



O Sentido Interno de
Coerência em mulheres com
mais de 74 anos com e sem
diagnóstico de cancro da
mama

Francis Anne Teplitzky Carneiro

Orientador de Dissertação:
Professora Doutora Cláudia Carvalho

Co-Orientador de Dissertação:
Doutora Sofia Von Humboldt

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Professora Doutora Cláudia Carvalho

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Cláudia Carvalho, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Dra. Sofia Von Humboldt: Por toda a disponibilidade e apoio incondicional, pela transmissão excelente de conhecimento, pela paciência sem fim... por ser o meu anjo da guarda académico.

Dra. Cláudia Carvalho: Pelo rigor e perfeccionismo.

Dra. Isabel Leal: Por ser uma inspiração e um modelo a seguir.

Professor Luís Silva Pereira: Por ter sido a maior inspiração da minha vida, tanto como professor e como ser humano. Porque foi graças a si que eu alterei muitos esquemas mentais rigidificados e pré-concebidos e me tornei uma pessoa mais tolerante e sensível ao outro. Foi através da sua antropologia que eu criei as raízes fundamentais para ser uma futura boa psicóloga.

Avós paternos: Pela força alemã que me transmitiram genética e ambientalmente.

Avôzinho: Por ter sempre sido o meu pilar inquebrável.

Avózinha: Pelo carinho e amor que só tu sabes dar.

Mãe: Por me teres ensinado desde cedo a ser uma guerreira e a saber sobreviver.

Pai: Por estar sempre presente nos melhores e piores momentos. Pelo bom humor que me ajudou a superar as situações mais adversas.

Tia Maria: Por toda a calma e tranquilidade que sempre me concedeu e ensinou a ter, nem que por breves instantes.

Vasco Gonçalves: Por me compreender profundamente, pela partilha diária e ajuda incondicional para uma melhor gestão das dificuldades da vida. Pela duradoura intimidade de melhores amigos.

Roberto Gomes: Pela cumplicidade e amizade verdadeira de irmãos. Pela diversão e trabalhos partilhados ao longo destes anos.

Tia Mónica: Por me receber de 'braços abertos' desde os 10 anos em sua casa e ter sido sempre sincera e uma segunda mãe.

Inês Duarte e Mariana Navarro: Por serem as minhas meninas Ispanas. Por não me terem deixado desistir quando as situações pareciam insustentáveis. Por me mostrarem o valor como pessoa e estudantes. Por me ajudarem sempre a reestruturar as ideias positivamente. Por terem o 'sangue frio' que eu muitas vezes não consegui ter.

Mariana Cerqueira: Por todo o apoio e calma fornecidos durante estes anos académicos.

Mamãe: Por ser cimento e a pedra do muro que me protege e fortalece diariamente.

Ana Amorim: Por toda a assertividade e segurança que só tu me transmites.

Luciana Micael: Por seres a minha irmãzinha, por toda a energia positiva em que me envolves, pelos abraços que me deram sempre muita força para lutar e me permitiram manter na linha de combate. Pelo amor incondicional.

Mariana Micael: Por seres tudo o que uma irmã tem que ser... pela intimidade de almas... por me conheceres melhor do que eu própria...

Susana Santos: Por todas as noites 'em branco' a fazer trabalhos da faculdade... por todo o suor, lágrimas, desespero, cansaço e gargalhadas que juntas partilhámos... por tudo o que me ensinaste como 'big sister'.

Mariana Soares: Porque todas as nossas caminhadas ao longo da licenciatura definiram quem sou hoje.

Marco De Moraes: Pelo companheirismo, cumplicidade e maturidade que me transmitiste. Por seres um dos meus maiores portos de abrigo. Por nunca teres duvidado de que eu seria capaz quando eu menos acreditava.

Bruno Chibante: Por toda a amizade, conselhos e compreensão. Por seres o meu lado racional quanto este se encontrava 'apagado'.

Inês Rodrigues: Por sempre teres acreditado que eu 'iria mais além'. Por seres a minha alma complementar.

RESUMO

O envelhecimento engloba diversas perdas na dimensão biológica, psicológica e social, mas também inúmeros ganhos a ser enfatizados. Dado que o cancro da mama é o mais frequente no sexo feminino, o seu diagnóstico e tratamento apresentam um potencial de impacto significativo na estrutura psicológica e no Sentido Interno de Coerência (SIC) do indivíduo.

Os objetivos desta investigação são os seguintes: (a) Analisar se existem diferenças significativas no SIC das idosas com cancro da mama, (b) Aferir a existência de relação entre o cancro de mama e o SIC de idosas e (c) Averiguar se idosas com cancro da mama apresentam diferenças significativas nas dimensões compreensibilidade, significância e gestão do SIC.

A amostra é constituída por 124 idosas (74-96 anos), sendo que 62 participantes apresentam cancro de mama. Os instrumentos utilizados são i) o Questionário de caracterização socio-demográfico, ii) a Escala de Sentido Interno de Coerência e iii) o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

O grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão não apresentou diferenças significativas comparativamente ao grupo sem cancro da mama.

A correlação entre o 'SIC' e o 'Estatuto profissional' ($r = 0.827$; $p = 0.02$) foi positiva e bastante elevada, a correlação entre o SIC e os 'Rendimentos' foi positiva e reduzida ($r = 0.219$; $p = 0.02$) e associação entre o SIC e os 'Anos de escolaridade' foi moderada ($r = 0.391$; $p < 0.01$).

Apesar de o SIC não ter apresentado diferenças significativas nas mulheres idosas com e sem cancro da mama, este constructo parece estar associado a um elevado estatuto profissional e uma elevada escolaridade, mesmo em mulheres com cancro da mama com mais de 74 anos de idade.

Palavras-chave: cancro de mama; envelhecimento; idosas; promoção da saúde, proteção da saúde, sentido interno de coerência.

ABSTRACT

Aging encompasses several losses in biological, psychological and social dimensions. Yet, innumerable gains should be emphasized. Since breast cancer is the most frequent cancer above feminine gender, its diagnosis and treatment presents a potential and significant impact on individual's psychological structure and his Sense of Coherence (SOC).

This research aims at: (a) Analyzing whether there are significant differences in elderly women's SOC within breast cancer, (b) Assessing the relation between breast cancer and older women's SOC and (c) Determining whether older women with breast cancer have significant differences in SOC's dimensions (comprehensibility, significance and management).

The sample consists of 124 older women (74-96 years-old), from which, 62 with breast cancer. The instruments utilized are: ii) the Sense of Coherence Scale, ii) the Mini-Mental State Examination (MMSE) and iii) demographics.

There were no statistical significant differences between both groups (Group with breast cancer in remission and group without breast cancer).

Correlation between 'SOC's total value' and 'professional status' ($r = 0.827$; $p = 0.02$) was positive and very high, correlation between 'SOC's total value' and 'Income' was positive and reduced ($r = 0.219$; $p = 0.02$) and correlation between SOC's total value' and 'years of schooling' was moderate ($r = 0.391$; $p < 0.01$).

Although SOC's value didn't have significant differences between older women with and without breast cancer this construct seems to be associated to individual's higher professional status and individual's higher schooling even on women with breast cancer and with more than 74 years old.

Keywords: aging; breast cancer; elderly; health promotion; health protection; sense of coherence

Índice

Introdução.....	1
O envelhecimento e a População Idosa.....	1
O Cancro da Mama.....	4
O Sentido Interno de Coerência na Promoção da Saúde da Adultícia Avançada.....	9
O Sentido Interno de Coerência e a Doença Oncológica.....	15
Objetivos.....	19
Método.....	21
Participantes.....	21
Material.....	21
Procedimento.....	24
Resultados.....	25
Discussão dos resultados.....	34
Referências Bibliográficas.....	41
Anexos.....	49
Anexo I – Tabela I. Resumo dos estudos acerca do Sentido Interno de Coerência e o cancro.....	49
Anexo II- Mini exame do Estado Mental(MEEM).....	51
Anexo III – Questionário de Dados Sócio-Demográficos.....	54
Anexos IV - Escala de Sentido Interno de Coerência (SIC).....	57
Anexos V – Pedido de Autorização Formal.....	61
Anexo VI – Outputs do SPSS.....	62

Lista de Tabelas

Tabela 1. Resumo dos estudos acerca do SIC e o cancro.....	51
Tabela 2. Variáveis Sócio-demográficas.....	27
Tabela 3. Consistência interna, assimetria e achatamento da escala de Sentido Interno de Coerência e das suas dimensões.....	28
Tabela 4. Correlação entre as dimensões do Sentido Interno de Coerência.....	29
Tabela 5. Correlação entre o Sentido Interno de Coerência e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama em remissão’ e entre as dimensões do Sentido Interno de Coerência e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama em remissão’.....	30
Tabela 6. Correlação entre o ‘Estatuto profissional’, os ‘Medicamentos’, os ‘Rendimentos’ e ‘Anos de escolaridade’ com o SIC.	30
Tabela 7. Média, desvio-padrão, mínimo e máximo da escala Sentido Interno de Coerência e das suas dimensões.....	31
Tabela 8. Teste de normalidade entre o Sentido Interno de Coerência, as dimensões do Sentido Interno de Coerência e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama’.....	33
Tabela 9. Média, desvio-padrão, mínimo, máximo e estatística de teste do Sentido Interno de Coerência e suas dimensões para o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão e para o grupo sem cancro da mama.....	35

Introdução

O Envelhecimento e a População Idosa

O envelhecimento traduz-se num processo contínuo, durante o qual o idoso pode acumular perdas no plano biológico, psicológico e social, mas também inúmeros ganhos que merecem ênfase, tais como a possibilidade do desenvolvimento psicológico e a implementação de estratégias que visem a resolução dos desafios impostos pela própria vida, ao potencial de adaptação de cada indivíduo (Rebelo, 2007).

A literatura existente salienta a relevância dos *gerontic boomers* decorrente do aumento exponencial da população com mais de 65 anos e da sua esperança média de vida (Rebelo, 2007). Os idosos são uma das problemáticas com maior importância no momento presente, o que reforça a necessidade de reflexão acerca de inúmeras questões com relevância crescente, como, por exemplo, a idade de reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos e o estudo de temáticas que contribuam para o bem-estar desta faixa etária, não só ao nível físico, como ao nível psicológico e ao nível social (Mauritti, 2004; Vaz & Nodin, 2006).

Há uma pertinência crescente da população idosa e das suas implicações, com a consequente adaptação e organização dos serviços de saúde, por forma a responder às crescentes necessidades desta população (Rebelo, 2007; Vaz & Nodin, 2006). Apesar do fenómeno do envelhecimento ser frequentemente caracterizado pela perda e pelo declínio, deverá ser enfatizada a perspectiva salutogénica do processo, na qual a satisfação com a vida e os efeitos positivos de um envelhecimento saudável são valorizados (Fernández-Ballesteros, 2006).

Considerando que o envelhecimento do organismo humano se encontra subjacente a um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas, tal ritmo poderá ser evitado, implementando novas estratégias para um envelhecimento bem-sucedido. Contudo, tal será facilitado através de um esforço intencional e consensual por parte dos profissionais, nomeadamente os de saúde (Gonçalves, Martins, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006). De acordo com o *II Plano Internacional de Acção no Envelhecimento*, tem-se verificado uma preocupação acrescida ao nível da psicologia e por parte dos psicólogos perante os desafios inerentes ao envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2006).

Desta forma, torna-se relevante enquadrar o modelo de psicologia dos idosos, cuja base é a confluência da perspectiva biomédica de estádios de vida e o modelo da psicologia da idade, que promove uma perspectiva inovadora face às etapas tardias da vida, por defender a ideia de que a deterioração dos idosos pode ser um acontecimento evitável, ao invés de um acontecimento imperativo (Gonçalves et al., 2006).

Considerando que o aumento *per se* da população idosa não é a problemática maior, mas sim o conseqüente aumento das incapacidades inerentes à adultícia avançada, a incapacidade física, doenças e/ou lesões, características do envelhecimento, podem afectar a saúde psicológica e o sentido de bem-estar subjetivo dos idosos (Fernández-Ballesteros, 2006; Hsu & Tung, 2010). Daqui decorre que seja desejável que os idosos prolonguem o ciclo de vida em simultâneo com um reduzido número de incapacidades e com um elevado nível de bem-estar psicológico, de forma a adaptarem-se aos desafios característicos desta etapa de vida, em que se encontram (Hsu & Tung, 2010).

Neste sentido e através do Protocolo Europeu de Sobrevivência no Envelhecimento (*ESAP- European Survey on Aging Protocol*) deverão ser desenvolvidas as seguintes dimensões: (1) Psicossocial (incluindo as relações sociais), capacidades cognitivas, personalidade, bem-estar, sentido interno de coerência e boa percepção de controlo; (2) Medidas bio-físicas, incluindo capacidade vital, força e rapidez, e medidas antropométricas; (3) Saúde subjectiva e capacidade subjectiva e estilo de vida; e (4) Condições socio-demográficas e ambientais (Fernández-Ballesteros, 2006).

Paralelamente, para além de ser necessário melhorar a área de reflexão, investigação e intervenção no âmbito desta problemática, torna-se, também fundamental o desenvolvimento de uma abordagem psicológica da adultícia avançada, que se reflete em investigação passível de promover o bem-estar e a qualidade de vida do idoso (Vaz & Nodin, 2006).

Apesar do processo de envelhecimento não se encontrar, obrigatoriamente, relacionado com o desenvolvimento de doenças e incapacidades, é na adultícia avançada que as doenças crónicas se manifestam mais frequentemente (Alves et al., 2007). A partir dos 60 anos, as mulheres confrontam-se com o desenvolvimento de inúmeras doenças, como por exemplo, a doença isquémica do coração (19.2% de taxa de mortalidade), o acidente vascular cerebral (17.5% de taxa de mortalidade), a doença pulmonar obstrutiva crónica (8.2% de taxa de mortalidade), a diabetes mellitus (3.0% de taxa de mortalidade), Alzheimer e outras doenças demenciais (2.0% de taxa de mortalidade) e cancro da mama (1.9% de taxa de mortalidade),

que levam à sua morte ou incapacitação (WHO, 2009). A nível mundial, as doenças crónicas anteriormente descritas são responsáveis por 45% das mortes ocorridas nas mulheres com idades superiores a 60 anos, enquanto 15% das mortes presentes nesta faixa etária feminina são provocadas por cancros, principalmente o cancro da mama, o cancro pulmonar e o cancro do cólon (WHO, 2009). Por sua vez, o cancro da mama foi considerado pela Organização Mundial da saúde (2009) como a oitava causa de morte nas mulheres com mais de 60 anos. Paralelamente, apesar das doenças crónicas nas idosas não apresentarem um risco de vida imediato, são responsáveis pelo desenvolvimento de inúmeras co-morbilidades patológicas, são promotoras do aumento da incapacidade funcional (Alves et al., 2007), são definidas como doenças que prevalecem mais do que três meses e doenças graves ou complicações que têm efeitos a longo prazo (Kriegsman, Penninx, & Eijk, 1994).

As doenças crónicas ao comprometem as capacidades funcionais das idosas, causam uma sobrecarga negativa substancial na saúde física e psicológica destas, deteriorando as suas qualidades de vida e o seu bem-estar e tornando-as, por consequência mais vulneráveis e dependentes de outras pessoas (Alves et al., 2007; Kriegsman, Penninx, & Eijk, 1994). A natureza das modificações provocadas, nas idosas, pelas doenças crónicas depende do despoletar da doença (repentino ou gradual), das expectativas criadas ao longo do percurso patológico (situação estável, doença progressiva, com ou sem remissões e exacerbações), das consequências prováveis (incapacidade, morte), dos tratamentos disponíveis (medicação, cirurgia) e do auto-cuidado, por exemplo, a realização de uma determinada dieta (Kriegsman, Penninx, & Eijk, 1994).

Por outro lado, relativamente ao cancro da mama, a maioria das pacientes sofre de uma multiplicidade de intensos sintomas físicos e psicológicos, independentemente do estágio da doença, sendo que alguns sintomas estão relacionados com a progressão do cancro, enquanto outros estão associados aos efeitos precoces e tardios dos efeitos físicos do tratamento, assim como também podem estar associados ao ajustamento psicossocial envolvido neste processo (Cheng & Lee, 2011; Ramos & Patrão, 2005).

A literatura atual indica que existe prevalência da dor, fadiga, insónia e distúrbios de humor, nas idosas com cancro. Tais sintomas são promotores de *distress* (stress patológico) nos pacientes com cancro, ao longo da trajetória da doença e tratamento (Cheng & Lee, 2011). O cancro, incluindo o cancro da mama, pode influenciar diferentes esferas de vida da idosa, tais como a dimensão psicológica, a dimensão física, social e existencial (Moreira,

Silva, & Canavarro, 2008; Ramos & Patrão, 2005). A problemática aumenta o seu grau de complexidade, uma vez que, a experiência sintomática das pacientes idosas com cancro, já apresenta muitas vezes, co-morbilidades pré-existentes, assim como a suscetibilidade para acumular múltiplas doenças crónicas e o declínio das capacidades (Cheng & Lee, 2011).

O Cancro da Mama

O cancro da mama é definido, genericamente, como uma neoplasia (ou tumor) maligna cuja origem advém do crescimento de células anormais nos tecidos da mama, que o organismo não necessita e não consegue eliminar (DGS, 2003; NCI, 2009).

Os tumores malignos (cancro), por sua vez, representam uma ameaça à vida, podem invadir e danificar tecidos e órgãos em seu redor, podem alastrar-se para outras partes do corpo e quando são removidos, podem voltar a crescer novamente (NCI, 2009). Assim, o cancro pode ser invasivo, no caso das células cancerígenas se proliferarem em torno do tumor maligno inicial, ou, não invasivo (*in situ*) quando as células cancerígenas ainda não alastraram. Existem também diferentes tipologias desta patologia, consoante a natureza das células onde tiveram origem (DGS, 2003).

As células do cancro da mama podem, ainda, separar-se do tumor original e propagarem-se para outros tecidos e regiões do peito e/ou do organismo, formando novos tumores que poderão danificar essas novas localizações. Este processo de migração das células cancerígenas é denominado por metástase (NCI, 2009). O cancro da mama, representa, um grupo heterogéneo de doenças, quer ao nível da biologia/fisiologia, quer a nível das suas manifestações clínicas. Neste sentido, a sua etologia é incerta, uma vez que existe uma variedade de fatores inter-relacionados, tais como, os fatores genéticos, os fatores hormonais, os fatores ambientais, os fatores sociobiológicos e os fatores fisiológicos (WHO, 2005).

Relativamente à tipologia dos tratamentos médicos utilizados para a patologia em questão, estes podem ser locais, como a radioterapia e a cirurgia (radical ou conservadora) ou sistémicos, como a quimioterapia e a terapia hormonal (Audisio, 2001; Ramos & Patrão, 2005).

Atualmente, o cancro da mama, apesar de poder ser fatal, é encarado como uma doença crónica, por persistir, ser passível de reincidir e por requerer cuidados médicos continuados e durante tempo indefinido (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008).

O processo do *adoecer da mama* engloba o diagnóstico, os tratamentos e a passagem para a vigilância clínica inerente à sobrevivência da paciente. Os momentos inerentes a este processo são distintos e promotores de stress, podendo, por isso, levar a diferentes sequelas do fórum psicológico (Patrão, Leal, & Maroco, 2008).

Esta patologia oncológica apresenta-se como a mais frequente na população feminina dos 35 aos 75 anos de idade, não só em Portugal (18.265 mulheres diagnosticadas), como a nível mundial (4,4 milhões de mulheres diagnosticadas), sendo por isso, o tumor maligno com maior prevalência no mundo industrializado (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão, Leal, & Maroco, 2008; Rebelo, Rolin, Carqueja, & Ferreira, 2007). No espaço europeu prevê-se que uma em cada onze mulheres, desenvolva cancro da mama (Moreira, Silva, & Canavarro), sendo que 50%, aproximadamente, dos tumores malignos da mama surgem em mulheres cujas idades são superiores ou iguais a 65 anos (Bernardi et al., 2008).

Em Portugal, o cancro da mama é o cancro com maior taxa de incidência e o tumor mais frequente nas mulheres, com cerca de 4.300 novos casos em 2002 (Bastos, Barros, e Lunet, 2007), sendo que um em cada quatro casos de cancro nas mulheres é diagnosticado com cancro da mama (Rebelo et al., 2007). Anualmente, mais de 3.500 mulheres portuguesas morrem devido ao cancro da mama, (Rebelo et al., 2007), sendo que a taxa de mortalidade para esta população correspondente a 26.5%. Em concreto, as taxas de mortalidade em Portugal dos tumores malignos da mama por grupo etário apresentam os seguintes valores: dos 35-44 anos a taxa é de 11.8%; dos 45-54 anos é de 25.1%; dos 55-64 a taxa é de 45.2%; dos 65-74 a taxa é de 62.2%; e a partir dos 75 anos a taxa de mortalidade por cancro da mama é de 105.1% (DGS, 2006).

Por outro lado, a incidência do cancro tende a aumentar progressivamente com a idade, sendo que as mulheres, a partir dos 70 anos, apresentam o maior grau de incidência para desenvolver cancro da mama invasivo (Cheng & Lee, 2011; Vacek, Skelly, & Geller, 2011). Neste sentido, a taxa de mortalidade na população portuguesa com idade superior a 64 anos, é de 77,8% (DGS, 2006).

Contudo, no território português, verificou-se uma mudança na variação da mortalidade por cancro da mama no início da década de 90, com uma diminuição de 2%/ano entre 1992 e 2002 e declínios mais acentuados nos distritos com maiores taxas de mortalidade (Bastos, Barros, & Lunet, 2007). Apesar de nas últimas décadas ter surgido um aumento dos diagnósticos do cancro da mama, o número de óbitos por cancro da mama tem diminuído

gradualmente, devido aos avanços técnicos e científicos face à deteção precoce e tratamento do cancro da mama. Tal diminuição da mortalidade por cancro tem ocorrido em simultâneo com o aumento do número das mulheres com estatuto de sobreviventes, dependendo, obviamente, do estágio do cancro na altura do diagnóstico e do tipo de tratamento (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão & Leal, 2004; Patrão, Leal, & Maroco, 2008). Assim sendo, o fato de o número de mulheres sobreviventes de cancro da mama estar a aumentar significativamente, indica que se pode considerar o cancro da mama como uma doença tratável (Patrão, Leal, & Maroco, 2008).

O diagnóstico e o tratamento do cancro da mama proporcionam, em primeira instância, uma experiência de stress, devido às incertezas que surgem em relação ao futuro, afetando múltiplos aspetos da vida da idosa que podem ter consequências ao nível do seu funcionamento biopsicossocial (Patrão & Leal, 2004; Ramos & Patrão, 2005; Rebelo et al., 2006).

Apesar do diagnóstico de cancro ser experienciado emocionalmente de formas diversas por cada indivíduo, este constitui sempre uma ameaça à vida e à integridade do próprio e conduz a uma necessidade de readaptação das vivências intrapsíquicas (Ramos & Patrão, 2005; Varela & Leal, 2007). Assim, o primeiro impacto emocional perante esta doença surge aquando da experiência de perda e perceção de que a morte está próxima. A mulher afetada inicia um percurso de choque inicial e descrença, seguido de um período de confusão e sofrimento íntimo, sendo que este inclui emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza, passíveis de promover ansiedade, depressão, irritabilidade, falta de apetite, problemas a nível do sono e/ou pensamento intrusivos acerca do futuro (Patrão & Leal, 2004; Rebelo et al., 2006).

Este tipo de resposta emocional, assemelha-se à resposta a um acontecimento stressante, podendo persistir longamente com elevados níveis de depressão e ansiedade, o que corresponde a uma resposta não adaptativa à situação, podendo, por isso, ser classificada no DSM-IV, como perturbação de ajustamento, com depressão e/ou ansiedade, ou misto (Patrão & Leal, 2004). Posteriormente, surge frequentemente uma evolução por parte da doente para a consciencialização da possível perda do órgão afetado como um facto irreversível, até à sua aceitação (Rebelo et al., 2006).

As idosas com cancro da mama, aquando do tratamento, apresentam maior prevalência de dores, insónias, fadiga e distúrbios de humor, comparativamente à população sem cancro.

Por sua vez, a dor, fadiga e depressão, estão significativamente correlacionadas com os níveis de saúde física e psicológica das pacientes (Cheng & Lee, 2011).

O prognóstico do cancro da mama é incerto e os tratamentos são geralmente agressivos, devido aos diversos seus efeitos secundários (e.g., náuseas, vômitos, alterações no estado de ânimo, secura vaginal, diminuição da resistência a infecções, anemia, aumento do peso), expondo a mulher idosa a alterações significativas na sua imagem corporal, o que pode comprometer negativamente a auto-estima e a percepção do corpo como intacto, completo e funcional (Ramos & Patrão, 2005; Rebelo et al., 2006).

Dado que a mama é um símbolo corpóreo da sexualidade por excelência, qualquer patologia que ameace este órgão, promove a perda de auto-estima, e, consequentes sentimentos de inferioridade e rejeição (Ramos & Patrão, 2005). Logo, o impacto psicológico de perder uma mama (no caso da mastectomia) ou parte dela (no caso da tumorectomia) produz um efeito devastador na vida da idosa, uma vez que as mudanças físicas, inerentes à desfiguração e à dificuldade em adaptar-se às próteses, comprometem a auto-imagem e têm repercussões nos relacionamentos interpessoais e, em particular, nas relações íntimas (Rebelo et al., 2006).

Por sua vez, as sobreviventes do cancro apresentam um risco maior de desenvolver inúmeras condições de co-morbilidade, como por exemplo, desenvolver outros tipos de cancro, doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes mellitus (Tipo II) e, consequentemente, acelerar o seu declínio a nível de funcionamento (Demark-Wahnefried et al., 2009).

Independentemente, outro aspeto a ser valorizado é o fato de nem todas as mulheres conferem ao cancro uma atribuição negativa, ao invés, algumas sobreviventes encaram o cancro da mama como uma experiência positiva, no sentido em que apesar de ser traumatizante, permitiu uma transição psicossocial passível de fomentar o crescimento individual e que originou uma reestruturação da perspetiva da vida e do projeto de vida pessoal. Este aspeto apela para além da mortalidade, à sobrevivência com uma doença crónica, que pode ser vivida de forma mais positiva ou não, até pelo risco de recorrência (Patrão & Leal, 2004).

O cancro da mama é a doença oncológica que tem recebido maior atenção a nível da psicologia, daí que o desenvolvimento de inúmeras investigações nesta área tenha aumentado, com o intuito, de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (Rebelo et al.,

2007). Contudo, apesar do aumento da população idosa, a segurança, a eficácia e a necessidade de modalidades terapêuticas nas idosas com cancro permanece ainda pouco estudada (Audisio, 2001). Os pacientes idosos constituem, então, um grupo importante de pacientes a nível do contexto do cancro, que necessita de especial atenção. Contudo, atualmente, a compreensão dos profissionais de saúde acerca dos diversos sintomas experienciados pelos idosos com cancro, é, ainda, muito limitada (Cheng & Lee, 2011).

Neste sentido, apesar da literatura, sugerir que o impacto psicológico do cancro possa ser menos negativo nos idosos, comparativamente aos pacientes mais novos, o *distress* psicológico nos idosos, possível de ser desenvolvido pelo diagnóstico e tratamento de cancro, é real e não deve, de todo, ser negligenciado (Cheng & Lee, 2011).

Para alguns pacientes idosos, maximizar os seus níveis de saúde psicológica e física e da sua qualidade de vida, é o objetivo predominante para superar o tratamento do cancro (Cheng & Lee, 2011). Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, ligados a esta área, (a) contextualizem a qualidade de vida face a uma situação de ocorrência de cancro ligado ao aumento da prevalência de múltiplos sintomas biopsicossociais e que (b) aumentem a eficácia das intervenções, quer na dimensão física, quer na dimensão psicológica (Cheng & Lee, 2011; Demark-Wahnefried et al., 2009).

Diversos estudos indicam que as pessoas idosas apresentam menores probabilidades de receber tratamentos padrão para o cancro da mama (Audisio, 2001). Consequentemente, os níveis de mortalidade para estas pacientes, nas últimas décadas, demonstram modestos desenvolvimentos no tratamento do cancro das idosas, comparativamente às pacientes mais novas, o que sugere que o entendimento do tratamento do cancro da mama nas idosas poderá ser melhorado, havendo, por isso, a necessidade de serem realizadas investigações acerca das necessidades psicossociais das idosas com cancro da mama, não só quando atravessam a fase do diagnóstico e do tratamento, mas também ao longo do tempo de sobrevivência (Audisio, 2001; Patrão & Leal, 2004).

Em Portugal, a investigação científica acerca do cancro da mama nas idosas continua, ainda a ser insuficiente, com necessidade de mais investimento, nomeadamente, em termos de instrumentos de avaliação psicológica adaptados ao contexto nacional (Rebelo et al., 2007).

Futuras investigações devem, ainda, (1) avaliar os scores de *distress* relacionado com os sintomas físicos e psicológicos associados ao cancro, por forma a ajudar a formular decisões médicas mais informadas e mais adequadas a cada caso, (2) identificar os fatores

pré-tratamento e tratamento relacionados com problemas psicológicos e (3) averiguar quais as consequências psicológicas relacionadas com o percurso de tratamentos e o seu impacto na qualidade de vida, para que possam ser desenvolvidas estratégias preventivas eficazes e adequadas (Cheng & Lee, 2011; Patrão & Leal, 2004).

O Sentido Interno de Coerência na Promoção da Saúde da Adulthood Avançada

A teoria salutogénica do Sentido Interno de Coerência (SIC) teve a sua origem em estudos efetuados por Aaron Antonovsky, que incidiram na capacidade que alguns indivíduos possuem para se manterem com saúde e viverem bastante tempo após situações de grande traumatismo (Antonovsky & Sagy, 1986; Lindström & Eriksson, 2006; von Humboldt & Leal, 2008a). Os seus conceitos-chave são os Recursos Generalizados de Resistência (RGR) e o SIC (Lindström & Eriksson, 2006; Söderhamn & Holmgren, 2004). Esta teoria incide em três aspectos fundamentais: (a) a exploração de soluções para o problema, (b) a identificação de RGR que permitem à pessoa mobilizar-se na direção de uma saúde positiva e (c) a identificação do SIC e o seu desenvolvimento nos indivíduos, grupos, populações ou sistemas (Lindström & Eriksson, 2006).

Os Recursos Generalizados de Resistência (RGR) são definidos como fatores biológicos, materiais e psicossociais que permitem ao indivíduo perspetivar a sua vida de forma mais consistente, estruturada e compreensível, nomeadamente: conhecimento, experiência, a auto-estima, comportamentos saudáveis, compromisso, suporte social, cultura, legado financeiro, inteligência, tradições e perspetivas sobre a vida (Lindström & Eriksson, 2006; Söderhamn & Holmgren, 2004). Os RGR poderão possibilitar ao indivíduo construir as suas experiências de vida de forma coerente. Paralelamente, a capacidade que permite a utilização destes recursos é fornecida pelo SIC (Lindström & Eriksson, 2006). Neste contexto, a forma de perspetivar a vida e a capacidade para gerir com sucesso um número variado de stressores complexos, podem ser influenciadas por RGR adequados a um desenvolvimento saudável da componente física e psicológica (Lindström & Eriksson, 2006). Daqui decorre que o SIC constitua a capacidade que cada indivíduo possui de orientação, organização e estruturação em diversas situações, independentemente dos acontecimentos de vida e a sua gravidade (Lindström & Eriksson, 2006).

Antonovsky (1979) descreveu o SIC como sendo uma orientação global, que cada indivíduo possui para perspetivar o mundo, passível de influenciar sua saúde de forma positiva (Lindström & Eriksson, 2006).

O SIC exprime-se de forma individual e única, como uma característica intrínseca a todos os indivíduos, de carácter cognitivo, afetivo e informacional. Assim, esta aptidão interna e global permite ao indivíduo a possibilidade de entender, interpretar e dar sentido às experiências stressantes da vida, traduzindo-se no aumento da sua saúde física e mental. Esta orientação global implica um sentimento dinâmico de confiança no indivíduo que o capacita a perceber, de forma estruturada, previsível e explicável, os estímulos que advêm do seu ambiente interno e externo, ao longo da sua vida (Nunes, 2000; Schmidt & Dantas, 2011; Söderhamn & Holmgren, 2004; von Humboldt & Leal, 2008a;2008b).

Antonovsky (1979) afirma, no contexto do seu modelo teórico, que o SIC compreende a relação entre os acontecimentos de vida stressantes e a sua saúde e sugere que é uma capacidade global que cada indivíduo possui para perspetivar o mundo (Lindström & Eriksson, 2006)

Paralelamente, apesar do SIC se encontrar relacionado com a capacidade que o indivíduo tem para entender os factos e influenciar esses eventos através da utilização de recursos internos e externos e de ser uma predisposição pró-activa e pragmática que permite a mobilização de recursos para enfrentar os agentes stressores, não deve ser confundido com o conceito de *coping* (von Humboldt & Leal, 2008a). Logo, diferentemente do conceito de *coping*, o SIC é um constructo flexível (Lindström & Eriksson, 2006) com aplicabilidade transcultural (e.g., finlandesa, israelita, russa e a africânder) (Nunes, 2000;Söderhamn & Holmgren, 2004).

O SIC permite aferir a posição em que o individuo se encontra no *continuum* de funcionalidade/disfuncionalidade (ou saúde/doença), daí que seja considerado determinante da sua posição e da manutenção ou movimentação do indivíduo para a posição mais funcional. Assim, um grau elevado do SIC posiciona o indivíduo no extremo positivo do *continuum*, o que releva uma regulação adequada da sua saúde. Um SIC reduzido poderá estar relacionado com uma gestão precária da saúde, o que poderá revelar uma regulação inadequada por parte do indivíduo, quando este se aproxima do pólo de disfuncionalidade ou doença (Söderhamn & Holmgren, 2004; von Humboldt & Leal, 2008a).

A capacitação do indivíduo para que este consiga lidar eficazmente com os stressores contribui para a pertinência de um SIC elevado. O SIC permite, ainda, ao indivíduo focar-se na ordem e na coerência, ao permitir a integração de acontecimentos na sua experiência pessoal de vida. Desta forma, o SIC facilita ao indivíduo a adoção de medidas apropriadas para uma dada situação, permitindo a alteração da percepção subjetiva de bem-estar, a progressão da saúde física e psicológica e melhoria qualitativa das relações sociais (Lindström & Eriksson, 2006; Marcelino & Figueiras, 2007). Numa investigação realizada por Antonovsky e Sagy (1986) com adolescentes e a sua resposta emocional perante o stress, estes autores verificaram que o SIC apresenta uma correlação negativa com os estados de resposta ansiosa.

O conceito de SIC é constituído por três dimensões, não hierarquizáveis, a saber: a compreensibilidade, a gestão e significância (Antonovsky, 1987; von Humboldt & Leal, 2008b). O sentido de *compreensibilidade*, corresponde à sua componente cognitiva, o sentido de *gestão* assume-se como a sua componente instrumental ou comportamental e o sentido de *significância* representa a sua componente motivacional (Lindström & Eriksson, 2006). Em concreto, a *compreensibilidade* pode ser entendida como a capacidade de perceber os estímulos internos ou externos como estruturados, previsíveis e explicáveis. Por sua vez, a *gestão*, remete para averiguar quais os recursos disponíveis para que o indivíduo possa verificar quais as exigências impostas pelos estímulos internos ou externos. Por último, a *significância*, permite considerar as exigências impostas pelos estímulos internos, ou externos, como representações de mudança, dignas de investimento e compromisso (Schmidt & Dantas, 2011).

Um SIC elevado permite ao indivíduo entender os acontecimentos, explorar a sua capacidade de gerir as situações e atribuir significado aos acontecimentos, de forma a encontrar a motivação necessária para viver de forma saudável (Lindström & Eriksson, 2006). Nilsson, Holmgren, Stegmayr, e Westman (2003), investigaram a estabilidade do SIC e a sua relação com o género e os factores psicossociais, verificando que o SIC é estável para indivíduos com SIC elevado. Por sua vez, estes autores também observaram que o género feminino apresenta uma maior pré-disposição para que ocorram variações no seu SIC, ou seja, as mulheres tendem a ser mais afetadas pelas modificações que ocorrem nas suas vidas do que os homens.

Adicionalmente e de acordo com o estudo efetuado por Jonsson, Segesten, e Mattsson (2003), verificou-se uma forte relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) e o SIC, sendo esta relação preditora da vulnerabilidade dos sintomas pós-traumáticos no contexto da emergência pré-hospitalar.

Posteriormente, Marcelino e Figueiras (2007) analisaram o padrão inter-relação entre as variáveis ‘Perturbação Pós-Stress traumático’ (PPST), ‘SIC’ e ‘personalidade’ e investigaram se existiam diferenças em relação às variáveis em estudo numa amostra de socorristas e concluíram que os socorristas que apresentavam um número mais elevado de sintomas da PTSD/PPST, tinham um grau reduzido no SIC. Tais resultados vão de acordo com a literatura existente neste contexto no sentido em que se defende a ideia de existir uma forte relação inversa entre PTSD/PPST e SIC, uma vez que à medida que os sintomas da PTSD/PPST aumentam, dá-se uma diminuição gradual da capacidade de compreender, perceber, atribuir significado e investir em determinados recursos psicológicos no sentido de ultrapassar os acontecimentos traumáticos (Marcelino & Figueiras, 2007).

Por outro lado, Marcelino e Figueiras (2007) verificaram, ainda, que o SIC se encontra positivamente associado às dimensões da personalidade, à exceção da variável neuroticismo.

Nas últimas três décadas, a literatura tem vindo a indicar o SIC como um fator salutogénico na promoção da saúde e como um fator influenciador das estratégias utilizadas pelo sujeito face ao diagnóstico e tratamento de doenças, como o cancro da mama (Varela & Leal, 2004). Contudo, a importância das implicações clínicas das investigações acerca do SIC só começou recentemente a ser delineada (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, & Hietanen, 2007).

Efetivamente, apesar de estudos que indicam que um elevado SIC promove e protege a saúde em situações de teor stressante, como doenças graves, existe ainda investigação insuficiente acerca da associação entre o SIC e o *distress* nos pacientes com cancro (Gustavsson-Lilius et al., 2007).

Neste sentido, a prática clínica tem-se focado no bem-estar psicológico dos pacientes com cancro, adotando o conceito de SIC como um provável fator protetor contra o *distress* que, por sua vez, é responsável pelo desenvolvimento de várias perturbações psicológicas, tais como a depressão e a ansiedade (Gustavsson-Lilius et al., 2007).

No estudo efetuado por von Humboldt e Leal (2008b), cujo objetivo era verificar se a relação de ajuda promovia efeitos no SIC de indivíduos idosos, verificou-se que o aumento do

SIC se traduziu nas aptidões dos idosos para encontrar um sentido e ordem, para a sua experiência, assim como também permitiu a estes, obter convicção acerca das suas próprias capacidades e recursos, de forma a conseguirem ajustar-se e enfrentarem os desafios de vida, num contexto de envelhecimento saudável. Tais situações, posteriormente, poderão afetar de forma positiva a qualidade de vida e a saúde física, psicológica e mental dos idosos. Assim sendo, de acordo com estes autores, é relevante para o terapeuta que acompanha os idosos, actuar ao nível do SIC do indivíduo, para que surjam condições que permitam ao idoso, desenvolver o seu bem-estar psicológico e a sua integração social.

Neste contexto torna-se premente a necessidade de procurar estratégias de promoção de saúde cujo funcionamento seja a longo prazo, sendo também fundamental aumentar e melhorar a capacidades dos serviços e políticas de saúde pública. Os estudos/investigações apontam para o modelo salutogénico como princípio orientador em tais intervenções na saúde psicológica e física, sendo que, de acordo com o Instituto de Medicina dos EUA, o Modelo salutogénico do SIC revela-se promissor no que diz respeito a preencher os requisitos principais correspondentes a um conceito de saúde coerente, que, por sua vez, é a necessidade principal para a educação dos profissionais de saúde no séc. XXI (Lindström & Eriksson, 2006).

Em suma, os sistemas de saúde baseiam-se na noção de promoção da saúde das populações. A promoção da saúde tem por objetivo, permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde. Desta forma, o paradigma salutogénico de Antonovsky e o conceito do SIC contribuíram para uma nova visão sobre a saúde, por ser possível o indivíduo gerir de forma positiva o stress da vida (Nunes, 2000). Torna-se pertinente desenvolver investigação sobre o SIC, averiguando a questão da estabilidade do SIC nas amostras clínicas e estendendo os critérios dos resultados para além de medidas de auto-relato (Gustavsson-Lilius et al., 2007).

O SIC como instrumento que pondera diversos aspetos da pessoa humana, tais como a afetividade, as redes informais e formais de apoio social, aspetos cognitivos e informacionais, revela-se promissor como uma mais-valia complementar no quadro de diagnóstico e, assim, orientar mais eficazmente o profissional de saúde nos cuidados a prestar (Nunes, 2000).

A literatura acerca da saúde considera que o Modelo salutogénico do SIC tem vindo a apresentar um potencial elevado para ser uma nova abordagem da avaliação e intervenção dos

indivíduos com doenças crônicas e/ou pertencentes a grupos específicos, como a adultícia avançada (Schmidt & Dantas, 2011).

Atualmente, o contexto de saúde tem vindo a sofrer modificações, o que, tem levado a enfatizar o conceito do SIC como um fator promotor de boa saúde, nomeadamente nos idosos. Por sua vez, o SIC, encontra-se sob a alçada do modelo da homeostase, que surgiu como alternativa ao enquadramento biomédico de saúde e doença (von Humboldt & Leal, 2008a). De acordo com o modelo salutogénico de Antonovsky (1979), o indivíduo é saudável *à priori*, contudo vai sendo, ao longo da sua vida, confrontado com agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida impróprios e perigosos, que atuam como stressores e vão romper o equilíbrio inicial (a homeostase do organismo), daí que seja necessária a intervenção do promotor de saúde, para que o indivíduo idoso possa restabelecer o equilíbrio em questão (Lindström & Eriksson, 2006; Nunes, 2000; von Humboldt & Leal, 2008a).

Desta forma, a promoção da saúde encontrou, através do conceito do SIC, uma nova exploração de metodologias de intervenção cujo intuito principal engloba o fortalecimento da capacidade dos indivíduos gerirem, saudavelmente, o impacto dos agentes traumáticos de natureza psicossocial (Nunes, 2000).

Literatura existente acerca do contexto de promoção da saúde, tem vindo, também, a referenciar o conceito de Bem-Estar, que se encontra intrinsecamente ligados à temática do SIC. Sucintamente, o bem-estar, engloba o Bem-Estar Subjectivo (BES), que remete para uma resposta pessoal avaliativa de índole cognitiva e emocional (Diener & Diener, 1995), enquanto o Bem-Estar Psicológico (BEP), diz respeito a uma tentativa de alcançar a compreensão dos processos psicológicos positivos ligados ao Bem-Estar (Ryff, 1989; Ryff e Keyes, 1995).

A etapa da adultícia avançada implica a presença de stressores que interferem com o nível de coerência do idoso, sendo relevante a noção de que o conceito de saúde do idoso não se encontra subjacente apenas à ausência de doença, mas também à garantia de um elevado nível de funcionalidade do sujeito (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; von Humboldt & Leal, 2008a).

Assim, tendo em conta que o envelhecimento, *per si*, poderá contribuir para diminuir a auto-estima dos idosos, para reduzir os papéis sociais, para interferir com a capacidade cognitiva e para enfraquecer a condição física, as consequências do cancro da mama podem ser marcantes, principalmente na estrutura psicológica da idosa (Audisio, 2001; Goodwin et

al., 2003). Contudo, se neste indivíduo estiver presente um SIC elevado, ou o SIC se desenvolver perante a experiência patológica do cancro, existe potencial de uma percepção de bem-estar subjetivo positiva por parte das idosas e de serem promovidas boas condições de saúde física e psicológica, e um conseqüente aumento da qualidade de vida para esta população (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; von Humboldt & Leal, 2008a).

O Sentido Interno de Coerência e a Doença Oncológica

Milberg e Strang (2004) realizaram um estudo segundo o qual afirmam que investigação recente revelou que é possível adquirir estados psicológicos positivos nos cuidados paliativos apesar do trauma inerente à situação. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever dois conceitos da teoria de Antonovsky do SIC tendo em conta os cuidados paliativos em casa: compreensibilidade (percepção de que o desafio é entendido) e gestão (percepção de que os recursos para gerir a situação estão disponíveis). Os 19 cuidadores informais de doentes oncológicos foram entrevistados e as suas entrevistas foram analisadas através de uma abordagem qualitativa hermenêutica. Os autores concluíram que os elementos que facilitam a compreensibilidade incluem informação acessível, informação simbólica, pressupostos básicos de vida e conhecimento prévio, sendo que estes fatores foram importantes para criar uma realidade congruente. Por outro lado, os elementos que contribuíram para a gestão estão ligados ao poder, apoio, competência e acessibilidade, que num nível mais abstrato resultaram no sentimento de união (Milberg & Strang, 2004).

Tendo em conta que o cancro é considerado um acontecimento de vida stressante que pode resultar numa incapacidade física e/ou emocional, torna-se relevante referir o estudo de Rena, Moshe e Abraham (1996), através do qual os autores pretenderam compreender como é que as pessoas funcionais após um acontecimento de vida stressante que resulta numa incapacidade física e/ou emocional diferem nos seus traços de personalidade ao invés das pessoas que são disfuncionais. Assim, avaliaram o SIC de dois grupos de participantes constituídos por pessoas recentemente incapacitadas por diversas formas de paralisia (1º grupo) e pelos seus cônjuges (2º grupo). Os autores concluíram que o SIC estava significativamente relacionado com o ajustamento à incapacidade, não só para o indivíduo que ficou incapacitado como para o seu cônjuge, o que poderá indicar que o SIC é um fator de personalidade que explica as diferenças individuais no *coping* de uma incapacidade independentemente do seu grau de severidade (Rena, Moshe, & Abraham, 1996).

Igualmente, como o cancro é considerado um acontecimento de vida adverso decidimos incluir o estudo de Surtees, Wainwright e Khaw (2006) cujo objetivo foi testar a hipótese de que o SIC varia consoante a capacidade adaptativa que o individuo tem perante acontecimentos de vida adversos. Desta forma, os autores forneceram um questionário de experiências de vida sobre acontecimentos adversos específicos a 20.921 participantes de ambos os sexos e mediram os seus níveis de SIC, tendo concluído ao longo de 6.7 anos que as medidas de ocorrência de acontecimentos traumáticos adversos e o seu impacto estavam moderadamente associadas ao SIC, o que sugere que o SIC é um potencial indicador da capacidade adaptativa que um individuo tem ao stress social (Surtees, Wainwright, & Khaw, 2006).

No que diz respeito à doença oncológica em geral podemos referir o estudo de Mizuno, Kakuta e Inoue (2009) cujo principal objetivo foi examinar a relação entre o SIC, o apoio social, as consequências do cancro, o pensamento “porquê eu?” e a Qualidade De Vida (QDV) como um índice de adaptação e conceitos relacionados com as capacidades de autocuidado de 60 pacientes que foram diagnosticados e submetidos a uma cirurgia para cancro do sistema digestivo. Os resultados indicaram, então, que a QDV está fortemente relacionada com o SIC e que as consequências do cancro estavam moderadamente correlacionadas com o apoio social, sendo que o SIC e as consequências do cancro contribuíram para 54% da variância da QDV. A única variável que estava correlacionada negativamente com o SIC foi o pensamento “porquê eu?”, sendo que o SIC. Os autores concluíram que o SIC está positivamente correlacionado com a QDV, o que leva a crer que as intervenções de enfermagem que estejam focalizadas no SIC e nas consequências do cancro possam ter um efeito significativo da QDV dos pacientes que foram submetidos a uma cirurgia oncológica (Mizuno, Kakuta, & Inoue, 2009).

O estudo de Strang e Strang (2001) foi também acerca do SIC e doentes oncológicas. Os autores concluíram que a dimensão compreensibilidade fora construída pelos próprios pensamentos e teorias dos pacientes apesar da insegurança da situação, a dimensão gestão foi desenvolvida pela ativação de estratégias de procura de informação através do suporte social e através das estratégias de *coping* e a dimensão significância foi fundamental para a qualidade de vida e foi desenvolvida pelas relações pessoais próximas, pela fé e pelo trabalho. Estes autores defendem também a ideia de que o SIC como conceito pode explicar como as pessoas mesmo expostas a acontecimentos adversos podem conseguir superar essas situações. O SIC

na sua construção integra partes essenciais do modelo de coping/stress (compreensibilidade, gestão) e da espiritualidade (significância) (Strang & Strang, 2001).

Lethborg, Aranda, Bloch e Kissane (2006) utilizaram métodos qualitativos para elicitare pensamentos e atitudes de pacientes com cancro avançado, sendo que os dois objetivos interrelacionados deste estudo foram explorar como é que os 10 participantes experienciam e aplicam significado e considerar se esta experiência oncológica pode ser compreendida aquando de um quadro integrado num mundo hipotético, integrado no SIC e incorporado num significado baseado no enfrentamento da situação. Os resultados sugerem que estes três domínios interrelacionados (mundo hipotético, SIC e significado baseado no enfrentamento da situação) dão origem a um caminho adaptativo através da coerência e senso do próprio (Lethborg, Aranda, Bloch, & Kissane, 2006).

Gustavsson-Lilius M., Julkunen, Keskivaara e Hietanen (2007) realizaram um estudo acerca do SIC e doentes oncológicas, sendo que os autores referem que o SIC é um forte fator protetor contra o desenvolvimento de distress existente em pacientes com cancro, uma vez os pacientes oncológicos com um elevado SIC tenderam a manter o bem-estar psicológico ao longo do estudo.

Nas investigações realizadas por Siglen, Bjorvatn, Engebretsen, Berglund e Natvig (2007) cujo intuito foi avaliar o SIC das pacientes oncológicas, os autores afirmaram que o *distress* associado ao cancro encontra-se relacionado com os sintomas de ansiedade e depressão e que o SIC encontra-se significativamente associado com a ansiedade e a depressão. Tal, pode de fato validar a hipótese de que o SIC permite uma diminuição do *distress* ligado ao cancro, ajudando as pacientes a superar melhor esta etapa das suas vidas (Siglen, Bjorvatn, Engebretsen, Berglund, & Natvig, 2007).

Tendo em conta estudos que abordam tipologias de cancro mais específicas torna-se importante referir o estudo de Black e White (2005) que consideraram um modelo cognitivo do distúrbio de stress pós-traumático examinando a relação entre o SIC e o medo de re-ocorrência da sintomatologia da perturbação de stress pós-traumático em 36 participantes sobreviventes de cancro hematológico, sendo que obtiveram relações estatisticamente significativas entre o SIC e o medo de re-ocorrência e o PSPT, o que originou a possibilidade de uma futura utilização do constructo do SIC como medida de rastreio para a vulnerabilidade de desenvolver o PSPT nesta população.

Vilela e Allison (2010) testaram a hipótese de que as pessoas com cancro na cabeça e no pescoço com um elevado SIC têm uma taxa de sobrevivência maior comparativamente aos pacientes oncológicos com um reduzido SIC, tendo por isso avaliado durante 39 meses 162 sujeitos com diagnóstico recente de cancro na cabeça e no pescoço e tendo verificado que 140 participantes tiveram um status de sobrevivência de um ano. Porém, os autores não encontram nenhuma associação entre o SIC e o status de um ano de sobrevivência ou duração de sobrevivência, sendo que concluíram que um elevado SIC comparado a um reduzido SIC não parece estar implicado na questão da sobrevivência para esta população Brasileira (Vilela & Allison, 2010).

Ramfelt, Langius, Björvell e Nordström (2000) tiveram como principal objetivo descrever os papéis atuais e preferenciais dos pacientes oncológicos colo-retais recém diagnosticados perante o seu tratamento e decisões associadas e relacionar estes fatores com dados sociodemográficos, com o SIC e com o significado que a doença tem para o paciente. A amostra deste estudo foi construída por 86 pacientes e os resultados demonstraram que 62% destes preferiam um papel colaborativo e os restantes 28 % preferiam um papel passivo nas decisões dos seus tratamentos. A média do SIC dos participantes foi de 150 e não houve diferenças significativas entre o SIC e o significado da doença. Assim, os autores concluíram que o SIC não se encontra relacionado com as preferências de tomada de decisão dos pacientes oncológicos em relação ao seu tratamento para esta população. Não obstante, futuras investigações são requeridas para compreender melhor os fatores que influenciam as preferências de tomada de decisão (Ramfelt, Langius, Björvell, & Nordström, 2000).

No estudo elaborado por Boscaglia e Clarke (2007) com mulheres com diagnóstico de cancro ginecológico, os autores verificaram que o SIC pode ser considerado um fator protetor contra a desmoralização ocorrida durante uma patologia grave. Desta forma, os profissionais de saúde devem estimular o aumento do SIC dos seus pacientes.

No estudo realizado por (Gerasimčik-Pulko, Pileckaitė-Markovienė, Bulotienė, & Ostapenko, 2009), os autores tiveram uma amostra composta por mulheres com cancro da mama que sofreram tratamento de conservação da mama e mulheres com cancro da mama que foram mastectomizadas, conclui-se que as mulheres com um nível de SIC mais elevado após tratamento de conservação do peito demonstraram um funcionamento emocional melhor, tiveram menos efeitos secundários derivados da tratamento oncológico e sofreram menos fadiga e dor comparativamente às mulheres com um menor SIC e que fizeram tratamento de

conservação do peito. Da mesma forma, as mulheres mastectomizadas com um grau de SIC elevado apresentaram um funcionamento físico, emocional, cognitivo e social muito satisfatório, sendo que sofreram muito menos fadiga e perda de apetite, tiveram muito menos dificuldades financeiras, sofreram menos efeitos secundários e dores mamárias provocadas pelo tratamento oncológico e sentiram muito menos distress relacionado com a imagem corporal e com as perspetivas de futuro modificadas (ver em anexo I a tabela dos resumos do SIC e a doença oncológica).

A presente investigação constitui-se como um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional e tem como objetivo principal analisar as relações do SIC com o diagnóstico do cancro da mama em mulheres com mais de 74 anos.

Assim, de forma a atingir este propósito estabelecemos três objetivos específicos, a saber:

- (i) Averiguar a existência, ou não, de uma associação significativa entre o cancro da mama e o SIC de idosas;
- (ii) Analisar se existem diferenças significativas no grau do SIC das participantes com e sem diagnóstico de cancro da mama
- (iii) Averiguar se as participantes com diagnóstico de cancro da mama apresentam diferenças significativas nas dimensões compreensibilidade, significância e gestão do SIC.

Método

Participantes

Foi realizada no presente estudo a amostragem por conveniência, mais especificamente a técnica de snow-ball, na qual o primeiro participante voluntário recomenda outros elementos seguintes, que por sua vez recomendam outros possíveis participantes e assim sucessivamente, o que permite que a amostra cresça de forma exponencial (Maroco & Bispo, 2005).

É ainda importante referir que não é possível demonstrar a representatividade da amostra perante a população teórica, uma vez que esta amostragem não é aleatória ou não-probabilística, (Maroco & Bispo, 2005)

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) idade igual ou superior 74 anos; (2) aptidão cognitiva (ponto de corte para não analfabetos = 26 pontos (Nunes, 1999)); e (3) não institucionalização (centros de dia, residência própria e faculdades sénior).

A amostra foi constituída por 124 idosas residentes em Portugal continental, cujas idades variam entre os 74 e os 98 anos ($M = 82.3$; $DP = 6.24$), sendo que 62 destas participantes foram diagnosticadas com cancro da mama em remissão e 62 sem cancro da mama.

Materiais

Os instrumentos utilizados para a realização do presente estudo foram os seguintes: o (1) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o (2) Questionário de dados Socio-Demográficos e a (4) Escala de Sentido Interno de Coerência (SIC).

Mini-exame do estado mental. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo I) é um instrumento de avaliação neuropsicológica breve, cujo intuito principal é a deteção de perdas cognitivas e despistagem de inícios demenciais (Calixto & Martins, 2010) tendo sido utilizado neste estudo como critério de exclusão/inclusão dos participantes.

Este instrumento foi adaptado para Portugal (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1993) do Mini-Mental State Examination (MMSE - Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o intuito de avaliar funções cognitivas específicas,

nomeadamente, a orientação a nível de tempo (5 pontos) e a nível de espaço (5 pontos), o registo de três palavras (3 pontos) que visa avaliar a memória, a atenção e cálculo (5 pontos), a Memória das três palavras anteriormente ditas (3 pontos), a Linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar até um total máximo de 30 pontos (Calixto & Martins, 2010).

A consistência interna do MEMM apresentou um *Alfa* de Cronbach de 0,901, sendo este valor bastante satisfatório, o que demonstra uma alta consistência interna, i.e., os itens encontram-se significativa e fortemente correlacionados entre si (Guerreiro et al., 1994).

O MEEM apresenta-se como um teste eficaz e subjacente a um vasto espectro de abrangência a nível de situações psiquiátricas e médicas, sendo que apresenta uma elevada fiabilidade inter-observador e uma boa fidelidade teste-reteste em condições estáveis (Calixto & Martins, 2010; Pereira & Roncon, 2010).

Questionário de dados socio-demográficos. O Questionário de caracterização Socio-demográfica (Anexo II) foi desenvolvido exclusivamente para o presente estudo, no sentido de se adquirirem determinadas informações específicas em relação aos participantes.

Este instrumento é constituído por 27 itens e inclui informação sócio-demográfica (sexo, nacionalidade, idade) código postal, tipo de localidade, tipo de habitação, casa própria/casa alugada/casa familiares/casa partilhada ou casa cedida pela Câmara Municipal, estado civil, agregado familiar, numero de filhos, numero de netos, orientação sexual, existência de apoio formal, tipo de apoio formal, anos de escolaridade, situação profissional, anterior profissão quando reformado ou presente profissão, terapia farmacológica ou psicoterapia do foro psicológico ou psiquiátrico em curso, doenças, medicação diária, atividades de lazer e tempos livres, prática de desporto, rendimento, avaliação da situação económica e religião.

Escala de sentido interno de coerência. A escala do sentido interno de coerência (SIC) (Anexo III) foi adaptada e traduzida por Nunes (1999) do *Sense of Coherence Questionnaire* (Antonovsky, 1987), é designada como um instrumento de avaliação auto-descritivo, cujo principal intuito é avaliar o grau de sentido interno de coerência dos indivíduos e é constituída por 29 itens agrupados em 3 sub-escalas/dimensões,

nomeadamente, a Compreensibilidade, a Gestão e a Significância) (Marcelino & Figueiras, 2007; von Humboldt & Leal, 2008b).

Na validação da escala do sentido interno de coerência para Portugal, os resultados do estudo de Nunes (1999), com uma amostra de 643 participantes, indicam uma elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.83 a 0.90), validade convergente com o Locus de Controlo Interno-Locus de Controlo Externo ($r= +0.36$) e com a avaliação subjectiva da saúde ($r= +0.31$) e uma forte consistência e validade interna em situações de re-teste (ou teste re-teste) ($r=0.88$), o que reforça a pertinência transcultural deste constructo (Crespo, 1999; Nunes, 2000).

Este questionário é constituído por 27 afirmações, sendo pedido aos participantes que seleccionem uma resposta através de uma escala semântica diferencial do tipo likert, de 7 pontos e com duas frases opostas nos seus extremos (Marcelino & Figueiras, 2007; Nunes, 2000).

Para calcular a pontuação total é necessário somar todos os itens, sendo que 13 destes (itens 1,4,5,6,7,11,13,14,16,20,23,25,27) por terem sido formulados na negativa, têm de ser invertidos, por forma a que a uma pontuação elevada expresse sempre um SIC forte (Crespo, 1999). Tendo em conta que o valor máximo desta escala é igual a 203, quando o resultado de cada questionário é menor ou igual a 140,37 (valor da média do teste), considera-se um SIC baixo, ou reduzido, e, ao invés, quando o score total de cada questionário é superior a 140,37, considera-se um SIC alto, ou elevado (Crespo, 1999).

As três dimensões do SIC, nomeadamente, a *Compreensibilidade*, a *Gestão* e a *Significância*, correspondem a 11 itens (1,3,5,10,12,15,17,19,21,24,29), 10 itens (2,6,9,13,18,20,23,25,27,29) e 11 itens (4,7,8,11,14,16,22,28), respetivamente, perante o total dos 29 itens da escala SIC (Nunes, 2000).

A média da Compreensibilidade é 47.87, sendo que valores inferiores ou iguais a este correspondem a uma reduzida compreensibilidade. Por outro lado, a dimensão Gestão compreende uma média de 51.05, o que significa que valores inferiores ou iguais a esta média serão considerados como uma reduzida capacidade de gestão. Por último, a nível da significância, a média corresponde a 42.08, levando a que se considere como uma elevada capacidade de significância valores superiores a esta média (Crespo, 1999).

Procedimento

Foram realizados contactos com diferentes instituições, nomeadamente, Residências de Repouso Sénior (com idosos não institucionalizados), Universidades “sénior” e Centros de Dia de idosos, onde se apresentou o documento de pedido de autorização formal (Anexo IV) aos responsáveis pelas instituições para, em primeiro lugar, receber autorização para deslocação aos sítios respetivos e, posteriormente, ter esses mesmos indivíduos responsáveis pelas instituições a atuar como intermediários na comunicação de informação entre os participantes e a pessoa que iria aplicar os questionários.

Os questionários foram heteroadministrados e estabeleceram-se diversos contactos pessoais e diretos com vários idosos em domicílio próprio e locais públicos, onde se forneceu oralmente toda a informação necessária para a voluntarização na aplicação dos questionários. A aplicação dos questionários foi individual, tendo sido sempre esclarecidas quaisquer dúvidas que surgissem e referido que os dados iriam ser anónimos e confidenciais, quais os objetivos do presente estudo e confirmação de que a participação é voluntária (Anexo IV).

Estes instrumentos seguiram sempre a mesma ordem de aplicação para todos os participantes. Assim, o MEEM foi o primeiro a ser aplicado seguido do Questionário de Dados Socio-demográficos e finalmente o questionário do Sentido Interno de Coerência (SIC).

Foram cumpridas as principais normas de ética envolvidas na aplicação destes instrumentos, forneceu-se informação clara, elucidativa acerca dos objetivos do estudo e do facto da participação ser voluntária, havendo o total direito de desistir ou recusar a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo para o participante, protegeram-se os participantes de qualquer dano físico, psicológico e emocional ou desconforto que poderiam estar associados aos preenchimentos do inquérito e manteve-se a confidencialidade e anonimato de qualquer informação recolhida acerca dos participantes durante a investigação.

De forma a proceder à análise dos dados obtidos utilizámos o programa SPSS Statistics 19 (versão 19.0; SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados

As características socio-demográficas dos participantes deste estudo encontram-se descritas na seguinte tabela:

Tabela 2. Variáveis socio-demográficas

Variáveis	<i>Com Cancro da Mama</i>		<i>Sem Cancro da Mama</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idade				
70-79	31	24,9	27	21,7
80-99	31	24,9	35	28,5
Estado civil				
Não Casado	11	8,9	32	25,8
Casado/união de facto	51	41,1	30	24,2
Anos de Escolaridade				
Sem Escolaridade e Primária	12	9,7	28	22,5
Básica e Secundária	36	29,4	23	18,4
Universitária	14	11,2	11	8,8
Religião				
Com Religião	61	19,2	59	47,5
Rendimento Mensal				
< 500 €	22	17,6	18	14,4
500-1000	13	9,6	31	24,9
>1000 €	27	22,4	13	10,4
Estatuto Profissional				
Reformado	36	29,0	49	39,5
Ativo	26	21	13	10,4

Tendo em conta outras características socio-demográficas, quanto à doença predominante na amostra deste estudo, metade das participantes apresentaram cancro da mama em remissão, enquanto as restantes apresentaram doenças do fórum vascular/cardíaco

(9,7 %), cataratas (8,9%), diabetes (6,5%), hipertensão (12,1%), osteoporose (2,4%) e outras doenças (10,5%). A maioria das participantes era casada ou encontrava-se em união de facto (65,3 %), sendo que cerca de 26% eram viúvas e as restantes eram divorciadas/separadas de facto (5,6 %) ou solteiras (2,4 %).

Relativamente ao número do agregado familiar das participantes, a grande maioria (58,1%) vivia com duas pessoas, 21,8 % vivia com uma pessoa, 8,1 % viviam sozinhas, 8,9% viviam com três pessoas e as restantes viviam com quatro pessoas. Em termos de estatuto profissional 68,5 % das participantes eram reformadas, enquanto as restantes eram profissionalmente ativas.

Por último, quanto ao estatuto profissional 68,5% eram reformados, 14,5 eram profissionais especializados, 4,8 eram trabalhadores não especializados e 12,1% eram artistas.

Características Psicométricas da Escala de Sentido Interno de Coerência

Como se pode verificar na Tabela 3, a escala SIC apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,93$), assim como a dimensão ‘compreensibilidade’ ($\alpha = 0,80$), a dimensão ‘gestão’ ($\alpha = 0,82$) e a dimensão ‘significância’ ($\alpha = 0,84$). Os resultados sugerem que a escala SIC e as suas respetivas dimensões apresentam uma elevada fidelidade.

Por forma a averiguar se a escala do SIC e as suas dimensões apresentam boas propriedades psicométricas ao nível da sensibilidade, calculámos a assimetria (g^1) e o achatamento (g^2) para cada uma destas variáveis. Tendo em conta que os valores absolutos da assimetria e do achatamento devem ser $]-1,1[$ constatámos que a escala do SIC e as suas dimensões revelam uma sensibilidade satisfatória ($|g^1|$ e $|g^2| \sim 0$).

Tabela 3. Consistência interna, assimetria e achatamento da escala de Sentido Interno de Coerência e das suas dimensões

Variáveis	Alfa de Cronbach	Itens	Assimetria	Achatamento
SIC	0,93	29	-0,55	-0,15
Compreensibilidade	0,80	11	-0,78	0,22
Gestão	0,82	10	-0,49	-0,30
Significância	0,84	8	-0,08	-0,56

Nota: N= 124

Utilizámos o teste de Pearson como medida de associação para avaliar a correlação entre as médias das dimensões do SIC, uma vez que estas variáveis são do tipo quantitativo. Assim, verificámos uma correlação positiva e bastante elevada entre a dimensão compreensibilidade e gestão e uma correlação positiva e elevada tanto para a dimensão significância e a dimensão gestão elevada, como para a dimensão significância e a dimensão compreensibilidade (Tabela 4). As dimensões são diretamente proporcionais entre elas, ou seja, quando o valor de uma dimensão aumenta, o valor da outra dimensão aumenta também, ou o invés (Maroco & Bispo, 2005).

Tabela 4. Correlação entre as dimensões do Sentido Interno de Coerência

	Gestão	Significância
Compreensibilidade	0,83 (p = 0,00)	0,74 (p = 0,00)
Gestão		0,71(p = 0,00)
Significância		

Nota: N= 124

Análise das Correlações do SIC

Para averiguar a existência de associação entre o cancro da mama e o SIC de idosas, utilizámos a medida de associação Bisserial por pontos para correlacionar o ‘SIC’, a ‘compreensibilidade’, a ‘gestão’ e a ‘significância’ com a variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’. Usámos a medida de associação acima descrita para correlacionar estas duas variáveis, dado que pretendemos verificar a associação entre uma variável qualitativa dicotómica (‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’) e uma variável quantitativa (as restantes variáveis) (Maroco, 2010).

De acordo com a Tabela 5, para esta amostra não se apurou nenhuma correlação estatisticamente significativa entre o ‘SIC’ e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama em remissão’. Também não se verificou nenhuma associação estatisticamente significativa entre as dimensões do SIC e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama em remissão’.

Tabela 5. Correlação entre o Sentido Interno de Coerência e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama em remissão’ e entre as dimensões do Sentido Interno de Coerência e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama em remissão’

	Diagnóstico de cancro de mama em remissão
--	---

SIC	0,09 ($p = 0,30$)
Compreensibilidade	0,13 ($p = 0,15$)
Gestão	0,03 ($p = 0,71$)
Significância	0,09 ($p = 0,32$)

Nota: N= 124

Porém, como se pode verificar na Tabela 6, os resultados indicaram uma correlação positiva e bastante elevada entre o ‘SIC’ e a variável ‘Estatuto profissional’ ($r = 0,83$; $p = 0,02$). A associação do SIC com a variável ‘Medicamentos’ foi negativa e reduzida ($r = -0,25$; $p = 0,01$), a associação entre o SIC e os ‘Rendimentos’ foi positiva e reduzida ($r = 0,22$; $p = 0,02$) e a associação entre o SIC e os ‘Anos de escolaridade’ foi moderada ($r = 0,39$; $p = 0,00$).

Tabela 6. Correlação entre o ‘Estatuto profissional’, os ‘Medicamentos’, os ‘Rendimentos’ e ‘Anos de escolaridade’ com o SIC.

	SIC
Estatuto profissional	0,83 ($p = 0,02$)
Medicamentos	-0,25 ($p = 0,01$)
Rendimentos	0,22 ($p = 0,02$)
Anos de escolaridade	0,39 ($p = 0,00$)

Nota: N= 124

Tendo em conta os resultados acima descritos, tornou-se pertinente verificar se o ‘SIC’ apresenta relações com os ‘Anos de escolaridade’. Para tal utilizámos uma regressão linear univariada para averiguar a existência de uma relação entre o ‘SIC’ (variável dependente) e os ‘Anos de escolaridade’ (variável independente 1) e para averiguar o grau de influência da variável independente na variável dependente (Maroco e Bispo, 2005). Para um nível de significância de 0,05, os resultados indicam que existe uma relação entre o Score do SIC e os anos de escolaridade ($p = 0,00$) e que 14.6 % da variação do Score do SIC é explicada pelos

anos de escolaridade ($R^2 = 0,146$), havendo 85.4 % da variação do Score do SIC que é explicado por outros fatores.

Análise das Diferenças entre Grupos

Analisando a amostra total, como se pode verificar na Tabela 7, constatámos que o SIC apresentou uma média de 130,98 ($DP = 28,44$), a Compreensibilidade apresentou uma média de 49,19 ($DP = 10,87$), na Gestão a média foi de 46,16 ($DP = 10,45$) e na Significância a média foi de 35,63 ($DP = 9,72$).

Tabela 7. Média, desvio-padrão, mínimo e máximo da escala Sentido Interno de Coerência e das suas dimensões

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
SIC	130,98	28,44	45	187
Compreensibilidade	49,19	10,87	18	69
Gestão	46,16	10,45	16	68
Significância	35,63	9,72	11	56

Nota: N = 124

Verificámos também que o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresenta um nível de SIC ligeiramente superior ($M = 133,63$; $DP = 25,62$), numa escala de 1 a 7, comparativamente ao grupo sem cancro da mama ($M = 128,34$; $DP = 30,99$) (Tabela 9). Relação às dimensões do SIC, o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresentou uma média ligeiramente superior ao nível da ‘compreensibilidade’ ($M_{TotalComp} = 50,61$; $DP_{TotalComp} = 9,77$) ‘gestão’ ($M_{TotalGestão} = 46,52$; $DP_{TotalGestão} = 9,32$) e ‘significância’ ($M_{TotalSig} = 36,50$; $DP_{TotalSig} = 9,01$), comparativamente à média do grupo sem cancro da mama para as mesmas dimensões ($M_{TotalComp} = 47,63$; $DP_{TotalComp} = 11,65$; $M_{TotalGestão} = 45,81$; $DP_{TotalGestão} = 11,54$; $M_{TotalSig} = 34,76$; $DP_{TotalSig} = 10,37$) (Tabela 9). Contudo, estas diferenças não foram estatisticamente significativas como se pode verificar seguidamente após a análise dos pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias (Tabela 9).

Pretendeu-se averiguar se as idosas com cancro da mama apresentam diferenças significativas em relação ao SIC (2º objetivo específico) e em relação às dimensões compreensibilidade, significância e gestão (3º objetivo específico). Para tal, testámos a

normalidade da variável 'SIC' e das suas dimensões, 'gestão', 'significância' e 'compreensibilidade', em relação à variável 'diagnóstico de cancro da mama em remissão'. Tal análise foi realizada através Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que os subgrupos da variável em questão correspondem a uma dimensão de 62, respetivamente (Maroco & Bispo, 2005). Assim, verificámos que o SIC apresenta uma distribuição normal tanto para o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão ($p = 0,20$), como para o grupo sem cancro da mama ($p = 0,09$) (Tabela 8). A dimensão 'compreensibilidade' não apresenta uma distribuição normal no grupo sem cancro da mama e normal no grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão. A dimensão 'gestão' apresenta uma distribuição normal perante grupo sem cancro da mama, porém não normal no grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão e a dimensão 'significância' apresenta uma distribuição normal em ambos os grupos.

Tabela 8. Teste de normalidade entre o Sentido Interno de Coerência, as dimensões do Sentido Interno de Coerência e a variável ‘Diagnóstico de cancro da mama’

Variável1	Variável 2	Teste de Kolmogorov-Smirnov
		<i>p-value</i>
SIC	Grupo sem cancro da mama	0,20
	Grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão	0,09
Compreensibilidade	Grupo sem cancro da mama	0,01
	Grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão	0,20
Gestão	Grupo sem cancro da mama	0,20
	Grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão	0,00
Significância	Grupo sem cancro da mama	0,20
	Grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão	0,06

Nota: N= 124

Seguidamente, por forma a testar se as variâncias do ‘SIC’ e se as suas dimensões seriam homogêneas utilizámos o teste de homogeneidade de variâncias de Levene. Para um nível de significância de 0,05, os resultados indicam que existe homogeneidade das variâncias para a variável ‘SIC’ e as suas dimensões ‘Compreensibilidade’, ‘Gestão’ e ‘Significância’.

A partir do resultado obtido pelos testes acima referidos, recorreremos ao teste paramétrico t-student para comparar o ‘SIC’ com a variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’ e para comparar as dimensões do SIC com a variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’. Como se pode verificar na Tabela 9, para um nível de significância de 0,05, não existem diferenças significativas ($p = 0,30$) para o SIC, assim como também não existem diferenças significativas entre a variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’ e as dimensões ‘Compreensibilidade’ ($p = 0,15$) e ‘Significância’ ($p = 0,32$).

Recorreremos, ainda, ao teste não-paramétrico denominado por Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparar a média das variáveis que não respeitaram os pressupostos de normalidade, sendo que também não se verificaram diferenças significativas entre o variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’ e a dimensão ‘gestão’ ($p = 0,69$) (Tabela 9).

Tabela 9. Média, desvio-padrão, mínimo, máximo e estatística de teste do Sentido Interno de Coerência e suas dimensões para o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão e para o grupo sem cancro da mama

	Grupos	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Teste t-student</i> <i>p-value</i>	<i>Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney</i> <i>p-value</i>
SIC	Com Diagnóstico de cancro da mama em remissão	133,63	25,62	75	172	0,30	
	Sem cancro da mama	128,34	30,99	45	187	0,30	
Compreensibilidade	Com Diagnóstico de cancro da mama em remissão	50,61	9,77	26	66	0,15	
	Sem cancro da mama	47,63	11,65	18	69		0,17
Gestão	Com Diagnóstico de cancro da mama em remissão	46,52	9,32	24	61		0,69
	Sem cancro da mama	45,81	11,54	16	68	0,71	
Significância	Com Diagnóstico de cancro da mama em remissão	36,50	9,01	17	51	0,32	
	Sem cancro da mama	34,76	10,37	11	56	0,32	

Nota: N= 124

Discussão dos Resultados

No presente estudo a escala SIC (Alpha de Cronbach de 0.93) e as suas respetivas dimensões apresentam uma elevada consistência interna. Relativamente à validação da escala do sentido interno de coerência para Portugal, os resultados do estudo de Nunes (1999), com uma amostra de 643 participantes, indicaram, também, uma elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.83 a 0.90). Por sua vez, von Humboldt e Leal, (2008b) obtiveram um alfa de 0,80 em relação à escala do SIC para uma população idosa, o que indicou que este instrumento apresenta uma boa fidelidade.

Tendo em conta o primeiro objetivo específico cujo intuito foi averiguar a existência, ou não, de uma associação significativa entre o cancro da mama e o SIC das participantes, não se verificaram associações significativas entre o score do SIC e o cancro da mama. Assim sendo, não apurámos nenhuma correlação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Os resultados também não indicaram uma correlação estatisticamente significativa entre o cancro da mama e as dimensões do SIC, nomeadamente, a Compreensibilidade, a Gestão e Significância.

Segundo Cheng e Lee (2011), apesar do impacto psicológico do cancro poder ser menos negativo nos idosos, comparativamente aos pacientes mais novos, o *distress* psicológico nos idosos, associado ao diagnóstico e tratamento de cancro não deve ser subestimado (Cheng & Lee, 2011). O *distress* poderá estar correlacionado com o SIC e desta forma interferir numa possível correlação entre o SIC e o cancro da mama, embora não existam ainda estudos que possam comprovar esta associação (Gustavsson-Lilius et al., 2007).

O SIC encontra-se correlacionado com diversas variáveis de saúde que não foram tidas em conta nesta investigação, nomeadamente o suporte social, o stress, as estratégias de coping, o bem-Estar Psicológico e co-morbilidades nos idosos e a resiliência (Antonovsky, 1987, 1985; Boscaglia & Clarke, 2007). Assim, é possível que ao existir correlação com estas variáveis, o cancro da mama e o SIC não aparentem uma associação direta devido à multiplicidade de fatores potencialmente associados a estas duas variáveis.

Diversos autores defendem a ideia de que a experiência sintomática das pacientes idosas com cancro já apresenta muitas vezes co-morbilidades pré-existentes, assim como a suscetibilidade para acumular múltiplas doenças crónicas e o declínio das capacidades (Cheng & Lee, 2011), o que pode ter como consequência um SIC reduzido.

Neste estudo, as variáveis ‘Estatuto profissional’ e os ‘Anos de escolaridade’ apresentam uma correlação positiva e bastante elevada e uma correlação positiva e moderada com SIC, respetivamente. De facto, para Antonovsky (1987) é também no âmbito profissional, do qual normalmente deriva a posição na estratificação social, que se desenvolve o sentido de coerência ao longo da vida.

Neste contexto, verificámos que os anos de escolaridade apresentam uma relação, embora reduzida com o SIC. Tendo em conta estes resultados, os anos de escolaridade poderão estar a influenciar o score do SIC (Antonovsky, 1987). Assim, os resultados indicam que 14.6 % da variabilidade do SIC pode ser explicada pelos anos de escolaridade.

Por outro lado, ao contrário do que os resultados deste estudo indicaram, Larsson e Kallenberg (1996) não encontraram correlação entre o sentido de coerência e a escolaridade, bem como entre o sentido de coerência e os rendimentos. Relativamente à associação entre o SIC e a variável ‘Rendimentos’, esta foi, também, uma correlação positiva, porém reduzida. O que vai de encontro ao estudo elaborado por Ing e Reutter (2003), cujos resultados indicaram uma pequena mas significativa correlação entre o sentido de coerência e os rendimentos familiares. As autoras afirmam ainda que o sentido de coerência funciona como interveniente na relação entre os rendimentos e a auto-perceção do estado de saúde, apesar de não funcionar como moderador desta relação.

De acordo com o segundo e o terceiro objetivo específicos, cujo intuito era averiguar se existem diferenças significativas no SIC e nas dimensões do SIC das participantes com e sem diagnóstico de cancro da mama, constatámos que o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão não apresentou diferenças significativas comparativamente ao grupo sem cancro da mama em relação ao total de SIC e às suas dimensões. Estes resultados não vão de encontro à literatura no sentido em que nem todas as mulheres conferem ao cancro uma atribuição negativa, o que permite uma transição psicossocial capaz de fomentar o crescimento individual e a reestruturação da perspectiva de vida e do projeto de vida pessoal (Patrão & Leal, 2004). Consequentemente o SIC poderá aumentar devido a esta reestruturação psicológica e levar a uma melhor adaptação à doença oncológica.

As participantes com cancro da mama no momento do diagnóstico da doença oncológica, poderiam já ter um score de SIC reduzido, tendo este score sido mantido até a altura em que se aplicaram as escalas do SIC. Logo o SIC poderá não ter variado devido ao cancro mas também poderá não ter diminuído e neste caso o SIC teria atuado como protetor

da saúde psicológica dos indivíduos (Boscaglia e Clarke, 2007; Gustavsson-Lilius et al., 2007) Contudo, como este estudo não foi um estudo longitudinal não foi possível a avaliação da variação dos scores do SIC.

Por outro lado o próprio processo de envelhecimento poderá afetar o score do SIC das participantes, reduzindo-o. Segundo a literatura atual, a etapa da adultícia avançada implica a presença de agentes promotores de *distress* que interferem com o nível de coerência do idoso (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; von Humboldt & Leal, 2008a), nomeadamente a diminuição da auto-estima, a redução dos papéis sociais, a diminuição da capacidade cognitiva e o enfraquecer da condição física, (Audisio, 2001; Goodwin et al., 2003).

As participantes do grupo sem cancro da mama podem ter tido acontecimentos de vida stressantes ou traumáticos, o que conseqüentemente levou a uma redução dos scores de SIC. A qualidade de vida na adultícia avançada é significativamente reduzida por acontecimentos de vida stressantes como o cancro da mama (Lima, Barros, César, Goldbaum, Carandina, & Ciconelli, 2009).

O grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão pode também ter tido acontecimentos de vida traumáticos para além da doença oncológica cuja consequência foi um score de SIC reduzido. Segundo, Hintermair (2004) o SIC tem sido explorado como um fator relacionado com acontecimentos de vida adversos/stressantes e com o nível de satisfação de vida subjetiva. Porém, vários autores afirmam que o SIC não atua como moderador dos efeitos do stress na depressão ou distress psicológico, nem nos efeitos de eventos traumáticos na saúde, ou seja o SIC não reduz o impacto social dos stressores na saúde. (Ing & Reutter, 2003).

Apesar dos participantes com e sem diagnóstico de cancro da mama não apresentarem diferenças significativas no score do SIC, os resultados destes estudos indicaram diferenças ligeiras entre os dois grupos porém passíveis de serem clinicamente significativas. Isto é, comparando ambos os sub-grupos verificámos que os scores do SIC de cada são reduzidos, contudo o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresenta um score de SIC ligeiramente superior ao score do grupo sem cancro da mama. Embora o diagnóstico de cancro possa ser experienciado emocionalmente de formas diversas por cada indivíduo, este constitui sempre uma ameaça à vida e à integridade do próprio e conduz a uma necessidade de readaptação das vivências intrapsíquicas (Ramos & Patrão, 2005; Varela & Leal, 2007). É possível que a necessidade de readaptação das participantes com diagnóstico de cancro da

mama possa ter influenciado os seus scores de SIC no sentido de os aumentar comparativamente ao das participantes sem cancro da mama, que por sua vez, à priori não tiveram que se adaptar a uma doença oncológica.

Não obstante, analisando os resultados de um ponto de vista clinicamente significativo verificou-se, também para em relação às dimensões do SIC, que o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresentou scores ligeiramente superiores ao grupo sem cancro da mama. Especificando, é importante ainda referir que o grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresentou um score elevado de SIC na dimensão compreensibilidade (50,61) em relação ao valor da média do teste apresentado por Crespo (1999). Tal resultado sugere que as participantes com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresentam uma maior capacidade cognitiva para interpretar os estímulos internos ou externos como estruturados, previsíveis e explicáveis, comparativamente ao grupo sem cancro da mama (Schmidt & Dantas, 2011).

À luz da literatura podemos acrescentar, também, que as pacientes com os scores elevados de significância apresentam possivelmente uma boa qualidade de vida que adveio de boas relações pessoais próximas, pela fé e pelo trabalho (Strang & Strang, 2001).

No geral, a amostra apresentou um score de SIC menor (130,98) comparativamente ao valor da média do teste apresentado por Crespo (1999), respetivamente 140,37. Relativamente às dimensões, somente a Compreensibilidade apresentou um score superior de 49,19 perante o valor 48 designado por Crespo (1999). O fato de as participantes com diagnóstico de cancro da mama em remissão apresentarem scores reduzidos de SIC pode ser perspectivado à luz da literatura atual.

O processos inerentes ao *adoecer da mama* (diagnóstico, tratamentos e a passagem para a vigilância clínica) são distintos e promotores de stress, podendo, por isso, levar a diferentes sequelas do fórum psicológico (Patrão, Leal, & Maroco, 2008) e assim levar também a um reduzido SIC.

Limitações do Estudo

Salientamos a seleção da amostra por conveniência, não permitindo a representatividade da população real e delimitando, por isso, uma generalização não-enviesada para a população-alvo (Bispo & Maroco).

Por outro lado, o facto de a metodologia deste estudo ter sido exclusivamente quantitativa, leva-nos a considerar a não inclusão de metodologia qualitativa, como uma limitação deste estudo uma vez que se perdeu a riqueza e profundidade inerentes à metodologia qualitativa (Pais-Ribeiro, 2010).

O fato de o pedido de autorização formal ter sido inicialmente enviado para as residências de Repouso Sénior e ter sido encaminhado somente para o diretor da instituição e não para os participantes poderá ser pesado na decisão dos participantes para colaborar no estudo. Apesar de terem sido respeitadas as principais normas de ética envolvidas na aplicação dos instrumentos, é possível que os participantes possam não se ter sentido securizados para desistir a qualquer altura por motivos de cansaço ou tédio, sendo que incorremos o risco de tais resultados terem sido fruto da desejabilidade social. Relativamente ao preenchimento dos questionários, por estes terem sido heteropreenchidos poderá ter levado a um viés dos resultados também pela desejabilidade social.

Os valores do SIC do estudo de Crespo (1999) que utilizámos para comparar com os valores do SIC da nossa amostra correspondem a uma população com idade igual ou superior a 18 anos e menor de 65 anos, podendo este fator ser uma limitação ao nosso estudo, uma vez que o critério de inclusão da idade não é o mesmo que o critério do nosso estudo.

Tanto os participantes sem diagnóstico de cancro como os participantes com diagnóstico de cancro da mama não foram avaliados em termos da existência de acontecimentos traumáticos nos últimos cinco anos, o que poderá ter influenciado a redução dos seus scores do SIC.

Recomendações para Estudos Futuros

Consideramos que seria favorável, também, estudos futuros que foquem a mesma problemática numa população clínica, com idosas em que o cancro não esteja em remissão no momento presente ou com pacientes com outras patologias oncológicas. Acreditamos, ainda, que poderia ser interessante avaliar a problemática do SIC e do cancro da mama com uma faixa etária idosa mais jovem (65 -75 anos).

Especificando, acreditamos que seria, também, pertinente desenvolver estudos que surjam como um seguimento deste, através dos quais se poderia (1) aumentar a dimensão da amostra e (2) aumentar a sua heterogeneidade a nível de características, como por exemplo, o tipo de apoio social e o tipo de tratamento oncológico, para obter informação mais rica.

Seria pertinente desenvolver um estudo longitudinal onde se avaliassem os scores de SIC no momento do diagnóstico do cancro da mama e posteriormente no momento em que o cancro da mama estivesse em remissão, por forma a avaliar a variação ou estabilidade do SIC (Gustavsson-Lilius et al., 2007).

Consideramos também importante que estudos futuros incluam variáveis como o suporte social, o stress, as estratégias de coping, o bem-estar psicológico e a resiliência (Antonovsky, 1987, 1985; Boscaglia & Clarke, 2007) uma vez que ao serem variáveis que estão associados ao SIC e ao não terem sido exploradas neste estudo, poderão contribuir para o maior conhecimento da dinâmica existente entre as variáveis supracitadas e o SIC.

Este estudo poderá permitir uma continuidade de investigação para a temática abordada, nomeadamente através do recurso a uma metodologia mista, isto é, quantitativa e qualitativa, com recurso a entrevistas semi-estruturadas que irá contribuir para uma perspetiva mais aprofundada sobre o cancro da mama na adultícia avançada e consequentemente fornecer informações mais reais e humanistas acerca da problemática.

As investigações futuras relacionadas com esta temática podem, ainda, avaliar os totais de *distress* subjacente aos sintomas físicos e psicológicos provocados pelo cancro da mama, identificar os fatores de pré-tratamento e tratamento ligados aos problemas psicológicos e averiguar quais as consequências psicológicas relacionadas com o percurso de tratamentos e o seu impacto na qualidade de vida (Cheng & Lee, 2011; Patrão & Leal, 2004).

Desta forma, salientamos por fim, a utilização de instrumentos que meçam não só o *distress* em idosas com cancro da mama, como também o seu bem-estar subjetivo (Escala de Afectos Positivos e Negativos (PANAS) - Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a – e Escala de Satisfação com a vida (ESV) - Simões; 1992).

Conclusões

Em conclusão, consideramos que estudos deste género poderão contribuir para intervenções psicológicas para a prática clínica e da saúde mais eficazes, por forma a que surjam desenvolvimentos na promoção e proteção da saúde. Igualmente, salientamos a recomendação para futuras investigações que possibilitem aos profissionais de saúde reformularem as suas técnicas de intervenção para que a problemática do cancro da mama nas

idosas possa ser vivida e interpretada de forma mais funcional, positiva e gradualmente mais saudável.

Dado que a dimensão física se encontra inter-relacionada com a dimensão emocional e psicológica, consideramos que o SIC é um conceito relevante para a incorporação de uma abordagem salutogénica do cancro da mama, para que a doença física se constitua como uma experiência positiva e fortalecedora da estrutura psicológica das idosas e potenciadora da esperança de vida das idosas.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: uma Abordagem com os projectos pessoais. *O Portal dos Psicólogos*, 1-30.
- Alves, L., Leiman, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., Lebrão, M., & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1924-1930.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4, 47-55.
- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The Development of a Sense of Coherence and Its Impact on Responses to Stress Situations. *The Journal of Social Psychology*, 126, 213-225.
- Audisio, R. (2001). Breast cancer in elderly: different treatment modalities. *European Journal of Cancer*, 47, 286-289.
- Barros-Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, XXII, 355-367.
- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da Mortalidade por Cancro da Mama em Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 139-144.
- Bernardi, D., Errante, D., Galligioni, E., Crivellari, D., Bianco, A., Salvagno, L., & Fentiman, I. (2008). Treatment of breast cancer in older women. *Acta Oncologica*, 47, 187-198.
- Black, E., & White, C. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivor. *Psycho-oncology*, 14, pp. 510-520.
- Boscaglia, N., & Clarke, D. (2007). Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 16, pp. 189-195.
- Brazier, J., Roberts, J., & Deverill, M. (2002). The estimation of a preference -based measure of health from the SF -36. *Journal of Health Economics*, 21, 271-292.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (510-522). Minho: Universidade do Minho.
- Cheng, K., & Lee, D. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on

- functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* , 78, 127-137.
- Crespo, M. (1999). Sentido de Coerência e baixa por doença nos funcionários públicos de Alfena e Ermesinde: estudo caso-controlo. *Etapas de avaliação do Internato Complementar de Saúde Pública*, 1-93.
- Demark-Wahnefried, W., Morey, M., Sloane, R., Snyder, D., & Cohen, H. (2009). Promoting Healthy Lifestyles in Older Cancer Survivors to Improve Health and Preserve Function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 264-262.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, pp. 181-185.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* , 49, 71-75.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). O cancro da mama é sempre igual? In DGS, *Guia de apoio à mulher com cancro de mama* (5-6). Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2006). Tumor maligno na mama feminina. In DGS, *Risco de Morrer em Portugal 2006 - Volume II* (146-161). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ferreira, L., Brito, U., & Ferreira, P. (Janeiro/Fevereiro de 2010). Qualidade de Vida em Doentes com Asma. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XVI, 23-55.
- Ferreira, P., & Ferreira, L. (Julho/Dezembro de 2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 5-14.
- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2009). O sistema português de valores do SF-6D. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 7-23.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist* , 11, 312-323.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research* , 12, 189-198.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica. *Análise Psicológica*, XXIII, 209-218.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da

- Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, XXIII, 219-227.
- Gerasimčik-Pulko, V., Pileckaitė-Markovienė, M., Bulotienė, G., & Ostapenko, V. (2009). Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. *Acta médica lituanica*, 16, pp. 139-144.
- Vilela, L., & Allison, P. (2010). An investigation of the role of sense of coherence in predicting survival among Brazilians with head and neck cancer. *Oral Oncology*, 46, pp. 531-535.
- Gonçalves, D., Martins, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 137-143.
- Goodwin, J., Satish, S., Anderson, E., Nattinger, A., & Freeman, J. (September de 2003). Effect of Nurse Case Management on the Treatment of Older Women with Breast Cancer. *Clinical Investigations*, 51, 1252-1259.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia: Coimbra.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa do Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 16, 1100-1110.
- Hintermair, M. (2004). Sense of coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9, pp. 15-22.
- Hsu, H., & Tung, H. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 14, 851-860.
- Ing, J., & Reutter, L. (May-June de 2003). Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian Women. *Canadian Journal of Public Health*, 94, pp. 224-228.

- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, pp. 79-84.
- Kriegsman, D., Penninx, B., & Eijk, J. (1994). Chronic Disease in the Elderly and Its Impact on the Family: A Review of the Literature. *Family Systems Medicine*, 12, 249-267.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health - Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, VI, pp. 175-180.
- Lima, M. G., Barros, M. B. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(4), 314-321.
- Milberg, A., & Strang, P. (2004). Exploring comprehensibility and manageability in palliative home care: an interview study of dying cancer patients' informal carers. *Psycho-Oncology*, 13, pp. 605-618.
- Mizuno, M., Kakuta, M., & Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology nursing forum*, 36, pp. 144-152.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (22 de Março de 2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238-243.
- Marcelino, D., & Figueiras, M. (2007). A perturbação Pós-Stress Traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 95-108.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2005). Teoria da Amostragem - Tipos de amostragem. In J. Maroco, & R. Bispo, *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (77-84). Lisboa: Climepsi.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, XXXIX, 339-363.
- Milberg, A., & Strang, P. (2004). Exploring comprehensibility and manageability in palliative home care: an interview study of dying cancer patients' informal carers. *Psycho-Oncology*, 13, pp. 605-618.

- Mizuno, M., Kakuta, M., & Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology nursing forum*, 36, pp. 144-152.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 165-184.
- National Cancer Institute (NCI). (2009). Cancer Cells/ Risk factors. In NCI, *What You Need To Know About Breast Cancer* (3-4). Baltimore, EUA: National Institutes of Health. Retirado em 26 de Outubro de 2011 de http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/WYNTK_breast.pdf
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-124.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In (Eds. Almeida et al.), *A acção educativa: análise psicossocial* (105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B., & Westman, G. (2003). Sense of coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 297-304.
- Nunes, L. (1999). *O Sentido Interno de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *IV Congresso Português de Sociologia: Passados Recentes, Futuros Próximos* (1-14). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: o estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, pp. 243-279.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Metologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto: Legis.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama. *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (279-282). Porto: Universidade do Porto.

- Pereira, M., & Roncon, J. (2010). Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do Índice de Relações (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*, 41-53.
- Queirós, M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Carral, J., & Queirós, P. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura, 9*, 199-216.
- Ramfelt, E., Langius, A., Björvell, H., & Nordström, G. (2000). Treatment decision making and its relation to the sense of coherence and the meaning of the disease in a group of patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer Care, 9*, pp. 158-165.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica, XXIII*, 295-304.
- Rabelo, F., & Neri, L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10*, 403-412.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica, 4*, 543-557.
- Rebelo, V., Rolin, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*, 13-32.
- Rena, F., Moshe, S., & Abraham, O. (1996). Couples' adjustment to one partner's disability: The relationship between sense of coherence and adjustment. *Social Science & Medicine, 43*, pp. 163-171.
- Resende, M., & Neri, A. (Outubro/Dezembro de 2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em Estudo, 14*, 767-776.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, pp. 719-727.
- Siglen, E., Bjarvatn, C., Engebretsen, L., Berglund, G., & Natvig, G. (2007). The Influence of Cancer-related Distress and Sense of Coherence on Anxiety and Depression in Patients with Hereditary Cancer. *Journal Genetic Counseling, 16*, pp. 607-615.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida. *Revista*

Portuguesa de Pedagogia , 26, 503-515.

- Schmidt, D., & Dantas, R. (Janeiro-Fevereiro de 2011). Analysis of Validity and Reliability of the Adapted Portuguese Version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire Among Nursing Professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)* , 19, 42-49.
- Söderhamn, O., & Holmgren, L. (2004). Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people. *Scandinavian Journal of Psychology* , 45, 215-221.
- Strang, S., & Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15, pp. 127-134.
- Rena, F., Moshe, S., & Abraham, O. (1996). Couples' adjustment to one partner's disability: The relationship between sense of coherence and adjustment. *Social Science & Medicine*, 43, pp. 163-171.
- Vacek, P., Skelly, J., & Geller, B. (2011). Breast cancer risk assessment in women aged 70 and older. *Breast Cancer Research and Treatment* , 130, 291-299.
- Varela, A., & Leal, I. (2004). Factores psicológicos associados à resiliência ao stress pós-traumático em mulheres com cancro da mama. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 505-510). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica* , XXV, 479-488.
- VaZ, R., & Nodin, N. (2006). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica* , XXIII, 329-339.
- Vilela, L., & Allison, P. (2010). An investigation of the role of sense of coherence in predicting survival among Brazilians with head and neck cancer. *Oral Oncology*, 46, pp. 531-535.
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2008b). A avaliação da relação de ajuda no sentido interno de coerência dos indivíduos idosos. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (599-602). Porto: Universidade do Porto.
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2008a). O sentido interno de coerência no indivíduo idoso no contexto da relação de ajuda. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (595-597). Porto: Universidade do Porto.
- von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2012). *Assessing Predictors of*

Adjustment to Aging: A Cross-Validation Study for Adjustment to Aging Schedule (ATAS-33). Manuscript submitted.

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

World Health Organization (WHO). (2005). Natural history, etiology and risk factors. In WHO, *Guidelines for the early detection and screening of breast cancer* (14-16). Cairo, Egypt: EMRO - Technical Publications Series 30. Retirado em 26 Outubro de 2011 de <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa696.pdf>

World Health Organization (WHO) . (2009). Older Women. What are the health problems that older women face? In WHO, *Women Health - Today's evidence tomorrow's agenda* (62-64). Geneva, Suíça: WHO. Retirado em 14 de Outubro de 2011 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf

Anexos

Anexo I - Tabela 1. Resumo dos estudos acerca do SIC e o cancro

Autores	Data	Resultados
Vilela & Allison	2010	Não há associação entre o SIC e o status de um ano de sobrevivência ou duração de sobrevivência nos pacientes com cancro
Mizuno, Kakuta, & Inoue	2009	QDV está fortemente relacionada com o SIC; As consequências do cancro estão moderadamente correlacionadas com o apoio social. O SIC e as consequências do cancro contribuem para 54% da variância da QDV. A única variável correlacionada negativamente com o SIC é o pensamento “porquê eu?”
Gerasimčik-Pulko, Pileckaitė-Markovienė, Bulotien, & Ostapenko	2009	Mulheres com tratamento de conservação de peito: as que têm um nível de SIC mais elevado têm um funcionamento emocional melhor; Mulheres mastectomizadas: as que têm um grau de SIC elevado têm um funcionamento físico, emocional, cognitivo e social muito satisfatório
Gustavsson-Lilius M., Julkunen, Keskivaara, & Hietanen	2007	Os pacientes oncológicos com um elevado SIC tendem a manter o bem-estar psicológico ao longo do estudo
Boscaglia, & Clarke	2007	SIC pode ser considerado um fator protetor contra a desmoralização ocorrida durante uma patologia grave
Siglen, Bjorvatn, Engebretsen, Berglund, & Natvig	2007	<i>O Distress</i> associado ao cancro está relacionado com os sintomas de ansiedade e depressão; o SIC está significativamente associado com a ansiedade e a depressão.
Lethborg, Aranda, Bloch, & Kissane	2006	Na experiência oncológica, o mundo hipotético, o SIC e o significado baseado na situação dão origem a um caminho adaptativo para a coerência e senso do próprio
Surtees, Wainwright, & Khaw	2006	As medidas de ocorrência de acontecimentos traumáticos adversos e o seu impacto estão moderadamente associadas ao SIC, ao longo do tempo.
Black e White	2005	Há relações estatisticamente significativas entre o SIC e o medo de re-ocorrência e o PSPT numa população oncológica
Milberg & Strang	2004	É possível adquirir estados psicológicos nos cuidados paliativos; Os elementos que facilitam a compreensibilidade incluem informação acessível, informação simbólica, pressupostos básicos de vida e conhecimento prévio; Os elementos que contribuíram para a gestão estão ligados ao poder, apoio, competência e acessibilidade, que num nível mais abstrato resultam no sentimento de união.

Tabela 2. Resumo dos estudos acerca do SIC e o cancro (continuação)

Autor	Data	Resultados
Strang & Strang	2001	Dimensão compreensibilidade: construída pelos pensamentos e teorias dos pacientes com cancro apesar da insegurança da situação; Dimensão gestão: desenvolvida pela ativação de estratégias de procura de informação através do suporte social e através das estratégias de <i>coping</i> ; Dimensão significância: fundamental para a qualidade de vida e foi desenvolvida pelas relações pessoais próximas, pela fé e pelo trabalho
Ramfelt, Langius, Björvell, & Nordström	2000	SIC não se encontra relacionado com as preferências de tomada de decisão dos pacientes oncológicos em relação ao seu tratamento Não existem diferenças significativas entre o SIC e o significado da doença.
Rena, Moshe, & Abraham	1996	SIC significativamente relacionado com o ajustamento à incapacidade (acontecimento de vida stressante, não só para o indivíduo que ficou incapacidade como para o seu cônjuge

Anexo II- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Orientação

- 5 () Em que ano, mês, estação do ano estamos?
5 () Onde estamos: estado, país, cidade?

Registos

- 3 () Nomeie 3 objectos: diga palavra por palavra, devagar; peça ao paciente que repita as três palavras. Dê um ponto para cada resposta correcta. Então repita todas novamente, para que ele aprenda.

Atenção e Cálculo

- 5 () Peça ao paciente que conte de trás para frente, começando do nº 100, de 7 em 7. Pare depois da 5ª resposta. Alternativamente peça para soletrar “mundo” ao contrário.

Memória

- 3 () Peça que ele repita as três palavras. Dê um ponto para cada resposta correcta.

Linguagem

- 9 () Mostre um lápis e um relógio, peça-lhe que os nomeie (2 pontos).

- Peça que repita o seguinte:
“nem sim, nem não, nem porque” (1 ponto).

- Dê as 3 seguintes ordens:
“Pegue esta folha de papel com a mão direita, passe a folha para a mão esquerda, coloque a folha no chão” (3 pontos).

- “Leia e faça o que está escrito”:
“FECHE OS OLHOS” (1 ponto).
“Escreva uma frase” (1 ponto).
“Copie este desenho” (1 ponto).

Total ()

Avalie o nível de consciência:

Alerta () sonolento () prostrado () coma ()

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Instruções para administração:

Orientação

- 1) Pergunte pela data de hoje. Em seguida, pergunte especificamente pelos dados omitidos, ex.: “Pode me dizer também em que estação do ano nós estamos?” Um ponto para cada resposta correcta.
- 2) Pergunte por partes: “Pode-me dizer o nome desta cidade?” (cidade, país etc.). Um ponto para cada resposta correcta.

Registo

Pergunte ao paciente se você pode aplicar-lhe um teste para avaliar sua memória. Diga o nome de 3 objectos que não se relacionem entre si, fale lenta e claramente, dê um espaço de um segundo entre cada palavra. Depois de dizer as 3 palavras, peça que ele as repita. Esta primeira repetição determina o score (0 a 3), continue repetindo as palavras, por no máximo 6 vezes, até que ele repita todas as 3. Se ele não se lembrar das palavras, esta fase do teste deverá ser interrompida, sem insistência.

Atenção e Cálculo

Peça o paciente que conte começando do número 100, de 7 em 7, ao contrário. Peça que pare depois da 5ª subtracção (93, 86, 79, 72, 65).

Determine o score pelo total de acertos.

Se o paciente não conseguir ou não quiser fazer esta conta, peça-lhe que solete a palavra “mundo” de trás para frente. O score será o número de letras que ele disser na ordem correcta, ex.: odnum = (5), odunm = (3).

Memória

Pergunte ao paciente se ele pode relembrar as 3 palavras que você lhe pediu que guardasse na memória. Pontue de 0 a 3.

Linguagem

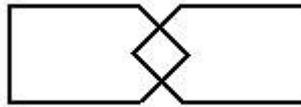
Nomeando: Mostre ao paciente um relógio de pulso e pergunte o que é isso. Repita com um

lápiz. Pontue de 0 a 2.

Repetição: Diga uma frase e peça ao paciente que a repita. Repita apenas uma vez. Pontue de 0 a 1.

3 Ordens: Forneça ao paciente uma folha de papel em branco e peça que ele escreva uma frase para você. Não dite a frase, é preciso que ele escreva espontaneamente. Verifique se a frase contém sujeito, verbo e se faz sentido. A gramática e a pontuação não é preciso avaliar.

Copiando: Numa folha de papel em branco, desenhe um pentágono dentro do outro, com a diferença de 2 cm e peça que ele copie exactamente. Se os 10 ângulos estiverem presentes e 2 intersecções o score será de 1 ponto. Tremor e rotação: ignore.



Anexo III – Questionário de Dados Socio-Demográficos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO - DEMOGRÁFICOS

Este questionário tem como objectivo a elaboração de um trabalho sobre o ajustamento e bem-estar subjectivo do indivíduo idoso. É muito importante obter a sua opinião sobre os seguintes aspectos:

- < O que é importante para si, considerando o momento presente da sua vida;
- < Como se sente no momento actual em relação à sua idade;
- < Como se sente sobre a capacidade de desempenhar actividades habituais.

A investigação é orientada pela Professora Doutora Isabel Leal da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde do ISPA. Agradecendo desde já a sua colaboração, sem a qual este estudo não pode ser realizado, pedimos-lhe que responda a todas as questões de forma espontânea, seguindo as instruções.

O questionário é anónimo e confidencial. Não há respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a sua opinião honesta e pessoal. Desde já muito obrigado pela sua valiosa colaboração.

Sofia von Humboldt

Código Nº: ____

Data de preenchimento do questionário : __/__/__

Dados Socio-demográficos

1. Feminino Masculino 2. Nacionalidade: _____ 3. Idade: ____

4. Código Postal: ____ 5. Cidade Vila Zona Rural Aldeia

6. Casa Isolada Apartamento

7. Casa Própria Casa Alugada Casa Familiares Casa Partilhada

Casa cedida pela Câmara Municipal £

8. Solteiro £ Casado/ União de Facto £ Divorciado/ Separado de Facto £ Viúvo £

9. Agregado Familiar: ___ 10. Vive sozinho £ Com cônjuge £ Com descendentes £

Com cônjuge e descendentes £ Com outros £

11. Nº Filhos: ___ 12. Nº Netos: ___

13. Heterossexual £ Homossexual £ Bisexual £

14. Apoio Formal: Sim £ Não £

15. Lar £ Residência assistida £ Centro de Dia £ Apoio Domiciliário £

16. Anos de Escolaridade ___

17. Reformado £ Profissional Especializado £ Artista £ Trabalhador Não Especializado £

18. Anterior profissão quando reformado ou presente profissão: _____

19. Terapia Farmacológica ou Psicoterapia do foro psicológico ou psiquiátrico em curso:
Sim £ Não £

20. Doença Vascular/Cardíaca £ Cancro £ Cataratas £ Diabetes £ Hipertensão
£ Osteoporose £ Degenerativa £ Outra: _____

21. Quantos medicamentos toma por dia? ___

22. Actividades de Lazer e Tempos Livres: _____

23. Faz desporto? Sim Não 24. Desporto(s) que pratica: _____

25. Rendimento: _____

26. Como avalia a sua situação económica: Muito boa Boa

Média Má Muito Má

27. Religião: Sem religião Católico Protestante Muçulmano Judeu

Outra

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo IV – Escala de Sentido Interno de Coerência (SIC)

ESCALA DE SENTIDO DE COERÊNCIA INTERNA - SIC

Segue-se uma série de perguntas acerca de vários aspectos da sua vida.

Cada pergunta tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expresse o seu sentimento actual, sendo o 1 e o 7, as respostas extremas.

Se para si a resposta correcta for a 1, faça uma cruz em 1, se for a 7 faça uma cruz em 7. Se nenhuma destas respostas for a sua, faça uma cruz no número que melhor expresse a sua maneira de pensar e de sentir em relação à pergunta.

Dê **apenas e só** uma única resposta em cada pergunta.

1. Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?

Tenho sempre esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Nunca tenho esse sentimento
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas tinha o sentimento de que...

As coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	As coisas iriam ser feitas
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...

Como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Conhece-as muito bem
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?

Muito frequentemente não me interessa	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente tenho esse sentimento
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?

Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?

Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. A vida é:

Absolutamente rotineira	1	2	3	4	5	6	7	Cheia de interesse
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

8. Até hoje na vida...

Não consegui um projecto e um rumo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Conseguí um projecto e um rumo certo
--	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------------

9. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

10. Nos últimos 10 anos a sua vida tem sido...

Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível
---	---	---	---	---	---	---	---	--

11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente...

Tremendamente aborrecidas	1	2	3	4	5	6	7	Completamente fascinantes
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual sem saber o que fazer?

Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.

Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida
---	---	---	---	---	---	---	---	---

14. Quando reflecte sobre a vida, frequentemente...

Pergunta-se a si próprio por que	1	2	3	4	5	6	7	Sente como é bom viver
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

razão veio ao mundo								
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é...

Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

16. Aquilo que você faz diariamente é...

Uma fonte de sofrimento e aborrecimento	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de profunda satisfação e prazer
---	---	---	---	---	---	---	---	---

17. A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você...

Prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:

Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo: “Paciência, tudo se há de resolver e seguir em frente”
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:

Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação	1	2	3	4	5	6	7	Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar
---	---	---	---	---	---	---	---	---

21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

22. Tem a expectativa que sua vida pessoal, no futuro:

Não terá qualquer sentido, ou projecto próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projecto próprio
--	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?

Duvido que haja	1	2	3	4	5	6	7	Estou certo que haverá
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

24. Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

25. Muitas pessoas (mesmo as que tem forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

26. Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:

Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou correctamente a dimensão do problema
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

27. Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:

Não conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Conseguirá ultrapassar as dificuldades
--	---	---	---	---	---	---	---	--

28. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo V – Pedido de Autorização Formal

Pedido de Autorização Formal

Exmos. Srs.,

Direcção da Instituição,

Venho por meio desta solicitar a vossa colaboração do trabalho final do curso Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), autorizando o acesso aos utentes desta instituição e o preenchimento dos questionários utilizados. A confidencialidade da informação recolhida e o anonimato dos participantes serão inteiramente respeitados.

O objectivo deste trabalho é analisar a análise do sentido interno de coerência do indivíduo idoso.

Sem mais nenhum assunto e agradecendo desde já a vossa colaboração.

Sofia von Humboldt

(A orientadora)

Anexos VI – Outputs do SPSS

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
Idade	124	82,37	6,236
Agregado Familiar	124	1,77	,844
Anos Escolaridade	124	8,23	5,026
Valid N (listwise)	124		

Agregado Familiar

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	10	8,1	8,1	8,1
1	27	21,8	21,8	29,8
2	72	58,1	58,1	87,9
3	11	8,9	8,9	96,8
4	4	3,2	3,2	100,0
Total	124	100,0	100,0	

Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	3	2,4	2,4	2,4
casado ou em união de facto	81	65,3	65,3	67,7
Divorciado ou separado de facto	7	5,6	5,6	73,4
Viúvo	33	26,6	26,6	100,0
Total	124	100,0	100,0	

Doença Dominante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Doença Vascular/Cardíaca	12	9,7	9,7	9,7
	Cancro da mama em remissão	62	50,0	50,0	59,7
	Cataratas	11	8,9	8,9	68,5
	Diabetes	8	6,5	6,5	75,0
	Hipertensão	15	12,1	12,1	87,1
	Osteoporose	3	2,4	2,4	89,5
	Outra	13	10,5	10,5	100,0
	Total	124	100,0	100,0	

Localização Habitação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cidade	53	42,7	42,7	42,7
	Vila	13	10,5	10,5	53,2
	Zona Rural	52	41,9	41,9	95,2
	Aldeia	6	4,8	4,8	100,0
	Total	124	100,0	100,0	

Estatuto Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Reformado	85	68,5	68,5	68,5
	Profissional Especializado	18	14,5	14,5	83,1
	Trabalhador não Especializado	6	4,8	4,8	87,9
	Artista	15	12,1	12,1	100,0
	Total	124	100,0	100,0	

Religião

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem religião	4	3,2	3,2	3,2
	Catolicismo	112	90,3	90,3	93,5
	Protestantismo	4	3,2	3,2	96,8
	Taoismo	1	,8	,8	97,6
	Outra	3	2,4	2,4	100,0
	Total	124	100,0	100,0	

Idade * Grupos Crosstabulation

		Grupos		Total	
		Grupo_SemCan	Grupo_ComCan		
		cro	cro		
Idade	74	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	75	Count	5	3	8
		% of Total	4,0%	2,4%	6,5%
	76	Count	2	6	8
		% of Total	1,6%	4,8%	6,5%
	77	Count	8	3	11
		% of Total	6,5%	2,4%	8,9%
	78	Count	5	13	18
		% of Total	4,0%	10,5%	14,5%
	79	Count	5	5	10
		% of Total	4,0%	4,0%	8,1%
	80	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	81	Count	4	3	7
		% of Total	3,2%	2,4%	5,6%
	82	Count	4	3	7
		% of Total	3,2%	2,4%	5,6%
	83	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
84	Count	2	2	4	

	% of Total	1,6%	1,6%	3,2%
	Count	1	1	2
85	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
	Count	2	1	3
86	% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Count	2	4	6
87	% of Total	1,6%	3,2%	4,8%
	Count	4	4	8
88	% of Total	3,2%	3,2%	6,5%
	Count	5	3	8
89	% of Total	4,0%	2,4%	6,5%
	Count	1	2	3
90	% of Total	0,8%	1,6%	2,4%
	Count	0	2	2
91	% of Total	0,0%	1,6%	1,6%
	Count	2	0	2
92	% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	Count	1	0	1
94	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	0	1
95	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	1	2
97	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
	Count	1	3	4
98	% of Total	0,8%	2,4%	3,2%
	Count	62	62	124
Total	% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Estado Civil * Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Grupo_SemCan	Grupo_ComCan	
			cro	cro	
Estado Civil	Solteiro	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	casado ou em união de facto	Count	30	51	81
		% of Total	24,2%	41,1%	65,3%
	Divorciado ou separado de facto	Count	6	1	7
		% of Total	4,8%	0,8%	5,6%
	Viúvo	Count	24	9	33
		% of Total	19,4%	7,3%	26,6%
	Total	Count	62	62	124
		% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Anos Escolaridade * Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Grupo_SemCan	Grupo_ComCan	
			cro	cro	
Anos Escolaridade	0	Count	2	0	2
		% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	2	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	3	Count	4	4	8
		% of Total	3,2%	3,2%	6,5%
	4	Count	21	8	29
		% of Total	16,9%	6,5%	23,4%
	5	Count	6	7	13
		% of Total	4,8%	5,6%	10,5%
	6	Count	4	10	14
		% of Total	3,2%	8,1%	11,3%
	7	Count	5	3	8
		% of Total	4,0%	2,4%	6,5%
	8	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	9	Count	2	0	2
		% of Total	1,6%	0,0%	1,6%

	% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	Count	0	3	3
10	% of Total	0,0%	2,4%	2,4%
	Count	2	1	3
11	% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Count	2	11	13
12	% of Total	1,6%	8,9%	10,5%
	Count	1	0	1
13	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	0	1
14	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	4	5
15	% of Total	0,8%	3,2%	4,0%
	Count	2	4	6
16	% of Total	1,6%	3,2%	4,8%
	Count	4	0	4
17	% of Total	3,2%	0,0%	3,2%
	Count	1	5	6
18	% of Total	0,8%	4,0%	4,8%
	Count	1	1	2
19	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
	Count	62	62	124
Total	% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Religião * Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Grupo_SemCan cro	Grupo_ComCan cro	
Religião	Sem religião	Count	3	1	4
		% of Total	2,4%	0,8%	3,2%
	Catolicismo	Count	54	58	112
		% of Total	43,5%	46,8%	90,3%
	Protestantismo	Count	3	1	4
		% of Total	2,4%	0,8%	3,2%
	Taoismo	Count	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	Outra	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Total	Count	62	62	124
		% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Anos Escolaridade * Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Grupo_SemCan cro	Grupo_ComCan cro	
Anos Escolaridade	0	Count	2	0	2
		% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	2	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	3	Count	4	4	8
		% of Total	3,2%	3,2%	6,5%
	4	Count	21	8	29
		% of Total	16,9%	6,5%	23,4%
	5	Count	6	7	13
		% of Total	4,8%	5,6%	10,5%
	6	Count	4	10	14
		% of Total	3,2%	8,1%	11,3%
	7	Count	5	3	8
		% of Total	4,0%	2,4%	6,5%
	8	Count	2	1	3

	% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Count	2	0	2
9	% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	Count	0	3	3
10	% of Total	0,0%	2,4%	2,4%
	Count	2	1	3
11	% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Count	2	11	13
12	% of Total	1,6%	8,9%	10,5%
	Count	1	0	1
13	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	0	1
14	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	4	5
15	% of Total	0,8%	3,2%	4,0%
	Count	2	4	6
16	% of Total	1,6%	3,2%	4,8%
	Count	4	0	4
17	% of Total	3,2%	0,0%	3,2%
	Count	1	5	6
18	% of Total	0,8%	4,0%	4,8%
	Count	1	1	2
19	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
	Count	62	62	124
Total	% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Religião * Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Grupo_SemCan cro	Grupo_ComCan cro	
Religião	Sem religião	Count	3	1	4
		% of Total	2,4%	0,8%	3,2%
	Catolicismo	Count	54	58	112
		% of Total	43,5%	46,8%	90,3%
	Protestantismo	Count	3	1	4
		% of Total	2,4%	0,8%	3,2%
	Taoismo	Count	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	Outra	Count	2	1	3
		% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Total	Count	62	62	124
		% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Estatuto Profissional * Grupos Crosstabulation

			Grupos		Total
			Grupo_SemC ancro	Grupo_ComC ancro	
Estatuto Profissional	Reformado	Count	49	36	85
		% of Total	39,5%	29,0%	68,5%
	Profissional Especializado	Count	3	15	18
		% of Total	2,4%	12,1%	14,5%
	Trabalhador não Especializado	Count	3	3	6
		% of Total	2,4%	2,4%	4,8%
	Artista	Count	7	8	15
		% of Total	5,6%	6,5%	12,1%
	Total	Count	62	62	124
		% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Rendimento * Grupos Crosstabulation

		Grupos		Total	
		Grupo_SemCan	Grupo_ComCan		
		cro	cro		
Rendimento	200	Count	0	2	2
		% of Total	0,0%	1,6%	1,6%
	250	Count	0	2	2
		% of Total	0,0%	1,6%	1,6%
	275	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	280	Count	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	300	Count	2	3	5
		% of Total	1,6%	2,4%	4,0%
	320	Count	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	330	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	340	Count	1	2	3
		% of Total	0,8%	1,6%	2,4%
	350	Count	1	1	2
		% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
	360	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	400	Count	3	3	6
		% of Total	2,4%	2,4%	4,8%
	410	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	430	Count	1	0	1
		% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	450	Count	3	4	7
		% of Total	2,4%	3,2%	5,6%
460	Count	0	1	1	
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%	
480	Count	1	0	1	
	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%	
490	Count	2	2	4	

	% of Total	1,6%	1,6%	3,2%
	Count	10	2	12
500	% of Total	8,1%	1,6%	9,7%
	Count	2	0	2
520	% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	Count	1	0	1
550	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	2	1	3
560	% of Total	1,6%	0,8%	2,4%
	Count	0	1	1
570	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	Count	7	1	8
600	% of Total	5,6%	0,8%	6,5%
	Count	1	0	1
650	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	0	1	1
660	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	Count	0	1	1
690	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	Count	0	1	1
700	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
	Count	1	0	1
760	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	0	1
780	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	2	0	2
800	% of Total	1,6%	0,0%	1,6%
	Count	1	0	1
820	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
	Count	1	1	2
900	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
	Count	2	4	6
1000	% of Total	1,6%	3,2%	4,8%
	Count	2	2	4
1200	% of Total	1,6%	1,6%	3,2%
	Count	1	2	3
1300	% of Total	0,8%	1,6%	2,4%

1390	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
1400	Count	1	2	3
	% of Total	0,8%	1,6%	2,4%
1500	Count	2	2	4
	% of Total	1,6%	1,6%	3,2%
1800	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
1900	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
2000	Count	3	1	4
	% of Total	2,4%	0,8%	3,2%
2100	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
2500	Count	1	1	2
	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
2600	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
2900	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
3300	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
3400	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
3500	Count	1	1	2
	% of Total	0,8%	0,8%	1,6%
3800	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
4500	Count	1	2	3
	% of Total	0,8%	1,6%	2,4%
6600	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
6900	Count	1	0	1
	% of Total	0,8%	0,0%	0,8%
7000	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
7300	Count	0	1	1

	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
7600	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
7800	Count	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
Total	Count	62	62	124
	% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SIC	124	45	187	130,98	28,438
Compreensibilidade	124	18	69	49,19	10,872
Gestão	124	16	68	46,16	10,450
Significância	124	11	56	35,63	9,717
Valid N (listwise)	124				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SicxGrupo sem cancro	62	45	187	128,34	30,987
SicxCom cancro	62	75	172	133,63	25,619
Valid N (listwise)	62				

Statistics

	Compreensibilid adeXGrupo sem cancro	Compreensibilid adeXGrupo com cancro
N Valid	62	62
N Missing	62	62
Mean	47,63	50,61
Median	50,50	52,00
Std. Deviation	11,654	9,773
Minimum	18	26
Maximum	69	66

Statistics

		GestãoXGrupo SemCancro	GestãoXGrupo ComCancro
N	Valid	62	62
	Missing	62	62
Mean		45,81	46,52
Median		47,50	49,00
Std. Deviation		11,537	9,317
Minimum		16	24
Maximum		68	61

Statistics

		Significância X GrupoSemCanc ro	Significância X GrupoComCanc ro
N	Valid	62	62
	Missing	62	62
Mean		34,76	36,50
Median		34,00	36,50
Std. Deviation		10,373	9,013
Minimum		11	17
Maximum		56	51

SIC

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,926	,926	29

Statistics

		SIC	Compreensibilidade	Gestão	Significância
N	Valid	124	124	124	124
	Missing	0	0	0	0
	Skewness	-,552	-,784	-,486	-,081
	Std. Error of Skewness	,217	,217	,217	,217
	Kurtosis	-,151	,221	-,297	-,555
	Std. Error of Kurtosis	,431	,431	,431	,431

SIC x variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’

Correlations

		diagnóstico o cancro da mama	SIC
diagnóstico cancro da mama	Pearson Correlation	1	,093
	Sig. (2-tailed)		,302
	N	124	124
SIC	Pearson Correlation	,093	1
	Sig. (2-tailed)	,302	
	N	124	124

Compreensibilidade x variável ‘diagnóstico de cancro da mama em remissão’

Correlations

		diagnóstico cancro da mama	Compreensibil idade
diagnóstico cancro da mama	Pearson Correlation	1	,131
	Sig. (2-tailed)		,147
	N	124	124
Compreensibilidade	Pearson Correlation	,131	1
	Sig. (2-tailed)	,147	
	N	124	124

Gestão x variável 'diagnóstico de cancro da mama em remissão'

Correlations

		diagnóstic o cancro da mama	Gestão
diagnóstico cancro da mama	Pearson Correlation	1	,034
	Sig. (2-tailed)		,707
	N	124	124
Gestão	Pearson Correlation	,034	1
	Sig. (2-tailed)	,707	
	N	124	124

Significância x variável 'diagnóstico de cancro da mama em remissão'

Correlations

		diagnóstic o cancro da mama	Significância
diagnóstico cancro da mama	Pearson Correlation	1	,090
	Sig. (2-tailed)		,320
	N	124	124
Significância	Pearson Correlation	,090	1
	Sig. (2-tailed)	,320	
	N	124	124

Estatuto Profissional X SIC

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,432	,020
	Cramer's V	,827	,020
N of Valid Cases		124	

Rendimento x SIC

Correlations			
		SIC	Rendimento
SIC	Pearson Correlation	1	,219*
	Sig. (2-tailed)		,015
	N	124	124
Rendimento	Pearson Correlation	,219*	1
	Sig. (2-tailed)	,015	
	N	124	124

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Medicamentos X SIC

Correlations			
		SIC	Medicamentos
SIC	Pearson Correlation	1	-,251**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	124	124
Medicamentos	Pearson Correlation	-,251**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	124	124

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anos Escolaridade X SIC

Correlations			
		SIC	Anos Escolaridade
SIC	Pearson Correlation	1	,391**

	Sig. (2-tailed)		,000
	N	124	124
	Pearson Correlation	,391**	1
Anos Escolaridade	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	124	124

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,391 ^a	,153	,146	,9063

a. Predictors: (Constant), Anos Escolaridade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,889	,157		24,844	,000
	Anos Escolaridade	,076	,016	,391	4,692	,000

a. Dependent Variable: Sic Média Score Total

Compreensibilidade * Gestão

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,828	,031	16,339	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,792	,043	14,346	,000 ^c
N of Valid Cases		124			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Significância * Gestão

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,705	,043	10,984	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,695	,048	10,688	,000 ^c
N of Valid Cases		124			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Significância * Compreensibilidade

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,736	,042	12,014	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,734	,044	11,944	,000 ^c
N of Valid Cases		124			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Tests of Normality

Grupos		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SIC	Grupo sem cancro da mama	,086	62	,200*	,980	62	,391
	Grupo com diagnostico de cancro da mama em remissão	,104	62	,091	,938	62	,004

- a. Lilliefors Significance Correction
- *. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Grupos		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Compreensibilidade	Grupo sem cancro da mama	,137	62	,006	,945	62	,008
	Grupo com diagnostico de cancro da mama em remissão	,096	62	,200*	,948	62	,010
Gestão	Grupo sem cancro da mama	,076	62	,200*	,981	62	,445
	Grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão	,166	62	,000	,912	62	,000
Significância	Grupo sem cancro da mama	,094	62	,200*	,986	62	,695
	Grupo com diagnóstico de cancro da mama em remissão	,111	62	,057	,961	62	,047

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Homogeneidade

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
SIC x Grupos	Equal variances assumed	1,254	,265
	Equal variances not assumed		

T-Student

		t	df	Sig. (2-tailed)
SIC x Grupos	Equal variances assumed	-1,036	122	,302
	Equal variances not assumed	-1,036	117,837	,302

Teste de Homogeneidade

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Compreensibilidade x Grupos	Equal variances assumed	1,319	,253
	Equal variances not assumed		

Teste T-Student

		T	df	Sig. (2-tailed)
Compreensibilidade x Grupos	Equal variances assumed	-1,461	122	,147
	Equal variances not assumed	-1,461	117,989	,147

Teste de Homogeneidade

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Gestão x Grupos	Equal variances assumed	3,550	,062
	Equal variances not assumed		

Teste T-Student

		t	df	Sig. (2-tailed)	Upper
Gestão x Grupos	Equal variances assumed	-,377	122	,707	,3019
	Equal variances not assumed	-,377	116,822	,707	,3020

Teste de Homogeneidade

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Significância x Grupos	Equal variances assumed	,337	,562
	Equal variances not assumed		

Teste T-Student

		T	df	Sig. (2-tailed)
Significância x Grupos	Equal variances assumed	-,998	122	,320
	Equal variances not assumed	-,998	119,668	,320

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Sic Média Score Total is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,292	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Sic Média Compreensibilidade is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,174	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Sic Média Gestão is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,693	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Sic Média Significância is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,284	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.