no nosso estudo), onde a melhoria da qualidade de vida, no primeiro surge justificada através do recurso ao *coping* autocontrolo, do apoio nos amigos nas relações de intimidade e desenvolvimento de actividades sociais e no segundo recorrer-se ao *coping* procura de suporte social nos amigos e no participar em actividades sociais, mas a intimidade surge com uma orientação inversa.

CONCLUSÃO

O conceito de Qualidade de Vida é específico do sistema de cuidados de saúde, podendo ter dois sentidos: um geral, para o sistema de cuidados de saúde, e que se refere à Qualidade de Vida dependente das doenças que as pessoas têm, no qual se analisa a contribuição dessas doenças e tratamentos para a qualidade de vida das pessoas; e um outro de carácter mais específico, para cada uma das doenças, no qual a qualidade de vida se refere às limitações ou ao modo como cada doença afecta a sua qualidade de vida.

Também a existência ou ausência de Suporte Social é uma das variáveis que se encontra associada à satisfação com a vida (Vaz Serra, 1988) no entanto, pode por um lado produzir respostas que influenciam a doença e por outro, produzir padrões de comportamento que podem aumentar o risco de doença através de resposta biológica. Neste sentido, existem imensas evidências científicas da influência do Suporte Social em diversas medidas dependentes, tais como: a saúde, a percepção de bem-estar, a qualidade de vida, redução de mal-estar e resistência a doenças.

Por outro lado, as pessoas utilizam estratégias de *Coping* diferentes consoante a situação com que se confrontam (Martins, 2005). De uma maneira em geral as pessoas não usam uma ou outra estratégia de *coping*, elas tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes, principalmente estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção. A importância das estratégias de *coping* advém do papel que ocupam em relação com a saúde mental do indivíduo no entanto, se o indivíduo não for capaz de lidar com os problemas eficazmente, os custos para a sua saúde poderão ser elevados.

Se consideramos que no âmbito desta temática os doentes com coxartrose e artroplastia total da anca têm um papel primordial, torna-se fulcral conhecer as relações

entre qualidade de vida, suporte social, estratégias de coping sobre as condições da cirurgia e coabitação nestes doentes mais especificamente, que estratégias de *coping* e que dimensões do suporte social recorrem para que a qualidade de vida se torne mais satisfatória. Foi com este intuito que se presidiu à elaboração deste estudo.

Relativamente aos resultados que foram obtidos, estamos cientes que só podem possuir algum valor no contexto donde foram extraídos. No entanto, suscitaram-nos algumas reflexões que gostaríamos de partilhar:

- no geral, os doentes com cirurgia apresentam uma melhor qualidade de vida, sendo que a variável coabitação revelou não ter interferência na mesma. É de salientar, que em todas as dimensões (funcionamento físico, papel físico, papel emocional, funcionamento social, dor física, vitalidade) que compõem o questionário de avaliação de qualidade de vida, com excepção da dimensão saúde geral, estes doentes obtiveram resultados mais elevados que os doentes sem cirurgia. No que se refere ao Suporte Social, os doentes com cirurgia e que ao nível da variável coabitação vivem acompanhados, referem a satisfação com os amigos, intimidade e satisfação com a família. Ao nível das estratégias de *coping*, os doentes com cirurgia e que vivem acompanhados, recorrem mais a estratégias de fuga/evitamento, reavaliação positiva, assumir da responsabilidade, confrontativo, resolução planeada do problema e distanciamento.

- os doentes sem cirurgia, no geral, os resultados evidenciam uma menor qualidade de vida e que se reflecte em todas as dimensões (funcionamento físico, papel físico, papel emocional, funcionamento social, dor física, vitalidade e saúde mental) que constituem o questionário. Relativamente ao suporte social, manifestam maior satisfação com as actividades sociais comparativamente aos doentes com cirurgia. No que concerne às estratégias de *coping*, por um lado, os doentes sem cirurgia e que vivem sozinhos recorrem mais a estratégias de auto-controlo e confrontativo por outro lado, os doentes sem cirurgia

e que vivem acompanhados, utilizam mais a procura do suporte social e assumir a responsabilidade.

Consideramos que poderá ser útil em estudos posteriores aprofundar melhor este tema, equacionando nomeadamente outras variáveis que neste contexto não foram tidas em conta, como por exemplo o auto-conceito. Devido à sua importância, este construto tem sido estudado em diversas áreas da Psicologia, nomeadamente na Psicologia Clínica (Vaz Serra, 1986; Vaz Serra & Firminio, 1986; Vaz Serra *et al.*, 1986).

Vaz Serra (1986a), entende que o auto-conceito é “a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si”. Para o meu autor (1988) considera que o auto-conceito é um construto psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência interna. E acrescenta que é “um construto teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como o indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspectos do auto-controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ao desenvolve determinado comportamento e c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo”. Neste construto do auto-conceito, salienta como seus constituintes: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto conceito real e o auto-conceito ideal.

Para finalizar, gostaríamos de salientar que o nosso trabalho de investigação pretende ser mais um modesto contributo no âmbito desta temática e que possa constituir um elemento de suporte para futuras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achat, H., Kawchi, I., Levine, S., Berkley, C., Coakley, E. & Colitz, G. (1998). Social Networks, Stress and Health – Related Quality of Life. *Quality of Life Research*, 7, 735-750.

Angermeyer, M. & Kilian, R. (1997). Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 19-30). Chichester: John Wiley and Sons.

Bennett, P. (2000) *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores.

Barriga, I.C.S.R. (200). *Qualidade de Vida e Suporte Social em Sujeitos com Sida*. Monografia de Licenciatura do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: ISPA.

Brunner, D.E. (1985). *Nova Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Interamericana.

Bruchon-Schweitzer, M. (1984). L image du corps de 10 à 40 ans, quelques facettes de cettes images d après le questionnaire QIC. *Bulletin de Psychologie*, tome XL, n° 382, pp.893-907.

Brugha, T. (1993). Social Support networks. In D. Bhugra & J. Leff (Eds.), *Principles of Social Psychiatry* (pp.502-516). London: Blackwell Scientific Publications.

Carvalho, F.M., Pereira, S.C.P., Martins, R.M.M. (2003). Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Artroplastia da Anca. *Revista Servir*. Lisboa, Janeiro/Fevereiro (51) 5 (pp.244-251).

Coelho, M. T. (2000). Humanização dos cuidados ao doente hospitalizado. *Revista Servir*. Lisboa (48) 4 Julho / Agosto.

Collière, M. F. (1999). Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sep pp.235.

Conselho de Enfermagem. (2001). Divulgar Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics* 12(1), 1-13.

Crenshaw, A. (1992). *Campbells Operative Orthopaedics*, USA: Mosby - Year Book.

Dauphinée, S. & Kuchler (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome. *Are we missing the bear?* In *Canadian Journal of Rehabilitation*, 1 (6), pp.3-12.

Donovan, J., M., Gotoh, M., Corcos, J., Jackson, S., Kelleher, C., Lukacs, B. & Costa, P. (1999). Symptom and Quality of life Assessment. In P. Abrams, S.Khoury & A. Wein (Eds.), *Incontinence – 1st Internacional Consultation on Incontinence* (pp.297-331). Health Publication Ltd.

Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life - The Missing Measurement in Health Care*. Condor Book Souvenir Press.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of Quality of Life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, pp.56-59.

Folkman, S., & Lararus, R.(1985). If it changes must be a process: A study of emotion and coping during three stages examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Fortain, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 191-201.

Heller, K., Price, R. & Hogg, J. (1990). The Role of Social Support in Community and Clinical Interventions. In B. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social Support – an interactional view* (pp.482-507). New York: John Wiley and Sons, Inc.

House, J. S. & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Chen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp.83-108). New York: Academic Press.

Hupcey, J. E. (1998). Social Support: Assessing Conceptual Coherence. *Qualitative Health Research*, vol. 8 (n° 3), 304-318.

Kaplan, R. M., & Toshima, M. T. (1985). The Functional effects of social relationships on chronic illness and disability. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social Support. An Interaction view* (pp.427-453). New York: John Wiley & Sons.

Kisner, C. Colby. L.A. (1989). Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. editora Manoel. São Paulo.

Lang, R. F. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 56B (6), 321-326.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and Coping. Sriinger Publishing Company: New York.

Lourenço, P.R. & Gomes, D. (2003). Da pluralidade à bidimensionalidade da eficácia dos grupos / equipas de trabalho. *Psychologica*, 33, 7-32.

Lui, B. (1975). Quality of Life: Concept, Measure and Results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34(1): 1-14.

Martins, C. S. C. (2005). Impacto do suporte Social e dos Estilos de Coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com Lúpus. *Psicologia : o Portal dos psicólogos*.

Monteiro, J. (2005). A artroplastia da anca como referência da cirurgia ortopédica moderna. O contributo para a sua divulgação em Portugal. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, III (13). Grafica de Coimbra.

Monteiro, J., Fernandes, P. (2002). Cirurgia ortopédica das doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (pp.473-483). Lisboa: Lidel- edições técnicas,lda.

Netter, F.H. (1991). The Ciba Collection of Medical Illustrations. *Musculoskeletal System*, 8, pp.235-247.

Oliveira, R., Viveiros, A., Tenreiro, I., Abrantes, C., Laíns, J. & Paixão, R. (1999). O Suporte Social em doentes em reabilitação. In Sequeira, A., Teixeira, J. C., Ornelas, J, Silveira, M. J. e Amaro, J. P. (Eds) *Reabilitação e Comunidade – Actas da 1ª Conferência “ Reabilitação e Comunidade”* (p. 177-180). Lisboa: ISPA.

Olsen, O., Iversen, L. & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32 (7), 767-771.

Orley, J., & the WHOQOL group (1994).The World Health Organisation (WHO) Quality of Life Project. In M.R. Trimble, & W. E. Dodson (Eds.). *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press, Ltd.

Orley, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Palma, L. (1996). *Jornadas Ortopédicas do Algarve “Artroplastia Total da Anca Não Cimentada”*.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Universidade Aberta.

Raimundo, A. C. R. A.(2003). *Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual em Mulheres com Incontinência Urinária*. Tese de dissertação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (1989). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.253-282). Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica* XII (2/3), 179-191.

Ribeiro, J.L.P. (1998). Avaliação da Qualidade de Vida. Avaliação da Qualidade de Vida em crianças com Diabetes Tipo I. *Análise Psicológica*, 1 (16), pp.91-100.

Ribeiro, J.L.P. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.

Ribeiro, J.L.P. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias e E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J.L.P. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. Saúde, bem-estar e qualidade de vida (pp. 94-95). Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J.L.P. e Rodrigues, A.P. (2004). Questões Acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, V (001), pp3-15.

Ribeiro, J.L.P. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, XIX (4), pp.491-502.

Robbins, S. P. (2002). *Comportamento Organizacional*. São Paulo.

Rolo, A. I. R.S. (1998). Qualidade de Vida em Mulheres com Artrite Reumatóide. Tese de dissertação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: ISPA.

Santos C., Ribeiro, J. L. P. & Lopes, (2003). Estudo de adaptação da satisfação com o suporte social a pessoas com o diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e*

Doenças, Vol. IV (002) pp. 185-204. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa.

Sarason, B.R., Pierce, G. R. & Sarason, I.G. (1985). Social Support: The sense of acceptance and the role of relationships. In S.Cohen & L. Syme (Eds.), *Social Support and health*, (97-128). New York: Academic Press.

Sarason, B., Sarason, I. & Pierce, G.(1990a). Traditional Views of Social Support and Their Impact on Assessment. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.) *Social Support-an interactional view* (9-25). New York: John Wiley and Sons, Inc..

Schapiro, S. (2006). Terceira Idade – Cresce o uso de próteses para artrose. *Revista Partes*. São Paulo – Brasil: Gilberto da Silva.

Serra, L. M. A. (2001). Critérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia. (pp.61-62). Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.

Schulz, R. & Rau, M. (1985). Social Support through the Life Course. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp.129-149). Orlando: Academic Press Inc..

Teixeira, J.A.C. (1993). Psicologia da Saúde. In J. A. Carvalho Teixeira, *Psicologia da Saúde e Sida*, pp. 23-74. Ispa: Lisboa.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in studying social support as a buffer against life stressors. *Journal of health and social behaviour*, 23, (pp.145-159).

Torrence, G. (1987). Utility Approach to Measuring Health – Related Quality of Life. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 593-600.

Tremethick, M. J. (1997). Thriving, not just surviving: The importance of social support among the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35 (9), 27-31.

Turek, S. L. (1991). Ortopedia: princípios e sua aplicação. Volume 1 4ª edição. São Paulo.

Vaz Serra, A. & Firminio, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica* 7 (2), 91-96.

Vaz Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica* 7 (2), 56-66.

Vaz Serra, A. (1986b). O stresse na vida de todos os dias. Vala & Vale editores, Lda.

Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.

Vaz Serra, A. (2003). O distúrbio de stress pós – traumático. Coimbra: Vala & Vale editores, Lda.

Ware, J.E. e Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF36). *Medical Care*, 30, (6), pp.473-483.

Wortman, C. & Conway, T. (1985). The Role of Social Support in Adaptation and Recovery from Physical Illness. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 281-302). Orlando: Academic Press Inc.

Wortman, C. B., Sheedy, C., Gluhoski & Kessler, R. (1992). Stress, coping, and health: Conceptual issues and directions for future research. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Xhardez, Y. (1990). Manual de Cinesioterapia: técnicas, patologia, indicações e tratamento (211-219). Editora: Atheneu. São Paulo.

Zimmerman, J.R. (1998). Rehabilitation of Total Hip and Total Knee Replacements. In J.A. DeLisa e B. M. Gans (Eds.), *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice*. Third Edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers.

ANEXOS

ANEXO I

Classificação da Coxartrose

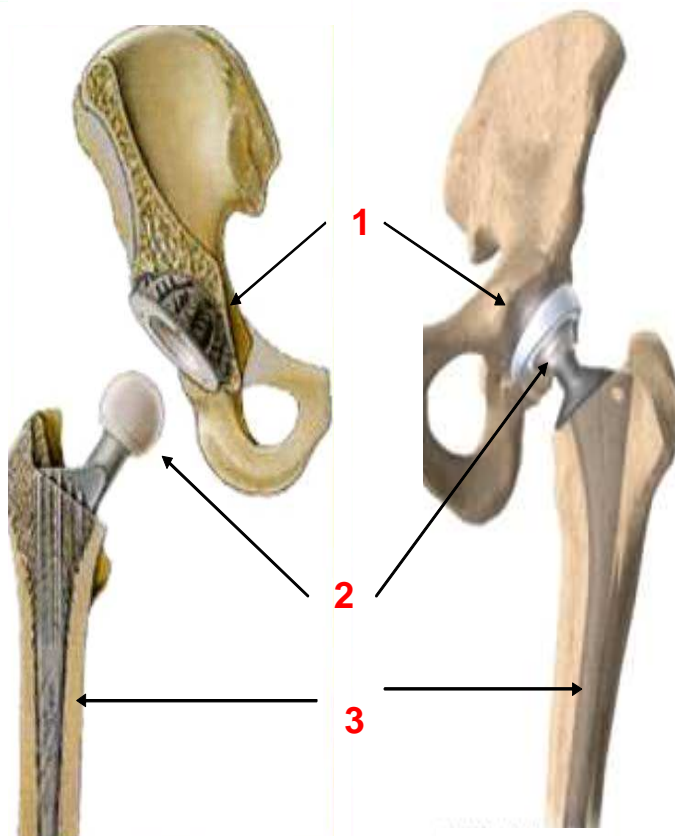
São numerosas as classificações existentes, no entanto uma das mais utilizadas é a adoptada pelo *Osteoarthritis Diagnostic Criteria Committee the American Rheumatism Association* de 1983, que do ponto de vista etiológico as classifica em dois grandes grupos:

Idiopática ou Primária, Secundária.

As coxartroses **idiopáticas ou primárias**, podem atingir mais de uma articulação, sem etiologia conhecida e são responsáveis por mais de 70 por cento dos casos. Julga-se estarem associadas a actividades ocupacionais, alterações na circulação venosa periférica, factores endócrinos e factores metabólicos. No caso da anca podem ser **localizadas**: locais com perda de cartilagem – excêntrica (superior), concêntrica (axial, medial), difusa; **doenças por deposição mineral** (Doença por deposição de pirofosfato de cálcio; Artropatia por hidroxiapatia).

Nas coxartroses primárias não se sabe qual a etiologia, nas secundárias esta é conhecida e passível de ser corrigida. Nas coxartroses secundárias, a lesão da cartilagem surge como consequência de lesões mecânicas defeituosas no funcionamento da articulação. Podem ser classificadas como: **pós-traumáticas; congénitas ou desenvolvimentais** (Doença de Legg-Calvé-Perthes, epifisiólise da cabeça femural) e **outras doenças** (*Endócrinas*:diabetesmellitus,acromegalia,hipotireodismo;*Metabólicas*: hemocromatose *Mecânicas*: obesidade, comprimento desigual dos membros inferiores, deformidades em valgo/ varo e frouxidão ligamentar).

ANEXO II



1 – Acetábulo

2 – Cabeça femoral

3 – Haste femoral

ANEXO III

QUESTIONÁRIO

O meu nome é Cassilda Tareco Afonso Floro e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia da Saúde, na Universidade do Algarve, estando agora a realizar a dissertação sobre o tema “ A Qualidade de Vida em doentes com Coxartrose e Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e Estratégias de *Coping*”.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, pelo que se encontra garantido o sigilo das suas respostas.

Por favor, leia atentamente cada uma das questões e responda a todas.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

I
DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS

1. Idade: ----- anos

2. Género:

a) Feminino

b) Masculino

3. Estado civil:

a) Solteira(o)

b) Casada(o)

c) Divorciada(o)

d) Viúva(o)

e) Outro Especifique: -----

4. Escolaridade:

a) Ensino Primário

b) Ensino Secundário

c) Ensino Superior

d) Outros Especifique: -----

5. Coabitação:

a) Vive só

b) Vive com o cônjuge

c) Vive com o cônjuge e filhos

d) Vive com os filhos

e) Outros..... Especifique: -----

6. Usufrui de apoio domiciliário?

a) Sim

b) Não

Se sim, de que tipo?

* Higiene

* Refeições

* Limpeza do domicilio

* Lavagem da roupa

* Outros Especifique: -----

7. Sente dor na articulação coxa femoral?

a) Sim

b) Não

Se sim, quando?

* Em repouso

* À mobilização do membro

* Em ambos os casos.....

II

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: SF-36

(Adaptado por Pais Ribeiro, 1994)

Este questionário pretende avaliar a sua qualidade de vida.

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral diria que a sua saúde é:

- Ótima 1
Muito boa 2
Boa 3
Razoável 4
Fracamente 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

- Muito melhor 1
Com algumas melhoras 2
Aproximadamente igual 3
Um pouco pior 4
Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia - a - dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
Actividades moderadas, tais como deslocarem uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
Levantar ou carregar as compras de mercearia...	1	2	3
Subir vários lanços de escadas	1	2	3
Subir um lanço de escadas	1	2	3
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
Andar mais de 1 km	1	2	3
Andar vários quarteirões	1	2	3

Andar um quarteirão	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

(Por favor, em cada linha coloque um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for Sim e à volta do número 2 se a sua resposta for Não)

	SIM	NÃO
a. Diminuir o tempo gasto a trabalhar, ou noutra actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como deprimido/a ou ansioso/a).

(Por favor, em cada linha coloque um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for Sim e à volta do número 2 se a sua resposta for Não)

	SIM	NÃO
a. Diminuir o tempo gasto a trabalhar, ou noutra actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6,7,e 8 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada 1
- Pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas 1
- Muito fracas 2
- Ligeiras 3
- Moderadas 4
- Fortes 5
- Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
- Pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

(Por favor, para cada pergunta, coloque um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu)

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?....	1	2	3	4	5	6
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6

Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre 1
A maior parte do tempo 2
Algum tempo 3
Pouco tempo 4
Nunca5

11. Por favor, diga se são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Coloque um círculo no número em cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
A minha saúde é óptima.	1	2	3	4	5

III

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

(Pais Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7- Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8- Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos etc.)	A	B	C	D	E
9- Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14- Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15- Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E
16- Estou satisfeito com o apoio que a minha família me dá nas minhas tarefas diárias	A	B	C	D	E

IV

QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING (Q. E. C.)

(Adaptação de C. Santos & J. Ribeiro, 1998)

O Questionário de Estratégias de Coping (Q.E. C.) tem como objectivo avaliar as várias estratégias utilizadas para lidar com situações de maior stress que experienciou recentemente na sua vida. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada(o) pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a escala.

	ITENS	Nunca usei	Usei de alguma forma	Usei algumas vezes	Usei muitas vezes
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo.	1	2	3	4
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa.	1	2	3	4
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião.	1	2	3	4
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	1	2	3	4
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria(o).	1	2	3	4
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma.	1	2	3	4
7	Esperei que acontecesse um milagre.	1	2	3	4
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido.	1	2	3	4
9	Tentei guardar para mim própria(o) o que estava a sentir.	1	2	3	4
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema.	1	2	3	4
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema.	1	2	3	4
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo.	1	2	3	4
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo.	1	2	3	4
14	Tentei esquecer tudo.	1	2	3	4

15	Procurei ajuda de um profissional.	1	2	3	4
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva.	1	2	3	4
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação.	1	2	3	4
18	Construí um plano de acção e segui-o.	1	2	3	4
19	Consegui mostrar o que senti.	1	2	3	4
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos.	1	2	3	4
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes.	1	2	3	4
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema.	1	2	3	4
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos.	1	2	3	4
24	Fiz algo muito arriscado.	1	2	3	4
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso.	1	2	3	4
26	Encontrei nova esperança.	1	2	3	4
27	Redescobri o que é importante na vida.	1	2	3	4
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem.	1	2	3	4
29	Evitei estar com as pessoas em geral.	1	2	3	4
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema.	1	2	3	4
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito.	1	2	3	4
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação.	1	2	3	4
33	Tomei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério.	1	2	3	4
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir.	1	2	3	4
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria.	1	2	3	4
36	Passei o problema para os outros.	1	2	3	4
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes	1	2	3	4
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem.	1	2	3	4
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido.	1	2	3	4
40	Prometi a mim própria(o) que as coisas para a próxima seriam diferentes.	1	2	3	4
41	Criei várias soluções diferentes para o problema.	1	2	3	4
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas.	1	2	3	4

43	Mudei algumas coisas em mim própria(o).	1	2	3	4
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse.	1	2	3	4
45	Desejei que as coisas voltassem atrás.	1	2	3	4
46	Rezei.	1	2	3	4
47	Pensei para mim própria(o) naquilo que iria dizer ou fazer.	1	2	3	4
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo.	1	2	3	4

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO IV

A Comissão de Ética
A.P. 12/01/06

José Alvaro Pereira
Enfermeiro Director

Autorizado em
concordância com a
Comissão de Ética

A.P. 20-01-06

José Alvaro Pereira
Enfermeiro Director

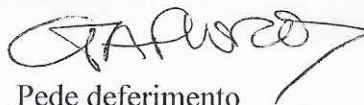
Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo
Hospital José Joaquim Fernandes- Beja

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de alguns questionários, destinados à realização de um estudo de investigação para a sua dissertação de mestrado.

Cassilda da Conceição Tareco Afonso Floro, enfermeira graduada, a exercer funções no Serviço de Ortopedia, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização para a aplicação de alguns questionários a utentes ainda não intervencionados a artroplastia total da anca, internados no Serviço de Ortopedia e a utentes com artroplastia total da anca, seguidos na Consulta Externa de Ortopedia.

Grata pela atenção dispensada.

Atenciosamente



Pede deferimento

Beja, 10 de Janeiro de 2006

Aprovado desde
que a colaboração
dos doentes seja voluntária
e respeitado o seu
anonimato

José Alvaro Pereira
20/01/06

Anexo: Questionários.



ANEXO V

Exmº. Senhor
Director do Hospital São João de Deus

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de alguns questionários, destinados à realização de um estudo de investigação para a sua dissertação de mestrado.

Cassilda da Conceição Tareco Afonso Floro, enfermeira graduada, a exercer funções no Serviço de Ortopedia, do Centro Hospital do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes- Beja, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a autorização para a aplicação de alguns questionários a utentes ainda não intervencionados a artroplastia total da anca, internados no Serviço de Ortopedia e a utentes com artroplastia total da anca, seguidos na Consulta Externa de Ortopedia.

Grata pela atenção dispensada.

Atenciosamente

Pede deferimento

Beja, 22 de Fevereiro de 2006

Despacho:

*Autoriza-se a aplicação dos
questionários acima referidos*

Montemor-o-novo, 22/02/06

Pelo Conselho de Direcção

[Handwritten signature]



Anexo: Questionários.

ANEXO VI

Centro Médico de Beja, Lda

Exmº. Senhor

DrºLuís Palma

Cassilda da Conceição Tareco Afonso Floro, Enfermeira Graduada, a exercer funções no Serviço de Ortopedia, do Centro Hospital do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes- Beja, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a possibilidade de colaboração na recolha de parte da amostra para um trabalho de investigação a realizar no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde.

Este trabalho tem em vista a elaboração da tese de dissertação para o Mestrado acima referido, sob a supervisão da Profª Doutora Maria Gabriela Gonçalves, visando estudar “O Papel do Suporte Social para a Qualidade de Vida em Doentes com Artroplastia Total da Anca”.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos



Beja, 18 de Maio de 2006

Autorizo

Beja, 18 de Maio de 2006



