

DM  
GONC.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

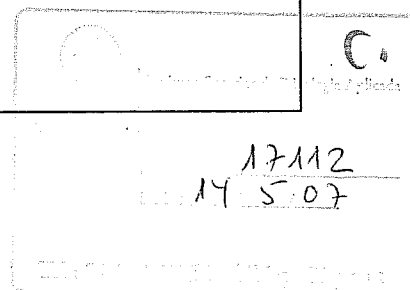
PARA ALÉM DA DOENÇA...  
SOBREVIVENTES DE CANCRO DO COLON E RECTO  
SATISFAÇÃO SEXUAL, AUTO-EFICÁCIA E COPING



17112

SÓNIA ALEXANDRA PINOTE BERNARDES AIRES GONÇALVES

LISBOA, 2006



Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme a Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto nº2 do artigo 5º do Decreto-lei nº216/92 de 13 de Outubro.

## Cordel da Velhice

Vou lhes contá como é triste,  
vê a velhice chegá,  
vê os cabelos caíno,  
vê as vista encurtá.  
Vê as perna trambicano,  
Com prigiça de andá.  
Vê "aquilo" esmoreceno,  
sem força prá levantá

As carnes vão se sumino,  
vai parecêno as vêia.  
As vista diminuíno  
e crescendo a sombrancêia.  
As oiça vão encurtano,  
vão aumentano as orêia.  
Os ovos dipindurano  
e diminuíno a peia...

A velhice é uma doença  
que dá em todo cristão:  
dói os braço, dói as pernas,  
dói os dedo, dói a mão .  
Dói o figo e a barriga,  
dói o rim, dói o pulmão .  
Dói o fim do espinhaço,  
dói a corda do cunhão.

Quando a gente fica véio,  
tudo no mundo acontece:  
vai passano pelas rua  
e as menina se oferece.  
A gente óia aquilo tudo,  
benza Deus e agradece,  
correno ligeiro prá casa,  
procurano o INSS.

No tempo que eu era moço,  
todo o sol prá mim brilhava  
Eu tinha mil namorada,  
Tudo de bom me sobrava.  
As menina mais bonita,  
da cidade eu bolinava.  
Eu fazia todo dia,  
chega o bichim desbotava.

Mas tudo isso passo,  
faz tempo fico prá trás  
as coisa que eu fazia,  
hoje me sinto incapaz.  
O tempo me roubo tudo,  
de uma maneira sagaz  
Prá falá mesmo a verdade,  
Nem trepá eu trepo mais.

Quando se chega aos setenta,  
tudo no mundo embaraça.  
Pega a mulhé, vai pra cama,  
Apalpa, beija e abraça,  
porém só faz duas coisa:  
solta pum e acha graça...

(Anónimo)

## Agradecimentos

Ao meu marido Miguel, pelo amor, carinho e compreensão que me tem dedicado.

À minha filha, Mariana que se portou lindamente na barriga da mãe enquanto realizava este trabalho.

Aos meus familiares em especial à minha Mãe por todo o apoio que me dedicou.

Ao Professor Pais Ribeiro, pela total disponibilidade e interesse com que sempre me apoiou e me orientou. Sem o seu contributo este trabalho não teria o mesmo rigor e interesse científico.

Ao Dr. Rui de Macedo, director do serviço de cirurgia 5 do Hospital dos Capuchos pelo apoio na realização deste trabalho.

À Dra. Conceição Cardoso, cirurgiã do serviço de cirurgia, Obrigado pelo apoio, pelas consultas humanizadas que tive a oportunidade de assistir, que contribuíram para uma visão mais real do problema.

A todos os que entrevistei, pela sua colaboração, sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

A todos um muito obrigado.

# Índice

Resumo	1
Introdução	2
Cancro do cólon	4
Satisfação sexual	8
Auto-eficácia	12
Percepção de doença	14
Estratégias de coping	15
Objectivos de estudo	19
Metodologia	21
Participantes	23
Procedimento	24
Material	25
Índice de satisfação sexual	26
Escala de avaliação da Auto-eficácia geral	27
Escala de Avaliação dos Modos de Reagir	28
Caracterização da amostra	30
Resultados	37
Discussão	42
Limitações do estudo e algumas Considerações	47
Referências Bibliográficas	49
Anexos	56

## Lista dos quadros e gráficos

Quadro 1 – Caracterização da amostra relativamente à Idade	30
Quadro 2 – Caracterização da amostra relativamente à Naturalidade e Residência	30
Gráfico 1 – Caracterização da amostra relativamente ao grau de escolaridade	31
Gráfico 2 – Caracterização da amostra relativamente à Profissão	31
Gráfico 3 – Caracterização da amostra relativamente ao Estado Civil	32
Quadro 3 – Caracterização da amostra relativamente ao Número de Filhos	32
Quadro 4 – Caracterização da amostra relativamente ao Tempo da operação	33
Quadro 5 – Caracterização da amostra relativamente ao tratamento Quimioterapia	33
Quadro 6 – Caracterização da amostra relativamente ao tratamento Radioterapia	33
Quadro 7 – Questão 10 do Inquérito	34
Quadro 8 – Questão 11 do Inquérito	34
Quadro 9 – Questão 15 do Inquérito	34
Quadro 10 – Questão 16 do Inquérito	35
Quadro 11 – Questão 17 do Inquérito	35
Quadro 12 – Questão 18,19 do Inquérito	35
Quadro 13 – Questão 20 do Inquérito	36
Quadro 14 – Questão 21 do Inquérito	36
Quadro 15 – Estatística descritiva do Índice de Satisfação Sexual	37
Quadro 16– Análise de Frequências das Categorias do Índice de Satisfação Sexual:	37
Quadro 17 – Estatística Descritiva aos factores da escala de auto-eficácia	38
Quadro 18– Estatística Descritiva aos factores da escala das Modos de Reagir	38
Quadro 19 – Correlação de Pearson: Relação entre as escalas de Insatisfação Sexual, auto-eficácia e Modos de Reagir	39
Quadro 20 – Correlação de Pearson: Variáveis demográficas	40
Quadro 21 – Correlação de Pearson: Variáveis Psicológicas	41

## Resumo

Este trabalho estuda a relação entre a satisfação sexual, auto-eficácia e os modos de reagir à doença em homens sobreviventes de cancro do cólon e recto.

Foram entrevistados 83 homens após 2 anos de cirurgia. Os instrumentos utilizados foram o Índice de Satisfação Sexual a Escala de avaliação da Auto-eficácia geral (Ribeiro, 1995) e a Escala de *Coping* – Avaliação dos Modos de Reagir (Figueira, 1990), aplicados em contexto hospital em regime de consulta externa.

Os resultados obtidos revelam que, nesta amostra, os sujeitos apresentem em geral, insatisfação sexual (98,6%), uma boa auto-eficácia total, com predominância das estratégias de *coping* activo, cognitivas e comportamentais.

Uma maior insatisfação sexual está relacionada com indivíduos mais velhos e com uma menor auto-eficácia total. O uso de estratégias cognitivas de controlo/confronto relaciona-se com uma menor insatisfação sexual, e uma maior auto-eficácia total. Não se observou uma relação estatisticamente significativa, entre as variáveis estudadas em relação aos colonostomizados e os não colonostomizados.

## Abstract

This study assessed the relationship between Sexual Satisfaction, Self-efficacy and coping among colorectal cancer survivors. 83 men's were interviewed after 2 years of surgery.

Subjects completed four surveys in hospital context: a social demographic questionnaire, the Index of Sexual Satisfaction; Self-Efficacy Scale (Ribeiro, 1995) and a coping scale (Figueira, 1990).

Results indicated that, Survivors reported, sexual dissatisfaction (98,6%), good self-efficacy, and use of active coping strategies, cognitive and behaviour.

Compared to age, long survivors reported higher sexual dissatisfaction and less Self-efficacy. The use of cognitive strategies is related to higher sexual dissatisfaction and better Self-efficacy.

For colonostomy and non colonostomy patients were not found significant statistical associations between the studied variables.

## Introdução

Nos últimos anos diversos estudos acerca de variáveis relacionadas com o cancro têm-se mostrado muito relevantes, dada a pertinência atribuída aos aspectos psicológicos na vivência desta doença.

Este trabalho, ao estudar a relação existente entre satisfação sexual, auto-eficácia e as estratégias de *coping* utilizadas por homens sobreviventes de cancro, tenta dar o seu contributo no sentido de reforçar a importância de serem reconhecidas emoções, sentimentos e modos de reagir perante o diagnóstico de uma doença crónica, como o cancro, visando uma melhoria nas condições de prestação de serviços de saúde e da qualidade de vida, em particular.

Um conjunto de factores contribui para o facto de, face a uma mesma situação de doença, haver formas diferentes de reagir e de adaptação. A satisfação sexual, como uma componente importante da sexualidade, pode ser um factor modelador dessa variabilidade individual de *coping*, face à doença. Até que ponto a utilização de estratégias de *coping* mais activas e eficazes implica uma maior satisfação sexual?

A importância do aconselhamento psicológico é reforçada, condicionando uma preparação e contenção de expectativas, quer: após o diagnóstico na integração da informação e prestação de apoio relativamente ao estabelecimento de objectivos e projectos futuros; na partilha do conhecimento do diagnóstico; no aumento da autonomia pessoal para lidar com a situação, bem como na gestão do dia-a-dia.

Este trabalho é constituído na primeira parte por uma fundamentação teórica. Optou-se por iniciar esta por uma revisão dos conceitos mais relevantes. Assim procedeu-se a uma revisão acerca da doença e suas características, os aspectos psicossociais e em particular, o confronto com o diagnóstico. De seguida abordaram-se alguns aspectos da satisfação sexual, da auto-eficácia e estratégias de *coping*.

Na segunda parte, apresentamos o trabalho experimental. Procedemos à descrição da metodologia experimental utilizada, definindo os objectivos deste projecto,

à caracterização da população estudada e a metodologia experimental bem como os instrumentos utilizados.

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos, o seu tratamento e discussão de dados, tendo em conta as investigações anteriormente referidas. O programa utilizado para este tratamento estatístico foi o Statistical Package for Social Sciencies (SPSS).

Como epílogo, serão expostas as conclusões do presente estudo, nas quais se pretende relacionar o enquadramento teórico e os resultados obtidos, assim como identificar algumas limitações do estudo, decorrentes de dificuldades logísticas ou pessoais e que podem funcionar como pontos de reflexão e pistas para investigações futuras.

## Cancro do Cólon

O Cancro é uma doença das células corporais, que são as bases construtoras do organismo. O corpo humano está constantemente a desenvolver, a curar e a repor células extenuadas ou lesionadas. Normalmente as células crescem e multiplicam-se de forma ordenada, contudo no caso das células cancerosas tal não acontece. Estas células são diferentes pois crescem e desenvolvem-se de forma autónoma e descontrolada (Ribeiro, 1998).

O carcinoma do cólon e do recto é uma doença do cólon e células dos tecidos epiteliais do revestimento do recto, ou mucosa. É uma doença mais comum após os 50 anos de idade, com incidência semelhante em ambos os sexos com taxas de sobrevivência após cinco anos em 50% dos casos. Este facto é baseado na realização de exames e diagnósticos em fases iniciais da doença e no controlo das metástases (Bernhard & Hurny, 1998). O cancro é classificado por estádios, e quanto mais recente for o estágio, maior a possibilidade da cura do cancro (Beck, 2004).

Um estudo realizado em 21 países europeus, no início do ano de 2003, por iniciativa da UEGF (United European Gastroenterology Federation), com o objectivo de avaliar o grau de conhecimento do tumor do cancro do cólon e recto, factores de risco e métodos de rastreio, concluiu que este é o tumor com maior número de mortes e que os cidadãos não estão devidamente esclarecidos sobre as formas de prevenção. Em Portugal 51% dos cidadãos inquiridos sabem que o cancro do intestino é a forma de cancro mais comum na Europa.

Assim como a esperança média de vida tem vindo a aumentar, o mesmo se passa com este tipo de cancro. É o cancro com maior prevalência na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e zonas do Norte da Europa e Europa Ocidental comparativamente ao Japão. Na União Europeia as taxas têm vindo a aumentar, em 1998, cerca de 217.000 novos casos foram diagnosticados, dos quais 111.000 vieram a falecer (EUCAN, 2004). Em Portugal, só em 2001 faleceram 2.218 pessoas por CCR, o que corresponde a 2,1% do número total de óbitos na população e a 10,1% dos óbitos por doença oncológica (Divisão de Epidemiologia, 2003).

Os factores de risco para o desenvolvimento do cancro são diversos, salienta-se o comportamento individual, ou seja o estilo de vida, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco; sedentarismo; obesidade e em particular a alimentação, que se encontra associada a uma dieta rica em gordura e consumo de carnes vermelhas, pobre em vegetais, frutas e fibras. Por outro lado as mutações celulares, a predisposição genética ou seja a existência de história pessoal ou familiar (5%) de cancro colorectal e doenças tais como colite ulcerosa, polipose, e cancro não polipoide hereditário (Doença de LYNCH) (Beck, 2004).

Relativamente aos sintomas, estes centram-se numa enorme sensação de desconforto devido às alteração nos hábitos intestinais, tais como a obstipação e/ou diarreia, podendo existir dor, vómitos, hemorragia rectal (com possível anemia) ou perda de peso, tudo isto varia conforme a localização do tumor (Eaton & Tobias, 2001).

O diagnóstico confirma-se com a realização de uma panóplia dolorosa de exames que incluem análises ao sangue e às fezes; o exame rectal; colonoscopia; exames imagiológicos (TAC e RMN), o enema de bário entre outros.

O tratamento médico, dependendo da localização do tumor pode assumir diversas formas podendo incluir a cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A cirurgia difere do tipo de tumor, o cirurgião pode apenas remover o tumor (colectomia) e o doente apenas fica com uma cicatriz abdominal ou fazer uma colostomia, ou seja criar uma abertura do cólon ao nível da pele, o doente fica com um saco, utilizado para recolher os desperdícios do organismo. Este pode ser temporário ou permanente. Desta ultima os efeitos psicológicos e sociais são descritos na sua maioria em termos de perda significativa, expressando um processo de luto, que inclui sentimentos de raiva, desanimo e tristeza (Bernhard & Hurny, 1998; Efficace & Bottomley, 1995).

A quimioterapia começa normalmente quatro a seis semanas pós-cirurgia, é um período de extrema necessidade de informação e apoio, visto ser um período caracterizado pela existência de uma elevada ansiedade relacionada com a incerteza da doença, do tratamento, da evolução e das expectativas dos efeitos secundários (Eaton & Tobias, 2001).

A radioterapia funciona como complemento de tratamento os doentes podem apresentar sentimentos de apreensão, tristeza, raiva e afastamento social (Greenberg et all., 1998).

Após tratamento, os doentes entram num sistema de consultas de *follow up* onde deverão ser seguidos periodicamente para assegurar a identificação de nova doença ou doença persistente, de forma a possibilitar o tratamento (Beck, 2004). Estas consultas se estiverem bem estruturadas permitem ao doente uma vigilância médica regular e eficaz na detecção das recidivas. O doente sente-se mais seguro e apoiado com esta continuidade e disponibilidade técnica (Grossmann & Johnson, 2004).

Apesar do aumento da prevalência deste cancro o estudo da qualidade de vida e de factores psicossociais não tem sido fortemente estudado, assim como, como é que o doente sobreviventes de cancro vivência a sua doença (Mosconi et all., 2002; Mullens et all., 2004).

Como já foi referido no confronto com o diagnóstico e durante o tratamento o doente com cancro pode experimentar alterações de humor associadas à doença, nomeadamente reacções ansiosas e ou/ depressivas. Alguns estudos associam estas a: pensamentos intrusivos em relação à doença; à ideia de morte; fracas estratégias de coping e a expectativas negativas dos doentes. Porém este distress experimentado, na maioria dos casos, parece ser flexível e até declinar no decurso da recuperação e do tratamento (Northouse et all., 2000; Stommel & Kurtz, 2004).

Contudo sabe-se que sobreviventes de vários tipos de cancro podem apresentar diversas perturbações emocionais e cognitivas, como ansiedade e perda de controlo, que persiste após o diagnóstico inicial (Mullens et all., 2004). O medo do desconhecido, a possibilidade de remissão, origem desconhecida e prognóstico imprevisível, tudo isto influencia negativamente a nível psicológico e a qualidade de vida. Aqueles que acreditam numa possível recorrência experimentam maiores níveis de stress (Mullens et all., 2004).

Estudos efectuados a sobreviventes do cancro do recto, livres de doença após 5 ou mais anos, demonstram que estes se encontram diminuídos ao nível da sua função sexual, social e laboral, apresentando dificuldades no manejo da colostomia (Jacobson et al., 1998).

Por outro lado a oncologia moderna oferece novas possibilidades de tratamento e cura, mas coloca também vários dilemas, tanto para técnicos como para os doentes. Sendo um dos objectivos a cura e o prolongar a vida dos doentes, as intervenções terapêuticas que envolvem perdas de funções ou alterações corporais, nomeadamente este tipo de cirurgia (colonostomia), podem alterar a qualidade de vida e produzir alterações significativas a nível psicológico.

Existem vários estudos que se debruçam sobre o impacto do cancro do cólon na qualidade de vida (Bernhard & Hurny, 2004; Dunn et al., 2006; Efficace & Bottomley, 1995; Mosconi et al., 2002; Pachler, 2004; Ramsey et al., 2000), reflectindo sobre o impacto da cirurgia, tratamento posterior, alterações imagem corporal, disfunção sexual e estratégias de coping.

Bernhard, (2004) concluíram que a qualidade de vida em doentes com cancro do cólon se apresenta como um constructo que varia ao longo da vivência da doença. No processo de adaptação este constructo apresenta maior importância do que durante o tratamento.

Ramsey, (2000), conclui no seu estudo que o factor tempo seria importante na qualidade de vida, ou seja os doentes operados à menos de 3 anos apresentam níveis inferiores de qualidade de vida em relação aqueles operados após 3 anos, em particular nos níveis socioeconómicos mais baixos. Em 2002 o mesmo autor desenvolveu um estudo semelhante em sobreviventes de cancro com mais de cinco anos de tratamento e concluiu que estes apresentavam melhores níveis de qualidade de vida (independentemente do estadio da doença e diagnóstico prévio) mesmo que alguns sintomas físicos, como diarreia persistirem e que em alguns casos existisse presença de sintomatologia depressiva. Mosconi, (2002), apresenta conclusões semelhantes e acrescenta que relativamente à percepção de doença os doentes com cancro do cólon expressam menor gravidade em relação aos do cancro da mama.

## Satisfação sexual

Uma das variáveis estudadas é a satisfação sexual, esta varia entre outros factores com a idade. Tendo em conta que na nossa amostra predomina uma média de 67 anos de idade, achamos importante focar-nos nesta relação.

A sexualidade faz parte da vida dos seres humanos e encontra-se em todas as fases do seu desenvolvimento. A OMS em 1975 descreve pela primeira vez, a saúde sexual como *A integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexuado de formas enriquecedoras e que valorizem a personalidade, a comunicação e o amor.*

A definição mais recente de saúde sexual é de 2002 e descreve-a como o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade e não mera ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Requerendo uma abordagem positivas e cuidadosa perante a sexualidade e relações sexuais, assim como a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, sem coação, discriminação e violência.

A sexualidade não é só o acto sexual é a forma como nos exprimimos. Na terceira idade a sexualidade e o acto sexual pode perder em quantidade mas ganha em qualidade.

Coleman (2000) defende que o envelhecimento não significa ausência de vida sexual, mas o prolongamento da mesma, pois o desejo sexual e os afectos associados à sexualidade, continuam a existir, apesar das diferenças verificadas na sua forma de expressão. Nesta fase, a sexualidade depende mais de factores psicossociais do que factores biológicos. Parece que à medida que a idade avança, a sexualidade vai deixando de ter a sua função relacionada com a reprodução, passando a ser mais, uma busca de prazer e ternura.

Segundo Netto (2000) tem ocorrido uma revolução na sexualidade e apresenta como principais factores: a passagem de uma vida sexual reprodutora para uma de satisfação e prazer; o aumento da esperança de vida associado a melhores condições psicológicas e físicas; e o aparecimento da SIDA como factor informador, criando a necessidade de esclarecimento acerca dos perigos e implicitamente sobre o sexo.

Estando na era das comunicações a Internet e os media permite uma maior expressão, experiência e desafia os mitos que os idosos não se interessam por sexo e são incapazes de sentir prazer. Adams (2003), afirma que os idosos são dos grupos que navegam pela Internet à procura de experiências sexuais. Os medicamentos e os *media* também têm contribuído para que as pessoas vejam o envelhecimento como algo positivo, sem sofrimento, onde tudo é possível (Katz & Marshall, 2003).

Encontramo-nos então numa época onde a mensagem passa em não existir limites para a sexualidade, quer seja em relação à idade, doença ou deficiência física (Coupland, 2000).

De acordo com a OMS, o prazer sexual é considerado um factor elementar na saúde do ser humano (Pacheco, 1998). Um aspecto em destaque em qualquer relacionamento afectivo é a satisfação sexual. De acordo com Riley (1997), a satisfação sexual comporta duas componentes, uma fisiológica e outra psicológica. O autor considera a primeira com a sensualidade que envolve a interacção sexual, que proporcionando uma tensão sexual, tem a sua expressão máxima quando o orgasmo é atingido. A componente psicológica, por outro lado, tem a ver com as emoções expressas no decurso desta interacção.

Contudo existem alterações fisiológicas e alguns factores que podem prejudicar o acto sexual. Master & Johnson, estudaram o comportamento sexual dos idosos, baseados nas alterações fisiológicas. Verificaram que, a actividade sexual diminui com o passar do tempo, contudo o sujeito é capaz de manter o interesse pela sexualidade até uma idade avançada. Outros autores estudaram igualmente as alterações como a diminuição da lubrificação da vagina e a diminuição do tempo de erecção do homem, a maioria conclui que estas mudanças podem prejudicar o prazer sexual, mas uma boa adaptação poderá mantê-lo (Jung, 2004).

O envelhecimento humano é um processo natural e individual que faz parte do ciclo de vida. Contém inúmeras modificações biopsicossociais, que podem ser condicionadas por factores genéticos, biológicos, sociais e estilos de vida. Estas transformações alteram a relação do Homem com o meio e consigo mesmo, por vezes criando sentimentos como a solidão e desvalorização (Netto, 2000).

A própria sociedade limita o papel do idoso, remetendo este como aquele que se encontra no fim da vida, que já não trabalha, não produz e que apresenta um grande prejuízo à economia do país.

Nos idosos o corpo em geral está rodeado de aspectos negativos como as doenças; excesso de peso, rugas, sentimentos de como se o corpo entrasse em declínio, onde o corpo já não é o que era e deixa de ser atractivo.

O interesse sexual nos idosos é maior do que se pensa e do que eles pensam. Quando existe manifestação sexual muitas vezes é considerado um desvio, levando o idoso muitas das vezes a auto-reprimir-se e a sentir que não é normal por sentir desejo e praticar masturbação (Coupland, 2000).

Jung (2004), refere um estudo onde apresenta uma alta percentagem de idosos com desejos sexuais e sexualmente activos, com diminuição da frequência, mas com a satisfação sexual mantida. Acrescenta que co-morbilidade, está correlacionada com esta diminuição e que atrasa as fases do ciclo sexual.

Arrington, (2003) realizou uma investigação qualitativa onde estudou a sexualidade em sobreviventes de cancro da próstata, relatando que após a doença alguns referiram que era o fim da sua vida sexual, outros que iria ser o começo de uma nova. Contudo concordaram que com mais informação a adaptação relativamente ao sexo seria um elemento facilitador. Outra conclusão diz respeito à menor importância da disfunção sexual em relação ao terem sobrevivido com saúde. O autor sugere que estas afirmações poderão ser influenciadas da: identidade masculina; construção social da sexualidade; da interacção médico/doente; grupos de suporte e existência de valores entre saúde e sexo.

A sexualidade na velhice é um tema negligenciado pela medicina, pouco conhecido e desvalorizado na sociedade, pelos próprios idosos e profissionais de saúde. As desordens endocrinológicas, vasculares, neurológicas, a diabetes, e a osteoporose podem interferir nas funções sexuais, assim como certos medicamentos e intervenções cirúrgicas (Netto, 2000).

Estas e outras doenças assim como a invalidez podem afectar a sexualidade, mas não devem impedir que o indivíduo tenha uma vida sexual satisfatória.

No cancro do cólon, os doentes colonostomizados apresentam maior disfunção sexual em relação aos não colonostomizados, contudo o stress experimentado em relação à deterioração sexual é mais indicado no período pós-operatório e em doentes mais jovens (até aos 69 anos de idade) (Schmidt et al., 2005).

Os idosos que ignoram as mudanças normais, próprias do envelhecimento e/ ou por falta de informação, tomam atitudes erradas em relação a actividade sexual e podem apresentar sintomatologia ansiosa da expressão sexual (Dennerstein, 2001).

Poderão existir vários factores para a insatisfação sexual/ disfunção sexual, como as consequências psicológicas provocadas pela doença e tratamento, que instauradas, podem-se solidificar com o estilo de vida e personalidade. Por outro lado nas diversas fases do tratamento podem apresentar níveis baixos de actividade sexual, gerando um princípio de disfunção (Cardoso, 2004).

Num estudo efectuado a 54 casais onde um deles tinha sido operado há um ano ao cancro do cólon, a maioria referiu, menor satisfação marital e diminuição da funcionalidade familiar e social, em 30% dos casais este sentimento prolongou-se nos anos seguintes devido aos tratamentos (Northouse et al, 2000).

Contudo a readaptação sexual também pudera remeter para uma redefinição da sexualidade, em que a focagem será o prazer por tudo aquilo que é possível, e não para as capacidades que eventualmente tenham sido perdidas (Cardoso, 1998).

O estudo da satisfação sexual, situada entre o orgânico e o psicossocial, constitui uma área de excelência daquilo que se entende por abordagem holística da doença. Permitindo assim o conhecimento global e específico de necessidades deste tipo de doentes. A nível psicológico o cancro como doença crónica é um acontecimento stressante, que pode alterar o auto-conceito, imagem corporal e auto-eficácia, com reflexos na interacção sexual.

## Auto-eficácia

A auto-eficácia, enquanto variável cognitiva pode afectar o comportamento, nível de motivação, o padrão de pensamento e a reacção emocional em situações conflituais (Bandura, 1977). As expectativas de eficácia ou auto-eficácia representam a capacidade percebida para executar com êxito um determinado comportamento.

A teoria da auto-eficácia, desenvolvida por Bandura a partir de 1977, tem sustentado, nos últimos anos, várias investigações. Auto-eficácia, refere-se aos juízos ou julgamentos que as pessoas fazem acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção requeridos para atingir comportamentos adequados perante situações desconhecidas, ambíguas, imprevisíveis e geradoras de stress (Bandura, 1986).

Esta teoria assenta na distinção conceptual entre expectativas de eficácia ou auto-eficácia, que representa a capacidade percebida para executar com êxito determinado comportamento e expectativa de resultados, que é a probabilidade percebida de que um comportamento produza determinados resultados (Bandura, 1977). De acordo com o mesmo autor (1986), o que as pessoas pensam, acreditam e sentem, irá afecta o modo como elas se comportam. Num estudo com pessoas possuidoras de carga genética para o cancro do cólon, conclui-se que a auto-eficácia poderia modelar a relação entre o estado de saúde mental dos indivíduos e o lidar com o stress da própria doença (Carlsson & Bjorvatn, 2004).

As pessoas que subestimam as suas capacidades têm tendência a desempenhar actividades que estão claramente acima das suas capacidades, o que pode conduzir a dificuldades e insucessos desnecessários. Os indivíduos que subestimam as suas capacidades também sofrem custos, que assumem de auto-limitações, uma vez que não desenvolvem potencialidades pessoais (Bandura, 1981).

Assim quanto maior a percepção de auto-eficácia, maior o esforço pessoal em envolver-se nas situações (Bandura, 1981).

Albert Bandura apresentou o conceito de auto-eficácia no contexto de modificação do comportamento cognitivo e defendeu que um elevado sentimento de eficácia pessoal está relacionado com melhor saúde, com melhor realização e melhor integração social.

Vários estudos mostraram que a auto-eficácia se relaciona com comportamentos de saúde: em idosos (Grembowski et al., 1993), em indivíduos com cancro (Cunningham et al., 1991), em indivíduos com diabetes (Aalto et al., 1997; Grey et al., 1998) e em adultos com artrite reumatoide (Tall et al., 1993).

A auto-eficácia discrimina-se de outros tipos de expectativas também focalizados em pesquisas sobre motivação, particularmente o autoconceito e as autopercepções de competência e capacidade (Bandura, 1977, 1981, 1982, 1983, 1986, 1991; Schunk, 1991). Esses dois últimos constructos, ao contrário da auto-eficácia, por definição não se referem de modo específico a peculiaridades da situação e nem a acções a serem implementadas numa tarefa analisada em detalhe.

Ribeiro (1995) adaptou e estudou as propriedades da escala de auto-eficácia, onde concluiu igualmente que o conceito de auto-eficácia geral, desenvolvido por Bandura, está mais relacionada com o auto-conceito do que locus de controlo.

A auto-eficácia não é um traço passivo e estático, mas antes um conjunto dinâmico de auto-crenças que são específicas de domínios de performance particulares e que interagem de uma forma complexa com outros factores pessoais, comportamentais e contextuais.

A auto-eficácia é uma variável importante no controlo do comportamento sexual (O'Leary, 1992), na adopção de comportamentos protectores da saúde, na recuperação na doença, como por exemplo, controlo da dor ou doenças do aparelho circulatório, protecção de doenças sexualmente transmissíveis, desenvolvimento do sistema imunitário, adopção de comportamentos de prevenção do cancro e em geral nos aspectos que estão ligados à saúde e à adopção de estilo de vida saudável (Ribeiro, 1995).

Mullens, (2004) evidencia a existência de correlação entre percepção do risco, preocupação, e a intenção de adquirir mudanças comportamentais, ou seja a preocupação com a doença conduziria a comportamentos saudáveis.

## Percepção de doença

O diagnóstico de uma doença crónica como o cancro origina um estado de crise que pode ter períodos de agravamento, tais como o conhecimento do diagnóstico, tratamentos e possíveis recidivas.

O conceito de percepção de doença implica uma avaliação global da saúde do sujeito pelo próprio e engloba vários aspectos da sua saúde (física e mental).

A percepção que cada indivíduo tem dos sintomas da doença, varia de acordo com a aceitação que ele tem dos mesmos. O quadro final de uma doença, construído pelo indivíduo, é o resultado da sua experiência anterior, das características da sua personalidade, da experiência com o tratamento, do contexto geral e do sistema social em que a doença se insere. A natureza da doença, o tipo, os sintomas (físicos ou psicológicos) e conhecimentos médicos são dos factores de maior influencia para que cada um atribua menor ou maior importância à sua doença.

A existência de sintomatologia (Fylkesnes & Ford, 1992) e ou dor na definição da percepção de doença parece estar mais relacionado em detrimento do conhecimento acerca do estado da doença. Esta percepção pode influenciar a adesão ao tratamento, a vivência da doença assim como a qualidade de vida do doente.

Os avanços da medicina têm conduzido a uma evolução no modo como se percebe esta doença. Os novos tratamentos possibilitam um aumento na quantidade e qualidade de vida, a uma melhoria de prognóstico e a uma maior confiança no processo médico.

Baker, (2005) apresenta dados que indicam que doentes de cancro apresentam uma percepção de doença após diagnóstico mais negativa, expressando medo de desenvolver outro cancro e medo acerca do futuro, relativamente aqueles que já foram tratados à mais de 1 ano. Por outro lado aqueles que estão em tratamento expressam mais receios e preocupações em relação aos que já terminaram, particularmente em relação às disfunções sexuais e problemas em dormir. O mesmo autor acrescenta que estes problemas estão mais presentes em sobreviventes de cancro mais jovens (18 aos 55 anos de idade).

## Estratégias de *Coping*

Segundo Lazarus & Folkman (1984), numa perspectiva clássica, as estratégias de *coping* são formas adaptativas a uma situação ou crise. É o modo como as pessoas lidam com os problemas. É o processo dinâmico que muda em função da interacção stressante, pelo qual as pessoas procuram minimizar o desconforto de uma situação ou crise.

As Estratégias de *Coping* são assim um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais determinados a controlar, reduzir ou tolerar as necessidades internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

O coping tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que permite um melhor ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Ribeiro, 2004).

Posteriormente Lazarus & Folkman (1984) concebem duas classificações de *coping* de acordo com a sua função: o paliativo ou centrado na emoção e o instrumental ou centrado no problema. No primeiro, a pessoa concentra-se na procura de alívio das emoções desconfortáveis, mesmo que a situação não possa ser alterada – *Emotion-Focused Coping*. No segundo a pessoa concentra-se nesse problema específico ou situação de modo a procurar modificá-lo ou evitá-lo no futuro – *Problem-Focused Coping*. A maioria das pessoas parece utilizar as duas modalidades.

Na segunda modalidade de *coping* (*Problem-Focused Coping*) as estratégias para resolver problemas incluem: definir o problema; procura de soluções alternativas; mudar os níveis de aspiração pessoal, profissional ou familiar. Estudos indicam que esta maneira de resolução de problemas está menos correlacionado com síndromes depressivos (Lazarus, 1996).

No caso do *Emotion-Focused Coping* a sua utilização procura evitar a invasão de emoções negativas, procurando o não envolvimento nos problemas, modificando-os

(evitamento das relações interpessoais, procura de soluções espirituais, desinvestimento, percepção de ausência de controlo interno ou externo).

Num estudo tendo como modelo o de Lazarus, a doentes com cancro da próstata concluíram que depois do diagnóstico a percepção da doença estaria relacionada com determinadas estratégias ou seja se atribui-se um significado de perda ou ameaça, utilizavam mais estratégias emocionais, por outro lado aqueles que o diagnóstico era visto como um desafio, recorriam a estratégias focadas no problema (Ahmad & Musil, 2005).

Figueira (1990), autora da escala dos modos de reagir, não menciona o termo estratégias e confere o termo de mecanismos de *coping* como tendo um papel de estrutura mediadora do comportamento e dos afectos. O termo *mecanismos de defesa* provém dos estudos psicanalíticos para se referir a processos mentais inconscientes (Ribeiro, 2004). A autora refere três dimensões essenciais do *coping*. As estratégias activas e dirigidas ao problema, as estratégias de evitamento e as focalizadas na emoção.

O DSM-IV apresenta os termos, *coping* e mecanismo de defesa, como sinónimos, de ambos poderem atenuar os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores. O termo “estratégias de *coping*” provém da investigação na psicologia social e aplica-se a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente. O uso repetido de determinadas estratégias de *coping* constitui-se como *estilo de coping*. Utiliza-se por vezes com o mesmo sentido o termo *adaptação* quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica (Ribeiro, 2004).

Os factores de *coping* podem ser classificados como gerais ou específicos. Os primeiros englobam: procura e expectativa de soluções; percepção de ausência, de controlo externo ou interno; evitamento de relações interpessoais; evitamento de confronto com a situação ansiogénica; procura de soluções espirituais; comportamentos de descarga emocional pela agressividade e procura de apoio ou pedido de ajuda. Os específicos compreendem as estratégias seguintes: manter-se ocupado; culpabilidade e

tensão interpessoal; comportamentos excessivos; atribuição externa ou interna de responsabilidades; aceitação passiva e desinvestimento; evitamento passivo ou negação; tentativa de resolução de problemas e evitamento com redução da sociabilidade (Ogden, 1999).

Em relação à doença existem duas formas básicas de confronto: o coping centrado nos problemas; onde os esforços do sujeito existem para controlar ou modificar aspectos do meio, da pessoa ou da relação entre ambos, que sejam interpretados como geradores de stresse, nomeadamente: busca de informação acrescida, procura de soluções alternativas, fixar objectivos realistas, envolvimento activo na reabilitação, procura de suporte social e o coping centrado nas emoções; onde os esforços são realizados, não no sentido de modificar a situação, mas sim na regulação dos estados emocionais causados, ou relacionados, com o acontecimento stressante, ou seja: evitamento, desvalorização da ameaça, negação, auto-culpabilização, pensamento mágico, isolamento, instabilidade de objectivos.

Num estudo, acerca de estratégias de coping a 292 doentes de cancro verificaram que estratégias de coping activo como o rezar e o uso de música foram das estratégias de coping mais utilizadas e eficazes (Zaza et al., 2005).

Para Ribeiro, 2004, *coping* é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou seja o processo de coping teve efeitos adaptativos. Contudo estas estratégias podem variar conforme a situação, mas algumas podem ser estáveis, dependendo do individuo.

Igualmente se passa com o constructo da qualidade de vida que podem constituir variáveis instáveis ao longo da doença. Mullens (2004), concluiu que a qualidade de vida em doentes com cancro do cólon aumenta com o passar de anos, e que estabiliza após 5 anos do diagnóstico.

No mesmo estudo verificou-se que a ansiedade nestes doentes estava correlacionada com níveis baixos de educação, indivíduos de meia-idade e baixo suporte social.

Sendo assim é importante o conhecimento de como estes doentes lidam com a doença, para ajudar a diminuir a ansiedade, depressão e melhorar a sua qualidade de vida.

No âmbito da psicologia da saúde torna-se pertinente investigar os aspectos do funcionamento psicológico que parecem influenciar a adaptação psicológica do sujeito à situação de doença e que condicionam o seu curso. O uso de estratégias de coping e factores relacionados com a personalidade são componentes importantes para o bem-estar, após anos de tratamento (Blank & Bellizi, 2006).

Uma maior capacidade de controlar os sintomas pode permitir uma diminuição da ansiedade, medo e frustração e conseqüentemente uma maior autonomia, que se pode reflectir numa menor dependência em relação ao cuidador e aos técnicos de saúde permitindo uma melhor qualidade de vida.

## Objectivos do estudo

Após uma revisão bibliográfica sobre o assunto, surgiu a ideia de realizar uma investigação que estudasse o impacto que o cancro tem nos homens em particular na sexualidade. Ou seja, a forma como a doença é percebida, como lidam, como reagem e como se sentem na área da satisfação sexual.

Este trabalho propõe realçar a importância que a sexualidade tem na vida do sujeito sobrevivente ao cancro, tendo em conta que conviver com possíveis recidivas e o próprio envelhecimento.

Este assunto tem sido pouco aprofundado. Em Portugal existem poucos estudos e poderá considerar-se como um estudo piloto para muitos mais, visto este tipo de cancro apresentar cada vez mais maior prevalência.

Além da relação entre as variáveis satisfação sexual, auto-eficácia e estratégias de *coping*, pretende-se dar resposta a outras questões que parecem pertinentes à luz desta investigação.

Tendo em conta tudo o que foi escrito anteriormente, pode-se traçar os seguintes objectivos:

- 1 - Estudar as propriedades psicométricas do inventário de satisfação sexual e da escala de modos de reagir.
- 2 – Identificar estratégias de *coping* que permitam ao indivíduo uma melhor satisfação sexual, tendo em conta a auto-eficácia, variáveis da doença e sócio-demográficas.
- 3 – Estudar as relações entre a satisfação sexual, auto-eficácia e as estratégias de *coping* do doente com cancro do cólon e recto.

É colocada a seguinte questão de investigação:

1 – Quais as estratégias de *coping* mais utilizados e auto-eficácia em indivíduos diagnosticados com cancro do cólon e recto, e a relação com a satisfação sexual e de que forma, algumas dessas estratégias de *coping*, são mais adaptativas que outras?

A seguintes hipóteses serão testadas ao longo deste projecto:

1 - As estratégias de coping mais adaptativas correlacionam-se com bom índice de satisfação sexual e boa auto-eficácia.

2 – Os sujeitos colonostomizados e os não colonostomizados apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis em estudo.

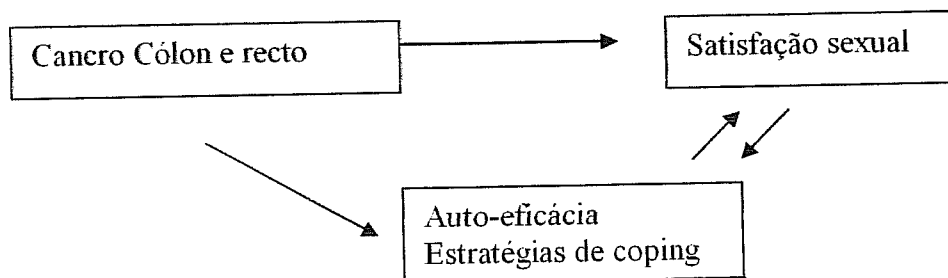
## Metodologia

A metodologia usada utiliza um inquérito elaborado para o estudo. Inclui ainda um Índice de Satisfação Sexual (ISS), uma escala de auto-eficácia geral e uma escala de Modos de Reagir.

Trata-se de um estudo exploratório, dado que existem aspectos da sua metodologia que impedem que os resultados sejam generalizados a toda a população. Será um estudo transversal exploratório em homens sobreviventes de cancro do cólon e recto que frequentam as consultas do serviço de cirurgia 5 no Hospital dos Capuchos.

Num primeiro momento pretende-se caracterizar a amostra relativamente à idade, residência, grau de escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos. Num segundo momento pretende-se relacionar a satisfação sexual, auto-eficácia e os modos de reagir.

Desenho da investigação:



O método utilizado nesta investigação é o Quase-Experimental.

Este tipo de planeamento tem sido proposto para este tipo de investigação, pois representa uma aproximação bastante satisfatória em relação aos planos experimentais. O objectivo dos planeamentos quase-experimentais é o de determinar inferências causais de modo tão claro e inequívoco quanto possível. Este tipo de planeamento aplica um modo experimental de análise e interpretação dos dados recolhidos, mas não preenche as exigências do controlo experimental.

Apesar das limitações, os planeamentos quase-experimentais representam o melhor tipo de procedimento a adoptar nos estudos extra laboratoriais ou de campo, onde se considera importante descobrir e determinar relações causais entre variáveis (Pinto, 1990).

### Variáveis em estudo

<b>Variáveis principais</b>	<b>Variáveis secundárias</b>
Satisfação sexual	Idade
Auto-eficácia	Tempo de cirurgia
Estratégias de coping	Percepção de doença

## Participantes

### Seleção e caracterização da amostra

Participam 83 indivíduos que foram diagnosticados com cancro do cólon e recto. A amostra de conveniência utilizada foi recolhida antes das consultas de follow-up do serviço de cirurgia do Hospital dos Capuchos. Para fazer parte desta amostra, existiram alguns critérios de seleção aos quais os sujeitos tiveram que corresponder.

Assim os **critérios de inclusão**, dizem respeito a:

- 1 – Terem sido operados, entre 1 a 5 anos.
- 2 – Sem incapacidade mental
- 3 – Idade Superior a 18 anos e inferior a 80 anos de idade.
- 4 - Pertencerem ao sexo masculino
- 5 - Deve existir consentimento na realização das avaliações

E os **critérios de exclusão**, dizem respeito a:

- 1 – Dificuldades cognitivas associadas.
- 2 - Presença de patologia activa que interfira com o seu desempenho.

## Procedimento

No início de 2005, realizaram-se os contactos informais no Hospital dos Capuchos, serviço de cirurgia 5, com o intuito de confirmar o interesse e disponibilidade para a realização do trabalho.

Com a aprovação estabeleceu-se que a recolha da amostra seria efectuada semanalmente, os doentes enquanto esperavam pela consulta de follow up, eram encaminhados para um gabinete, onde se realizavam os inquéritos.

Os sujeitos que constituem a amostra foram recrutados de forma voluntária. As instruções foram dadas individualmente, claras acerca do voluntariado e anonimato dos mesmos e da confidencialidade dos dados revelados.

Na avaliação manteve-se a ordem dos questionários (Entrevista, auto-eficácia, Estratégia de coping e índice de satisfação sexual).

O período da recolha da amostra ocorreu às quintas-feiras entre os meses de Novembro de 2005 e Maio de 2006. Foi uma amostra acessível, contudo limitada pelo número de inscritos na consulta. Observou-se em todas os sujeitos quando do preenchimento dos questionários disponibilidade e responsabilidade.

Pensa-se que o número de homens avaliados permitir-nos-á tirar conclusões que, embora não generalizáveis, poderão ser estatisticamente significativas. Gostaríamos de realçar que se trata de um estudo piloto, podendo a amostra ser aumentada ou alargada a outros grupos.

## **Material – Escalas de avaliação**

1. Questionário elaborado para o estudo
2. Índice de satisfação sexual (ISS)
3. Escala de avaliação da Auto-eficácia geral (como eu sou) (Ribeiro, 1995)
4. Escala de avaliação dos Modos de Reagir

O Questionário breve e estruturado elaborado por nós para o estudo e as escalas de avaliação destinam-se a avaliar a forma como os sujeitos reagem à doença, no que diz respeito à sexualidade.

### **1. Questionário (Anexo 1)**

Ao elaborar o inquérito tivemos como objectivo o caracterizar da melhor forma a nossa amostra articulando-se esta particularmente com outros aspectos entendidos como relevantes para o nosso estudo. Assim teremos variáveis sócio – demográficas (idade, naturalidade, residência, o grau de escolaridade, profissão, estado civil e o número de filhos); variáveis acerca da doença (data da operação e se fez ou não tratamento posterior, se tem ou não “saquinho”). Recolheu-se informação quanto aos hábitos Tabágicos e alcoólicos.

Por ultimo foram colocadas questões de variáveis psicológicas tais como acerca de como percepciona a doença, sendo a resposta dada numa escala de 1 a 5.

A alteração dos comportamentos sexuais após diagnóstico foi abordada do modo como reagiu após a operação não só nas relações sexuais mas também nas relações amorosas. Foi igualmente questionado directamente se o desejo sexual se alterou. Por ultimo perguntou-se se procurou alguma informação acerca da vida sexual, e em caso afirmativo em que fonte.

## 2. Índice de satisfação sexual (I.S.S.) (Anexo 2)

Hudson em 1974, criou uma escala denominada Índice de Satisfação Sexual (I.S.S.) que pretendia avaliar o nível de satisfação/ insatisfação sexual tendo em conta a dimensão sexual de uma relação (Harrison & Crosscup, 1981; Hudson, 1977; Hudson, 1978a; Hudson, 1978b). O inventário responde a um certo número de comportamentos, atitudes, eventos, estados afectivos e preferências que estão associadas com a relação sexual entre parceiros (Corcoran & Fischer, 2000).

O I.S.S. é um questionário de satisfação sexual traduzido por Jorge Cardoso, Catarina Soares em 1994 (versão original de Hudson de 1974).

O facto de ser uma escala pouco invasiva da intimidade, possibilita a aplicação em grupos heterogéneos tanto a nível de valores, atitudes, experiências e dos comportamentos sexuais, de fácil e rápida aplicação, com bom coeficiente de validade e fidelidade, levou-nos a optar pela sua utilização neste estudo.

Verificámos as propriedades psicométricas na nossa amostra e verificou-se a análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach sobre os resultados do estudo encontrou o valor de alfa para a escala total foi de 0,76.

É uma escala composta por 25 itens em que cerca de metade destes são informações de valência positiva e a outra metade de valência negativa. Para responder a cada item, existe uma escala de likert de 5 pontos: 1=Raramente ou nunca, 2= Poucas vezes, 3= Algumas vezes, 4= Bastantes vezes, 5= Habitualmente ou sempre. O sujeito deve à frente de cada item colocar o número que melhor corresponder à sua resposta.

A cotação é simples e directa. Os itens de construção negativa: 4,5,6,7,8,11,13,14,15,18,20,24,25 permanecem com o mesmo valor enquanto que os itens de construção positiva: 1,2,3,9,10,12,16,17,19,21,22,23 atribui-se a pontuação inversa. Após o somatório destes valores, subtrai-se um valor constante de 25, o que conduz a uma pontuação final entre 0 e 100 pontos. O “ponto de cisão” estabelecido por Hudson, é o de 30 pontos. Assim se o resultado for inferior ou igual a 30 há ausência de insatisfação sexual, enquanto que se o resultado for superior ao referido existe insatisfação sexual. Assim quanto mais baixo for o resultado maior será o grau de satisfação sexual. Os resultados próximos de 30 devem ser entendidos numa “zona de ambiguidade”, que se pode interpretar como um sentimento de indiferença, ou seja, não há presença nem ausência de satisfação sexual.

As baixas pontuações não são sempre indicadoras de uma ausência de problemática sexual, mas antes, que a insatisfação sexual não constitui para o sujeito um grande problema ou então os factores do problema sexual encontram-se em áreas que o inquérito não aborda.

### **3. Escala de avaliação da Auto-eficácia geral (Ribeiro, 1995) (anexo 3)**

O questionário escolhido baseou-se no *Self-Efficacy Scale* de Sherer et al., (1982), que constitui uma medida de AE geral. Os autores desta escala defendem que, apesar de a AE ter sido conceptualizada como uma crença específica de situação, há evidência que as experiências de mestria ou de domínio pessoal, ao contribuírem para criar expectativas de sucesso em situações específicas, se podem generalizar a outras situações. Assim, os indivíduos com histórias numerosas e variadas de sucesso, possuiriam mais expectativas de eficácia pessoal ou de AE geral do que indivíduos com poucas experiências de sucesso. A escala de AE destes autores inclui 23 itens, conservados após tratamento estatístico de uma *poule* original composta por 36 itens, escolhidos com base na validade de conteúdo. Os autores escolheram uma solução factorial de dois factores, a que chamaram, ao primeiro "auto-eficácia-geral" (com 17 itens) e, ao segundo "auto-eficácia-social" (itens, 3, 10, 11, 13). Afirmam que o primeiro factor poderia ser subdividido em dois componentes que reflectem duas dimensões; a) iniciação e persistência (itens, 1, 5, 6, 7, 14, 15) e, b) eficácia perante a adversidade (itens, 2, 4, 8, 9, 12). A sub-escala definida pelo primeiro factor qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para completar uma acção; a segunda, a vontade para persistir numa actividade perante situações que são adversas; a terceira qualifica as suas expectativas perante situações sociais.

As respostas ao questionário são dadas numa escala tipo *Lickert* de catorze pontos. Na versão adaptada recorreu-se a uma escala de 7 pontos. As notas podem ser utilizadas como um perfil das diferentes sub-escalas ou como uma nota global. Acerca da cotação da escala os itens de construção negativa: 1,2,6,11 e 13 permanecem com o mesmo valor enquanto que os itens de construção positiva: 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 atribui-se a pontuação inversa. O somatório destes valores corresponde à nota por dimensão e total. Quanto mais baixa a nota, menor a percepção de eficácia.

Ribeiro, 1995 adaptou a escala e estudou as propriedades psicométricas. A análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach sobre os resultados do estudo definitivo encontrou os seguintes valores (entre parêntesis apresentam-se os valores de alfa encontrados com os resultados da nossa amostra): alfa=0,80 (0,51) para o primeiro factor; alfa=0,80 (0,57) para o segundo factor e; alfa=0,60 (0,40) para o terceiro. O valor de alfa para a escala total com a amostra do estudo definitivo foi de 0,84 (0,70).

#### **4. Escala de Avaliação dos Modos de Reagir (Figueira, 1990) (Anexo 4)**

Esta escala foi concebida em 1990, com um objectivo exploratório, para avaliar os mecanismos de *coping* utilizados por uma amostra de 123 sujeitos seropositivos e doentes com SIDA, acompanhada no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Santa Maria. Posteriormente foi utilizada noutros trabalhos, em que a população pertencia ao mesmo grupo, por Félix da Costa e colaboradores (1990) e Sílvia Ouakinin (2000). A razão da escolha do instrumento prende-se, por estar adequado à população portuguesa e por ser um questionário pequeno e de resposta breve, condições imprescindíveis ao contexto da aplicação.

Não obstante estas vantagens, este instrumento tem o inconveniente de não ter estudado as suas propriedades psicométricas. A autora, a Prof. Dra. Maria Luísa Figueira explicita que a escala tem apenas um carácter exploratório, com finalidade clínica.

Verificámos as propriedades psicométricas na nossa amostra e verificou-se a análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach sobre os resultados encontrou o valor de alfa para a escala total foi de 0,61.

A escala dos Modos de Reagir é constituída por 25 itens que abrangem as grandes áreas do *coping*: estratégias cognitivas, estratégias comportamentais, quer de evitamento, quer confronto e estratégias de regulação emocional. Cada item é classificado numa escala de 0 a 3 (nunca, às vezes, frequentemente e muito frequentemente).

Os itens distribuem-se por várias áreas do *coping*, da seguinte forma: Estratégias Cognitivas de Controlo/Confronto – 4, 8, 14, 18, 20, 24; as de Evitamento – 1, 12, 17; as Estratégias Comportamentais de Controlo/Confronto – 2, 3, 5, 21, 22; e as de

Evitamento – 7, 10, 11, 13, 16; e as Estratégias de Regulação Emocional – 6, 9, 15, 19, 23, 25. O foco do *coping* pode ser a procura de informação, a descarga emocional, a procura de soluções para o problema o controlo e a regulação dos afectos.

Os valores de alfa para cada uma das dimensões são insatisfatórios apontando para cuidados na interpretação dos resultados.

## **Métodos estatísticos**

O programa estatístico utilizado para efectuar o tratamento dos dados deste estudo foi o SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Science). Efectuou análise factorial, e a consistência interna dos factores da escala das estratégias de *coping* – Avaliação dos Modos de Reagir e do Índice de Satisfação Sexual.

O Tratamento inclui, no estudo transversal, análises exploratórias e correlacionais, ou seja, estatística descritiva e correlacional. Na estatística descritiva, para cada variável calculou-se a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo.

Neste trabalho recorreremos aos seguintes testes paramétricos:

**O t de Student** para amostras independentes, para comparar grupos.

As comparações destes grupos foram feitas, relativamente ao total dos factores da escala de estratégias de *coping*, do total do Índice de Satisfação Sexual e da auto-eficácia.

**A correlação de Pearson** permite determinar um coeficiente de correlação paramétrico utilizado para averiguar a existência de uma relação significativa entre o total do Índice de Satisfação Sexual, a escala de auto-eficácia e os factores de estratégias de *coping*. Assim como, investigar a existência de uma relação significativa entre o tempo de operação e as estratégias de *coping* para o cancro, entre o tempo de operação e a Satisfação Sexual e entre a auto-eficácia.

## Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 83 homens sobreviventes de cancro do cólon e recto, há pelo menos mais de um ano. A recolha de dados foi feita num único período de tempo. As variáveis de caracterização sócio-demográfica foram codificadas de forma categorial e são as seguintes: Idade, Naturalidade, Área de residência, Estado civil, Grau de Escolaridade, Profissão, Número de filhos.

As tabelas seguintes apresentam as várias categorias para cada uma destas variáveis, de acordo com a análise de frequências.

### Variáveis demográficas

#### Quadro 1 – Caracterização da amostra relativamente à Idade

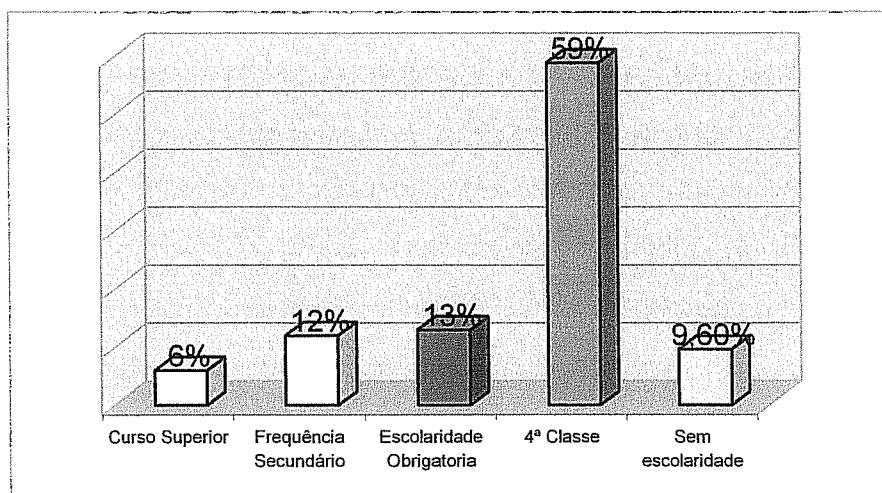
Relativamente à idade, determinou-se usando uma estatística descritiva, a média, desvio padrão, o mínimo e o máximo. A tabela mostra os resultados obtidos:

	<b>Minimo</b>	<b>Maximo</b>	<b><u>M</u></b>	<b><u>DP</u></b>
<b>IDADE</b>	40	80	66,88	9,401

Relativamente à idade podemos constatar que a amostra se distribui pelas faixas etárias, dos 40 aos 80 anos. Contudo a média centra-se nos 66 anos de idade.

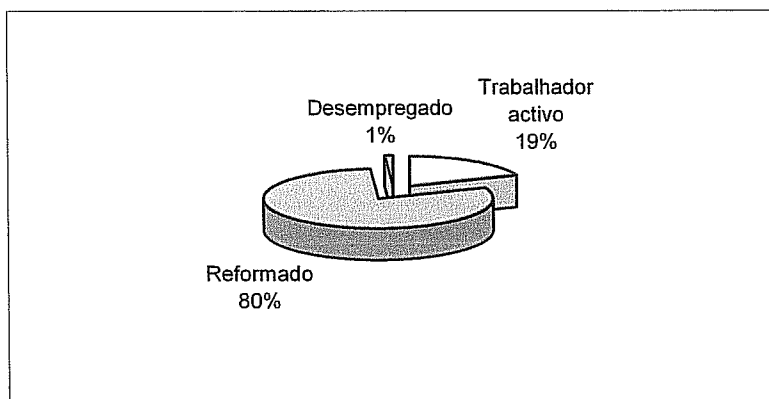
#### Quadro 2 – Caracterização da amostra relativamente à Naturalidade e Residência

<b>NACIONALIDADE</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Lisboa e arredores</b>	32	38,6 %
<b>Zona Sul</b>	10	12 %
<b>Zona Norte</b>	36	43,4 %
<b>Estrangeiro</b>	5	6 %
<b>RESIDÊNCIA</b>		
<b>Lisboa e arredores</b>	76	91,6 %
<b>Norte</b>	3	3,6 %
<b>Sul</b>	4	4,8 %



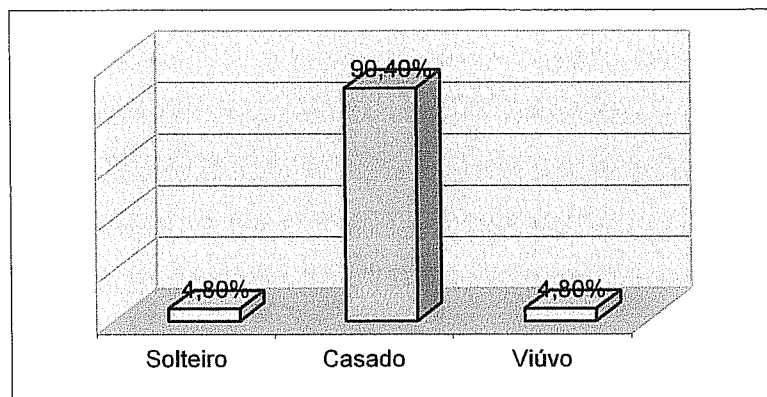
**Gráfico 1 – Caracterização da amostra relativamente ao grau de escolaridade**

Em termos de habilitações literárias, 9,6 % não frequentaram a escola, a maior percentagem refere-se à 4ª classe (59%). A frequência do ensino secundário assume uma percentagem de 12% e 13 % têm a escolaridade obrigatória (9ºano). Apenas 6 % dos sujeitos têm um curso superior.



**Gráfico 2 – Caracterização da amostra relativamente à Profissão**

A maior parte da amostra inclui sujeitos reformados (79,5%). O trabalho activo detém uma percentagem de 19,3%. Apenas 1,2% da amostra encontra-se no desemprego.



**Gráfico 3 – Caracterização da amostra relativamente ao Estado Civil**

O estado civil Casado é o mais frequente nos sujeitos da amostra (90,4%). Os solteiros e viúvos apresentam a percentagem de 4,8%.

**Quadro 3 – Caracterização da amostra relativamente ao Número de Filhos**

FILHOS		Frequência		Percentagem	
Sim		71		85,5 %	
Não		12		14,5 %	
	n	Mínimo	Máximo	<u>M</u>	<u>DP</u>
NÚMERO FILHOS	71	1	5	1,99	1,007

Grande parte da amostra tem filhos (85,5%) e em média têm dois filhos, sendo o mínimo de 1 filho e o máximo de 5 filhos.

Para um melhor perfil da amostra, foram utilizadas como variáveis para o estudo as seguintes:

### Variáveis de doença:

#### Quadro 4– Caracterização da amostra relativamente ao Tempo da operação

TEMPO/operação	Frequência	Percentagem
1 ano	32	38,6 %
1,5-3 anos	31	37,4 %
3-5 anos	12	14,5 %
>5 anos	8	9,6 %

Em relação ao tempo de diagnóstico da operação, a maior percentagem (38,6%) situa-se no período após 1 ano de operação. Aos sujeitos entre um ano e meio, e 3 anos corresponde 37,4%, podendo observar-se que os homens correspondentes ao tempo de operação entre 3 e 5 anos corresponde a 14,5 % e mais de 5 anos se encontram nos restantes 9,6%.

#### Quadro 5 – Caracterização da amostra relativamente ao tratamento

##### Quimioterapia

Quimioterapia	Frequência	Percentagem
Sim	44	53 %
Nao	39	47 %

#### Quadro 6 – Caracterização da amostra relativamente ao tratamento

##### Radioterapia

Quimioterapia	Frequência	Percentagem
Sim	12	14,5 %
Nao	71	85,5 %

### Quadro 7 – Questão 10 do Inquérito

A seguinte tabela apresenta as frequências relativamente ao consumo de álcool:

Álcool	Frequência	Percentagem
Não	24	28,9 %
Moderado	58	59,9 %
Frequente	1	1,2 %

### Quadro 8 – Questão 11 do Inquérito

A seguinte tabela apresenta as frequências relativamente aos hábitos tabágicos:

Foi fumador?	Frequência	Percentagem
Sim	42	50,6 %
Não	41	49,4 %
É fumador?		
Sim	7	8,4 %
Não	76	91,6 %

Deixou de fumar à quanto tempo?	Mínimo	Máximo	<u>M</u>	<u>DP</u>
anos	1	55	18,20	16,3

### Quadro 9 – Questão 15 do Inquérito

Esta questão refere a existência ou não de “saco”:

	Frequência	Percentagem
Sim	18	21,7 %
Não	65	78,3 %

## Variáveis Psicológicas:

### Quadro 10 – Questão 16 do Inquérito

A seguinte tabela diz respeito à percepção da doença.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Muito grave</b>	7	8,4 %
<b>Grave</b>	37	44,6 %
<b>Pouco grave</b>	34	41 %
<b>Sem gravidade</b>	5	6 %

### Quadro 11 – Questão 17 do Inquérito

Esta questão diz respeito relativamente às relações sexuais face a um diagnóstico de cancro do cólon. A seguinte tabela mostra as respectivas frequências:

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Isolamento</b>	3	3,6 %
<b>Evitou contactos</b>	3	3,6 %
<b>Afectou</b>	30	36,1 %
<b>Não afectou</b>	47	56,6 %

### Quadro 12 – Questão 18,19 do Inquérito

Na seguinte tabela estão as frequências das perguntas referentes ao desejo sexual e interesse em relações amorosas. As variáveis aparecem em categorias cotadas em termos dicotómicos (Sim/Não).

<b>Menos Desejo Sexual</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Sim</b>	41	49,4 %
<b>Nao</b>	42	50,6 %

<b>Interesse em Relações Amorosas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Sim</b>	16	19,3 %
<b>Nao</b>	67	80,7 %

### Quadro 13 e 14 – Questão 20 e 21 do Inquérito

Procurou informação acerca da sua vida sexual após o diagnóstico?

Na próxima tabela estão indicadas as frequências de resposta (Sim/Não) a esta questão.

<b>Procura de informação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Sim</b>	17	20,5 %
<b>Nao</b>	66	79,5 %

Na seguinte tabela estão indicadas as frequências relativas à frequência das respostas SIM da anterior tabela, ou seja os que procuraram informação, onde é que essa informação foi adquirida:

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Medico</b>	17	20,5 %

## Resultados

### Escalas de avaliação

As tabelas seguintes apresentam uma estatística descritiva, a média, desvio padrão, o mínimo e o máximo das escalas utilizadas:

**Quadro 15 – Estatística descritiva do Índice de Satisfação Sexual**

	<b><u>N</u></b>	<b><u>Mínimo</u></b>	<b><u>Máximo</u></b>	<b><u>M</u></b>	<b><u>DP</u></b>
<b>Satisfação Sexual</b>	71	26	81	56,45	10,05

Conforme foi referido na apresentação dos instrumentos, para o Índice de satisfação sexual, quanto maior o resultado, mais baixa seria a satisfação sexual. Tendo o “ponto de cisão” o valor de 30 pontos. Como se pode verificar a média do *score* total é de 56,45 implicando assim insatisfação sexual.

Deve-se salientar que apenas 71 sujeitos responderam ao questionário, os 12 restantes não responderam por não terem uma vida sexual activa.

**Quadro 16 – Análise de Frequências das Categorias do Índice de Satisfação Sexual:**

	<b>Sem insatisfação</b>	<b>Zona de ambiguidade</b>	<b>Com insatisfação</b>
<b>Frequência</b>	1	0	70
<b>Percentagem</b>	1,2%	0%	98.6%

Como podemos comprovar nesta tabela a maioria dos homens apresentam insatisfação sexual (98.6 %), apenas 1 sujeito desta amostra revela não ter insatisfação sexual.

**Quadro 17 – Estatística Descritiva aos factores da escala de auto-eficácia:**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b><u>M</u></b>	<b><u>DP</u></b>
<b>Iniciação e persistência</b>	20	42	30,4	5,125
<b>Eficácia perante a adversidade</b>	15	35	26,76	4,514
<b>Eficácia social</b>	8	27	19,65	3,700
<b>Auto-eficácia total</b>	52	101	76,81	10,194

Como se pode verificar a média do *score* total é de 76,81.

**Quadro 18 – Estatística Descritiva aos factores da escala das Modos de Reagir:**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b><u>M</u></b>	<b><u>DP</u></b>
<b>Estratégias Cognitivas de controlo/confronto</b>	6,00	17,00	10,51	2,51
<b>Estratégias Cognitivas de evitamento</b>	1,00	8,00	4,96	1,47
<b>Estratégias comportamentais de controlo/confronto</b>	1,00	12,00	5,74	2,34
<b>Estratégias comportamentais de evitamento</b>	0,00	7,00	2,96	1,24
<b>Estratégias de Regulação Emocional</b>	0,00	6,00	1,73	1,38

As estratégias mais utilizadas pelos sujeitos são as estratégias cognitivas de controlo/confronto e as estratégias comportamentais de controlo/confronto, ou seja, estratégias de *coping* activo.

As estratégias de evitamento, quer as cognitivas, quer as comportamentais, e estratégias de regulação emocional são pouco utilizadas pelos sujeitos desta amostra.

## Comparação de resultados

**Quadro 19 – Correlação de Pearson: Relação entre as escalas de Insatisfação Sexual, auto-eficácia e Modos de Reagir**

	<b>Auto-eficácia Total</b>	<b>Iniciação e Persistência</b>	<b>Eficácia Perante a adversidade</b>	<b>Eficácia Social</b>
<b>Insatisfação Sexual</b>	$r = -0,48$ $p < 0,0001$	$r = -0,52$ $p < 0,0001$	$r = -0,40$ $p < 0,0001$	
<b>Estratégias cognitivas de controlo/confronto</b>	$r = 0,29$ $p < 0,007$		$r = 0,29$ $p < 0,008$	$r = 0,23$ $p < 0,036$
<b>Estratégias comportamentais de controlo/confronto</b>	$r = 0,25$ $p < 0,02$			$r = 0,37$ $p < 0,001$

Não se verificaram relações significativas entre o Índice de Satisfação Sexual e a Escala dos Modos de Reagir.

Uma maior insatisfação sexual está relacionada com uma menor auto-eficácia total e com uma menor iniciação e persistência e baixa eficácia perante a adversidade.

Os sujeitos quanto mais utilizam estratégias cognitivas de controlo/confronto apresentam maior auto-eficácia total; maior eficácia perante a adversidade e maior eficácia social.

O uso de estratégias comportamentais de controlo / confronto relaciona-se igualmente com uma maior auto-eficácia total e eficácia social.

**Quadro 20 – Correlação de Pearson: Variáveis demográficas**

	<i>Idade</i>	<i>Educação</i>
<b>Insatisfação Sexual</b>	$r = 0,34$ $p < 0,003$	$r = 0,25$ $p < 0,03$
<b>Estratégias regulação emocional</b>	$r = -0,001$ $p < 0,99$	
<b>Estratégias Cognitivas de Evitamento</b>		$r = 0,28$ $p < 0,009$
<b>Estratégias cognitivas de controlo/confronto</b>		$r = -0,22$ $p < 0,04$
<b>Auto-eficácia Total</b>	$r = -0,36$ $p < 0,001$	$r = -0,26$ $p < 0,01$
<b>Iniciação e Persistência</b>		$r = -0,32$ $p < 0,003$

Os sujeitos mais velhos apresentam maior insatisfação sexual, utilizam menos estratégias de regulação emocional e tem tendência para uma menor auto-eficácia total.

Quanto menor o grau de escolaridade dos sujeitos maior a insatisfação sexual; apresentam mais tendência para estratégias de evitamento e menos estratégias cognitivas.

Uma menor escolaridade está relacionada com menor auto-eficácia total, assim como menos iniciação e persistência perante as situações.

De acordo com os trabalhos de Mullens (2004), os níveis inferiores de escolaridade relacionam-se com uma menor qualidade de vida. Podemos salientar o papel da educação na adaptação à doença como uma variável importante no sentido em ter em conta no fornecimento de informação clínica e de estarmos atentos a estes doentes que necessitam de mais apoio para desenvolver estratégias de confronto e auto-eficácia.

**Quadro 21 – Correlação de Pearson: Variáveis Psicológicas**

	<i>Percepção doença</i>	<i>Reacção sexo</i>	<i>Menos desejo</i>	<i>Menos interesse</i>
<b>Idade</b>	$r = 0,32$ $p < 0,003$			
<b>Tempo de cirurgia</b>	$r = -0,37$ $p < 0,001$			
<b>Menos desejo</b>		$r = 0,32$ $p < 0,003$		
<b>Menos interesse</b>		$r = 0,45$ $p < 0,0001$	$r = 0,31$ $p < 0,004$	
<b>Auto-eficácia Total</b>	$r = -0,21$ $p < 0,04$		$r = 0,30$ $p < 0,001$	$r = 0,26$ $p < 0,01$
<b>Iniciação e Persistência</b>	$r = -0,25$ $p < 0,02$			
<b>Eficácia Perante adversidade</b>			$r = 0,30$ $p < 0,001$	$r = 0,24$ $p < 0,02$

A percepção de menor gravidade da doença encontra-se nos indivíduos mais velhos e naqueles que foram operados à mais tempo. Uma percepção de menor gravidade da doença relaciona-se com uma maior auto-eficácia total e maior iniciação e persistência. Estes resultados vão de acordo com os trabalhos de Ramsey (2000) e Baker (2005), que realçam a importância do factor tempo e da idade na sobrevivência da doença.

Aqueles que referem que a doença não afectou as relações sexuais não apresentam alteração no desejo sexual e mantiveram o interesse nas relações amorosas.

A não alteração de desejo sexual após tratamentos relaciona-se com a não alteração do interesse nas relações amorosas. Ambas se relacionam com uma maior auto-eficácia total e maior eficácia perante adversidade. O interesse pela sexualidade pode manter-se até uma idade avançada, contudo podem existir mudanças biológicas, próprias do envelhecimento e da doença que prejudiquem a satisfação sexual (Master & Johnson). O que remete para a panóplia de factores que podem interferir na sexualidade, e não só o papel da doença.

## **T de Student para amostras independentes: Comparação entre sujeitos Com e Sem “saquinho”.**

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação às variáveis estudadas. A nossa hipótese não é aceite. O facto de não se evidenciarem diferenças, pode ter várias explicações, por um lado o número escasso da amostra de indivíduos colonostomizados (17), e o facto de serem uma população com mais de 65 anos de idade. Os resultados vão de acordo com os estudos de Schmidt (2005) que refere que indivíduos com colonostomia apresentam maior stress em relação às relações sexuais, contudo este stress tende a diminuir após um ano de tratamentos e nos indivíduos mais velhos.

## **Discussão**

Com a discussão dos resultados, pretendemos sintetizar os diferentes passos estatísticos, assim como, realizar uma análise entre as variáveis e as escalas utilizadas, para que possamos validar as hipóteses e alcançar os objectivos a que nos propomos.

A amostra de sujeitos é composta por 78 homens sobreviventes de cancro do cólon e recto de nacionalidade Portuguesa e 5 homens de nacionalidade Estrangeira, ou seja 83 sujeitos, com uma idade média de cerca de 67 anos.

São residentes na área de Lisboa, 91,6 % doentes. Em relação ao estado civil 4,8% dos sujeitos são solteiros, a mesma percentagem são viúvos e 90,4% são casados, 54% dos indivíduos têm a 4ª Classe. A maioria dos sujeitos tem filhos (85,5%), com uma média de 2 filhos. No que diz respeito à situação profissional, as frequências mais elevadas são obtidas na categoria que se refere à reforma.

Relativamente ao tempo de operação, estamos perante um grupo de sujeitos com uma média de 2,6 anos, ou seja sobrevivente ao cancro e ao tratamento. Como vários estudos indicam esta variável relaciona-se uma diminuição do stress vivenciado no tratamento e com um aumento de qualidade de vida. (Northouse, 2000; Ramsey, 2000; amy, 2004; Stommel, 2004). Assim estes doentes aparentam uma alteração de estilo de vida mais saudáveis, com recurso de uma boa auto-eficácia e o uso de estratégias de coping activas em relação à diminuição de fumadores (50% para 8%) após operação e a hábitos moderados de álcool, contribuindo para uma melhor saúde. Estes resultados vão de acordo com Mullens, 2004 e Amy, 2004 que referem a existência de correlação entre percepção do risco, preocupação, e a intenção de adquirir mudanças comportamentais, ou seja a preocupação com recorrências da doença conduziria a comportamentos saudáveis.

Em relação ao terem sido afectados após doença em relação às relações sexuais e ao desejo sexual, metade da amostra demonstra ter sido afectado apresentando diminuição do desejo sexual após cirurgia. Estes resultados vão de acordo com vários estudos, onde se reflecte o impacto de uma cirurgia e de vários tratamentos na sexualidade (Cardoso, 2004; Jacobson, 1998; Northouse, 2000; Schmidt, 2005).

Por outro lado na nossa amostra exprimem não ter perdido interesse nas relações amorosas e 20% procurou informação acerca da sua vida sexual após operação com a médica da consulta. Podemos reflectir que com o passar do tempo, os abalos sofrido com a doença e com os tratamentos, são visíveis no acto sexual, não deixando de existir interesse e busca de prazer noutros campos da sexualidade.

Como Cardoso refere, numa readaptação sexual após doença crónica também poderá existir uma redefinição da sexualidade, em que o foco será o prazer por tudo aquilo que é possível, e não para as capacidades que eventualmente tenham sido perdidas (Cardoso, 1998). Por outro lado a disfunção sexual poderá não ser tão significativa em relação ao terem sobrevivido com saúde.

Em relação ao Índice de Satisfação sexual, tendo em conta os resultados obtidos, podemos concluir que a maioria dos homens estudados estão insatisfeitos com a sua sexualidade. Ou então, as baixas pontuações não são sempre indicadoras de ausência de insatisfação sexual, mas antes, que a satisfação sexual não constitui para o sujeito um grande problema ou então os factores do problema sexual encontram-se em áreas que o inquérito não aborda, isto segundo o autor do I.S.S.

Estes resultados são semelhantes com os obtidos por vários autores já anteriormente referidos (Arrington, 2003; Cardoso, 2004; Northouse, 2000; Schmidt, 2005). Em que constatam que a satisfação sexual nos sujeitos com cancro tende a declinar após a cirurgia, apresentando perda de desejo (como já foi mencionado).

Não obstante a estes resultados, temos de ter em conta outros factores que poderão influenciar a sexualidade. Como por exemplo o factor da idade que não sendo um impedimento para uma boa satisfação sexual, o indivíduo apresentará nuances e focos diferentes, que poderão ser significativos. Assim como a presença de psicopatologia anterior, como sintomatologia depressiva (Dennerstein, 2001).

Os sujeitos da nossa amostra apresentam uma boa auto-eficácia geral, podemos assim especular que desenvolveram uma boa capacidade de lidar com o stress da própria doença e modelar o seu estado de saúde. Assim como o lidar com aspectos que estão ligados à saúde e à adopção de estilo de vida saudável (Amy, 2004).

Por outro lado os indivíduos operados há mais tempo apresentam uma percepção que a doença é pouco grave, o que vai de acordo com Baker, (2005), que refere que a gravidade da doença diminui com o passar do tempo, devido em parte à quase inexistência de sintomatologia e dor. Com o passar do tempo os doentes vão adquirindo capacidades para organizar e executar com êxito comportamentos adaptativos para lidar com a doença (Baker, 2005).

Em relação às estratégias de *coping*, os sujeitos utilizam preferencialmente estratégias de *coping* activo, cognitivas e comportamentais, embora predominem as estratégias cognitivas, nomeadamente, “ter esperança numa solução médica eficaz”, “aceitar realisticamente e viver o melhor possível”, “procurar reformular a sua vida de forma tão optimista quanto possível”, e “preocupar-se com o corpo” evidenciando o envolvimento num processo adaptativo eficaz.

As estratégias comportamentais de controlo/confronto mais utilizadas são: “Procurar informar-se o mais possível sobre o problema”, “Tentar estar sempre ocupado numa actividade qualquer” e “procurar apoio, ajuda ou aconselhar-se com outros”.

Portanto, podemos referir, atendendo ao foco do *coping*, um predomínio de estratégias centradas no confronto, com procura de uma solução para o problema e de informação acerca da doença; com aceitação da situação, expectativas nos avanços da medicina e reestruturação cognitiva optimista.

Uma das estratégias mais referidas pertence às estratégias cognitivas de evitamento “ pensar mais na religião e em Deus”, este resultado vai de acordo com o estudo de Zaza, (2005), que refere que este tipo de estratégias foi das mais utilizadas e eficazes. O papel da religião na nossa sociedade vs cultura nos indivíduos mais velhos permite uma esperança e uma postura de optimismo para ultrapassar a doença e possíveis recidivas.

É importante reforçar o facto de que, uma considerável parte da amostra tenha sido operado há mais de 3 anos, apresentando uma boa percepção de doença, o que pode justificar o predomínio da utilização de estratégias de controlo/confronto perante a doença, ou seja um *coping* mais activo.

Não obstante não se verificaram relações significativas entre o Índice de Satisfação Sexual e a Escala dos Modos de Reagir. Contudo verificou-se relações entre Satisfação sexual e a escala de auto-eficácia. Quanto maior a insatisfação sexual menor auto-eficácia. Esta relação vai de acordo com vários estudos que relacionam a auto-eficácia com comportamentos sexuais (O’Leary, 1992) e com a adopção de comportamentos adaptativos. A relação entre a satisfação sexual e a sub escala de iniciação e persistência relaciona uma vez mais o interesse destes doentes na sua sexualidade.

Outra relação encontrada refere o uso de estratégias activas de *coping* estarem igualmente associadas a uma boa auto-eficácia geral. Permitindo o doente com cancro lidar com a doença a longo prazo com sucesso.

Este ponto remete para a primeira hipótese, ou seja as estratégias mais adaptativas correlacionam-se com bom índice de satisfação sexual e boa auto-eficácia.

Do que diz respeito à primeira, como não se verificou nenhuma relação significativa, a hipótese não é aceite. No entanto verificou-se a existência de uma relação entre a auto-eficácia e as estratégias de *coping* activo.

## Conclusão

Em conclusão os resultados deste estudo revelam, em conformidade com vários autores, que o lidar com uma doença como o cancro do cólon poderá influenciar a vivência da sexualidade, contudo não podemos limitar esta associação.

A satisfação sexual poderá não estar directamente relacionada com o uso predominante de determinadas estratégias de *coping*, contudo podemos relacioná-la com indivíduos que apresentem uma maior auto-eficácia.

Por sua vez, um estilo de *coping* activo, centrado na procura de informação e soluções para o problema, está positivamente associado a uma melhor adaptação face à doença.

Torna-se, assim, fundamental, ajudar as pessoas com cancro de cólon a implementar estratégias promotoras para a sua satisfação sexual e estratégias de *coping* que melhorem a sua capacidade adaptativa e reduzam o mal-estar psicológico.

Como é evidente os homens não são um grupo homogéneo relativamente à expressão sexual. E como seres únicos o apoio deveria estar sensibilizado para as necessidades específicas de cada um. Mesmo quando um doente aparenta estar fisicamente bem, normalmente expressa sentimentos de perda de desejo e interesse sexual, assim como várias dúvidas em relação à actividade sexual.

A par de factores importantes como as características de personalidade, o estado mental, o apoio sócio-afectivo e a situação profissional e económica, o aconselhamento psicológico assume uma importância fulcral, no tratamento de doenças como o cancro, sobretudo na tentativa de reduzir a vulnerabilidade às experiências de stress e auxiliando a reestruturação cognitivo-afectiva, no sentido de uma adaptação eficaz à doença.

São necessárias mais investigações nesta área e com outros grupos, para se compreender a influência da vivência da doença na área da sexualidade e dos

comportamentos sexuais dos homens sobreviventes de cancro e particular nos mais velhos.

O facto da nossa amostra pertencer a uma consulta estruturada e organizada do follow up, e os doentes serem seguidos pela mesma médica desde a cirurgia, que apresenta uma humanização e disponibilidade profissional assegura a confiança, segurança e tranquilidade ao longo dos anos. Este facto é de extrema relevância para a interpretação dos resultados.

A intervenção terapêutica, deverá começar por uma avaliação multidisciplinar no sentido de promover a confiança ao doente com cancro do cólon, permitindo uma interacção mais eficaz e positiva entre a pessoa, os cuidados de saúde e a sexualidade.

### **Limitações do estudo e algumas Considerações:**

Existem limitações inerentes a este estudo, que devem ser descritas, de forma a perceber alguns dos resultados obtidos, e consentir que, em investigações posteriores, exista um maior controlo das mesmas, permitindo tornar as pesquisas mais válidas e os resultados mais consistentes. Assim devemos salientar, logo à partida, a validade externa, ou seja, sendo um estudo transversal, os dados são colhidos dizem respeito à forma de estar e sentir de cada sujeito naquele momento concreto, não sendo possível globalizar os resultados. A não aleatoriedade, quer em relação à escolha dos sujeitos, quer à escolha da instituição.

O cancro é uma doença com características psicossociais específicas, em que o peso da estigmatização é, ainda, evidente. O contexto hospitalar em que a amostra foi colhida foi um factor facilitador neste trabalho, apesar do número conseguido ser reduzido e, conseqüentemente, inviabilizador da generalização dos resultados.

Com o estudo das propriedades psicométricas do instrumento utilizado para avaliar as estratégias de *coping* – Escala de Avaliação dos Modos de Reagir e do Índice de Satisfação Sexual concluiu-se apresentarem fraca consistência interna.

Além disso as conclusões do questionário ISS são relativas, ou seja não temos referência de como era a satisfação sexual antes do diagnóstico.

Sendo a sexualidade um processo complexo envolvendo todas as esferas do ser humano, desde o psicológico ao biológico não nos parece pertinente nos restringirmos de forma generalista à influência da doença. Contudo poderemos investigar

comportamentos sexuais e relaciona-los com a doença, com o objectivo de adaptação à doença.

Deve-se ter sempre em consideração que um estudo destas características tem sempre variáveis que não são controladas.

Seria relevante, em investigações futuras, estudar a existência de diferenças nos níveis de qualidade de vida, relacionamento conjugal e satisfação sexual, num mesmo grupo de homens, em dois períodos diferentes: antes do diagnóstico e depois do diagnóstico, ou em grupos diferentes, em particular o conjugue. Por outro lado deverá ter-se em conta o tipo de cirurgia e o estadio da doença.

Desta forma, poderia compreender-se de forma mais abrangente quais as influências da doença, pois, estudar-se-iam longitudinalmente as mesmas variáveis no mesmo grupo e/ou em grupos diferentes.

Também se sugere, estender esta investigação a uma amostra populacional mais vasta, que abrangesse diferentes zonas do país.

Poder-se-ia igualmente estudar outras variáveis, para além das estudadas, como por exemplo o optimismo e a esperança assim como as repercussões do acompanhamento psicológico, como potenciais benefícios, na vida sexual destes homens.

Apesar destas limitações, o presente estudo pode contribuir para uma melhor compreensão das questões relacionadas com o papel desempenhado por variáveis como as estratégias de coping, percepção de doença e auto-eficácia ao nível do ajustamento emocional de modo a permitir o desenvolvimento de intervenções na aquisição de aptidões de confronto para lidar com a doença e sexualidade.

## Referências

- Aalto, A.M., Uutela, A., & Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30 (3), 215-25.
- Abrantes P. (2004). *Sexualidade e doença. A sexologia – Perspectiva Multidisciplinar*. I. Quarteto Editora.
- Adams, M. (2003). Sexuality of older adults and the Internet: From sex education to cybersex. *Sexual and Relationship Therapy*, 18 (3), 405-415.
- Amy B., Mccaull, D., Erickson, S. (2004). Coping after cancer: Risk perceptions, worry, and Health behaviours among colorectal cancer survivors. *Psyco-Oncology*, 13, 367-376.
- Ahmad M.M. & Musil C.M. (2005). Prostate cancer: appraisal, coping, and health status. *J Gerontol Nurs*, 31(10), 34-43.
- Arrington, M. I. (2003). "I don't want to be an artificial man": Narrative reconstruction of sexuality among prostate cancer survivors. *Sexuality and Culture*, 7 (2), 30-58.
- Baker F, Denniston M, Smith T., west MM. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer*, 104 (11), 2565-76.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, (2), 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-Referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: John H. Favel & Lee Ross (Edts.) *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. New York: Cambridge University Press.

- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, (2), 122-47.
- Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (2), 464-469.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought & Action – A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44, (9), 1175-84.
- Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, (2), 117-48.
- Bandura, A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura, A. (1995) (ed.) *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York, NY: Cambridge University Press, 1-45.
- Beck, D. (2004). Colon and Rectal Cancer Treatment and Follow-up. *Ostomy International*, 24, (1), 8-10.
- Bernhard J., & Hurny, C. (1998). Gastrointestinal Cancer. *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, 324-339.
- Bernhard, J., Lowy, A., Mathys, N., (2004). Health related quality of life in colon cancer: A changing construct? *International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 13 (7), 1187-1197.

- Blank T.O & Bellizi, K.M. (2006). After prostate cancer: predictors of well-being among long-term prostate cancer survivors. *Bull Cancer*. 93 (7), 67-72.
- Cardoso, J. (1998). Sexual function/dysfunction in the spinal cord injured subject. *Acta Portuguesa de Sexologia*, II (2), 73-76.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de clínica geral*, 20, 385-94.
- Carlsson, A. & Bjorvatn, C. (2004). Psychosocial factors associated with quality of life among individuals attending genetic counselling for hereditary cancer. *Journal Genetic Counseling*, 13 (5).
- Coleman, E. (2000). Revolutionary changes in sexuality in third millennium: Sexual health, diversity and sexual rights. *Sexuality in the new millennium*. Bologna: Editrice Compositori.
- Corcoran, K. & Fischer, J., (2000). Measure for clinical practice, 2, 338-390.
- Coupland, J. (2000). Past the "perfect kind of age"? *The Journal of Communication*, 50 (3), 9-31.
- Cunningham, A.J., Lockwood, G.A., & Cunningham, J.A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling* 17 (1), 71-8.
- Divisão de Epidemiologia. Risco de morrer em Portugal, (2001). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Dennerstein, L. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility*, 76, (3), 58-69.

- Dunn J., Lynch B., Rinaldis M. (2006). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psychooncology*. 15 (1), 20:30.
- Eaton K., & Tobias, J. (2001). *Living with Cancer*. London: BBC/John Hall.
- Efficace F. & Bottomley, A. (1995). Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs nonstoma patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 38 (4).
- Ell, K., Mantell, J.E, Hamovitch, M.B. (1989). Social Support, Sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 63-89.
- EUCAN: Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union - 1998 estimates; c2005 [cited 2004 December].  
Available from: <http://www-dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm>
- Figueira, M.L. (1992). Mecanismos Psicológicos de Adaptação à infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida. *Análise Psicológica*, 2, 159-173.
- Fylkesnes, K. & Ford, O.H. (1992). Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Social Science and Medicine*, 35, 271-279.
- Greenberg D. (1998). Radiotherapy. *Psycho-Oncology*. 269-276.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Social Behavior* 34 (2), 89-104.
- Grossmann EM & Johnson FE. (2004). Follow up of colorectal cancer patients. *Surgery Oncology*. 13 (2-3), 119-24.
- Hudson, W.W. (1997). *The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual*. Tallahassee, FL: WALMYR Publishing Co.

- Hudson, W.W. (1978a). *A measurement package for clinical Workers*. Honolulu: University of Hawaii School of Social Work.
- Hudson, W.W. (1978b). *A Short-form scale to measure sexual dissatisfaction*: Manual and paper. Honolulu: University of Hawaii School of Social Work.
- Hudson, W.W. (1998). Index of Sexual Satisfaction. In C.M. Davies, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S.L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures*, 512-513.
- Hudson, W.W., Harrison, D.F., & Crosscup, P.C. (1981). A Short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationship. *The Journal of Sex Research*, 17, 157-174.
- Jacobson, P., Hollan, J., & Roth, A. (1998). Surgery. In J. Holland, (Eds), *Psycho-oncology*, 257-268.
- Jung, A. (2004). Male sexuality with advancing age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113, 123–125.
- Katz, S. & Marshall, B. (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17, 3–16.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1996). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Masters, W.H. & Johnson V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

- Mosconi, P, Apolone, G., Barni, S. (2002). Quality of life in breast and colon cancer long term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumori*, 88 (2), 110-6.
- Mullens, A., Mccaul, K., Erickson, S., Sandgren, A. (2004). Coping after cancer: Risk perceptions, Worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13, 367-376.
- Netto, M.P. (2000). *A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Northouse,L., Mood, D.,Templin,T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science and Medicine*, 50 (2) 271-284.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2),229-245.
- Pacheco, J.(1998). *O tempo e o Sexo*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Ramsey, SD, Andersen MR, Etzioni R. (2000). Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer*. 88 (6), 1294-303.
- Ramsey, SD, Berry K, Moinpour C, Andersen MR. (2002). Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *American Journal Gastroenterologist*, 97 (5), 1228-34.
- Ribeiro, JLP. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Actas da III Conferência Internacional: Formas e Contextos*. (pp163-176). Braga: APPORT.
- Ribeiro. J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Ribeiro, JLP. & Rodrigues A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde e doenças*, 5 (1), 3-15.
- Riley, A.J. (1997). Sexual behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. Mcmanus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 162-165). Cambridge University Press.
- Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Kremer B. (2005). Factors influencing sexual function in patients with rectal cancer. *International Journal Impotent Response* 17 (3), 231-8.
- Schunk, D. H. (1991). Self-Efficacy and motivation. *Educational Psychologist*, 26 (3).
- Sherer, M., Madux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale; construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Stommel, M. & Kurtz, M. (2004). A Longitudinal Analysis of the Course of Depressive Symptomatology in Geriatric Patients with Cancer of the Breast, Colon, Lung, or Prostate. *Health-Psychology*, 23 (6), 564-573.
- Tall, E., Rasker, J., Seydel, E., & Wiegman, O. (1993). Health Status: adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with Rheumatoid Arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 63-76.
- Zaza C, Sellick S.M, Hillier L.M. (2005). Coping with cancer: what do patients do. *Journal Psychosocial Oncology*, 23(1), 55-73.

# ANEXOS

Através dos questionários que se seguem, pretende-se recolher dados para um estudo sobre a vivência do cancro do cólon.

Não existem respostas certas nem erradas.

É garantido o anonimato e a confidencialidade.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Nº de observação: \_\_\_\_\_

1. Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Naturalidade: \_\_\_\_\_

4. Residência: \_\_\_\_\_

5. Educação: 1. Superior universitário  2. Secundário

3. Escolaridade obrigatória  4. 4ª Classe  5. Sem escolaridade

6. Emprego (situação actual):

1. Full-time  2. Part-time  3. Reformado  4. Desempregado

7. Estado civil: Solteiro  Casado/Junto  Separado/divorciado  Viúvo

8. Tem filhos? Sim  Não  Quantos \_\_\_\_\_

9. Vive com:

1. Só  2. Só c/ filhos  3. Casal só  4. casal +filhos

5. C/ pais  6. C/ família  7. C/ outros  8. Instituição

10. Hábitos Alcoólicos

Inexistente  Moderado  Frequente

11. Hábitos Tabágicos:

1. Já foi fumador Sim  Não  Até há quanto tempo?

2. É fumador Sim  Não

12. Há quanto tempo foi operado? \_\_\_\_\_

13. Fez quimioterapia Sim  Não

14. Fez radioterapia Sim  Não

15. Ficou "com o saquinho"? Sim  Não

16. Como classificaria a sua doença?

1. Extremamente grave

2. Muito grave

3. Grave

4. Pouco grave

5. Sem gravidade nenhuma

**17. Desde que soube do diagnóstico como reagiu em relação às relações sexuais?**

Tive receio

Isolei-me

Evitei contactos

Não me afectou

**18. Desde que sabe do diagnóstico sente menos desejo sexual?**

Sim

Não

**19. Acha que por ter cancro tem menos interesse em relações amorosas?**

Sim

Não

**22. Procurou informação acerca da sua vida sexual após o diagnóstico?**

Sim  Não

**23. Se sim, onde?**

Amigos  Família  médico  internet  Outros

**I.S.S.**

N.º de observação: \_\_\_\_\_

Este questionário não é um teste, pelo que não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada afirmação da forma mais atenta e correcta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase o número que melhor corresponder à sua resposta:

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre
1	2	3	4	5

1. Sinto que a minha parceira aprecia a nossa vida sexual	
2. A minha vida sexual é muito excitante	
3. Para a minha parceira e para mim o sexo é divertido	
4. Sinto que a minha parceira vê pouco em mim, excepto as relações sexuais que lhe posso proporcionar	
5. Sinto que o sexo é sujo e nojento	
6. A minha vida sexual é monótona	
7. Quando temos relações sexuais estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas	
8. A minha vida sexual tem falta de qualidade	
9. A minha parceira é sexualmente muito excitante	
10. Aprecio as técnicas sexuais que a minha parceira gosta ou utiliza	
11. Sinto que a minha parceira quer demasiado sexo de mim	
12. Penso que o sexo é maravilhoso	
13. A minha parceira pensa muito no sexo	
14. Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação	
15. A minha parceira é demasiado violenta ou brutal quando temos relações sexuais	
16. A minha parceira cumpre uma boa higiene pessoal	
17. Sinto que o sexo é uma função normal na nossa relação	
18. A minha parceira não quer ter relações sexuais quando eu quero	
19. Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso relacionamento	
20. Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não a minha parceira	
21. É fácil para mim ficar sexualmente excitado pela minha parceira	
22. Sinto que a minha parceira está sexualmente satisfeita comigo	
23. A minha parceira é muito sensível às minhas necessidades e desejo sexuais	
24. Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente	
25. Sinto que a minha vida sexual é enfadonha	

# COMO EU SOU

N.º de observação: \_\_\_\_\_

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar

	Discordo totalmente ↓	discordo um pouco discordo bastante ↓	↓	não concordo nem discordo	↓	concordo um pouco ↓	concordo bastante ↓	Concordo totalmente ↓
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G	
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G	
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G	
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G	
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G	
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G	
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G	
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G	
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G	
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G	
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G	
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G	
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G	
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G	
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G	

### Modos de Reagir

N.º de observação: \_\_\_\_\_

A vivência de uma doença como o cancro pode apresentar vários modos de agir em situações difíceis e/ou inesperadas, tais como as que se seguem. Responda, por favor, de acordo com a sua preferência (número), a frequência com que usa cada um destes modos de reagir:

Nunca	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
0	1	2	3

1. Evitar pensar no problema.	
2. Tentar estar sempre ocupado numa actividade qualquer.	
3. Procurar apoio, ajuda ou aconselhar-se com os outros.	
4. Aceitar de um modo realista e viver o melhor possível.	
5. Procurar informar-se o mais possível sobre o problema.	
6. Ficar mais desconfiado das intenções dos outros.	
7. Aumentar o consumo de drogas ou medicamentos que aliviem.	
8. Ter esperança numa solução médica eficaz.	
9. Irritar-se e agredir os outros para descarregar.	
10. Evitar contactar com os amigos e isolar-se.	
11. Gastar mais dinheiro consigo para compensar.	
12. Pensar mais na religião e em Deus.	
13. Comer, beber ou fumar mais para obter prazer.	
14. Procurar pensar no problema e encontrar soluções.	
15. Culpar-se, responsabilizar-se pelo actual problema.	
16. Procurar distrações (ler, ouvir musica, ver Tv., etc.).	
17. Fazer de conta que nada mudou e viver do mesmo modo.	
18. Preocupar-se muito com o corpo.	
19. Modificar as relações com os outros para se defender.	
20. Achar que foi azar mas aceitar.	
21. Procurar soluções naturistas, espirituais ou outras.	
22. Modificar os hábitos sexuais por preocupação	
23. Achar que os outros são culpados e revoltar-se.	
24. Procurar reformular a sua vida de forma tão optimista quanto possível.	
25. Dramatizar, fazer cenas para obter atenção.	