



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Adaptação ao cancro da mama e cancro ginecológico no período pré e pós-operatório**

**Cláudia Alexandra Sousa Alves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

**Covilhã, junho de 2010**



## Agradecimentos

Agradeço a todos os professores do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, em especial ao Professor Henrique Pereira por toda a orientação e disponibilidade, por me ter sempre motivado e apaziguando as minhas angústias e ansiedades em relação à elaboração desta investigação.

À Dr<sup>a</sup> Graça Silva, por todo o apoio prestado, sem a sua preciosa ajuda não teria sido possível.

A todos os profissionais da consulta de Senologia assim como do internamento de Ginecologia e Senologia.

Às utentes que participaram nesta investigação, pelo seu contributo fundamental para um melhor conhecimento acerca da situação que estão a vivenciar e da forma mais correta de intervir junta destas e futuras utentes, tantas vezes prestado com muito esforço neste momento de maior fragilidade.

Aos meus colegas de curso, grandes companheiros nesta viagem, a minha “família” na Covilhã. Obrigada por todo o apoio, por todos os momentos... Em especial à Soraia Rebelo, porque é impossível transmitir por palavras todos os momentos por que passamos, porque estiveste sempre lá. Adoro-te!

Ao João, pelo espaço, pelo tempo, pela paciência e compreensão, coragem para suportar e ultrapassar as distâncias, confiança, respeito, dedicação.... Por todo o amor.

Aos meus pais e avó, porque esta não é uma vitória minha, é nossa! Fruto dos nossos sonhos, esforços, da nossa luta. Obrigada... Ao meu avô, que apesar de já não se encontrar entre nós para colher este fruto que também ele semeou, é uma fonte de motivação, orgulho e um exemplo a seguir sempre presente em mim. Saudades...

A minha irmã, por existires, pelo teu sorriso, o teu abraço, porque és a pessoa mais importante na minha vida e a minha razão de viver. Amo-te muito!



## Resumo

**Objetivo:** Investigar a adaptação ao cancro da mama e cancro ginecológico no período pré e pós-operatório, de forma a que se possa conhecer o impacto emocional bem como os recursos sociais e a forma de lidar com a sua situação, quer no período pré quer pós-operatório, para uma intervenção adequada em ambas as fases.

**Amostra:** Mulheres diagnosticadas com cancro da mama, cancro ginecológico e a realizar reconstrução oncoplástica, numa fase de pré e pós operatória. Esta amostra (n=76) tem uma média de idades de 58,88 anos. 30,3% referiram ter o 12º ano de escolaridade. Relativamente ao estatuto sócio-económico, 46,1% inserem-se no estatuto médio e residem maioritariamente em Lisboa.

**Instrumentos:** Questionário Sociodemográfico, Termómetros Emocionais (Alex Mitchel Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, 2009), Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-Mac) com as dimensões: “Desespero” (Alfa de Cronbach= 0,79); “Preocupação Ansiosa” (Alfa de Cronbach= 0,88); “Espírito de Luta” (Alfa de Cronbach= 0,72); “Evitamento Cognitivo” (Alfa de Cronbach= 0,84); e “Fatalismo” (Alfa de Cronbach=0,28) (Watson et al., 1994, versão portuguesa de Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (alfa de Cronbach = 0,85) (Pais Ribeiro, 1999).

**Resultados:** Relativamente às diferenças entre o período pré e pós-operatório ao nível emocional, verificamos que apenas a diminuição da ansiedade do período pré para o pós-operatório é estatisticamente significativo ( $t(74) = 2,503$ ;  $p=0.015$ ). Constatamos ainda que, a adaptação no geral aumenta ligeiramente enquanto a satisfação com o suporte social diminui.

## Palavras-chave

Cancro da Mama, Cancro ginecológico, Reconstrução oncoplástica, período pré-operatório, Período pós-operatório, Adaptação, Suporte social, Sofrimento emocional.



## Abstract

**Objective:** To investigate the adaptation to breast cancer and gynecological cancer in the pre-and postoperatively, so that it can meet the emotional impact and social resources and how to deal with your situation, whether in pre or post operative to respond adequately to both phases.

**Sample:** Women diagnosed with breast cancer, gynecological cancer and reconstruction oncoplástica conduct, a pre and post operative. This sample (n = 76) has a mean age of 58.88 years. 30.3% reported that the 12th grade. Regarding the socio-economic status, 46.1% fall in average status and reside mainly in Lisbon.

**Instruments:** Sociodemographic Questionnaire, Emotional Thermometer (Alex Mitchell Research Version of Pereira & Teixeira, 2009), Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini Mac) with the dimensions: "Despair" (Cronbach's alpha = 0.79), "Concern eager "(Cronbach's alpha = 0.88)," Fighting Spirit "(Cronbach's alpha = 0.72)," Cognitive Avoidance "(Cronbach's alpha = 0.84), and" Fatalism "(Cronbach's alpha = .28) (Watson et al., 1994, the Portuguese version of Parents Ribeiro, Samico & Ramos, 2003) Satisfaction Scale and the Social Support (ESSS) (Cronbach's alpha = 0.85) (Parent Ribeiro, 1999) .

**Results:** Regarding the differences between the pre-and postoperatively on an emotional level, we found that only a decrease in anxiety from pre to post-operative period is statistically significant ( $t(74) = 2.503$ ,  $p = 0.015$ ). We also acknowledge that, in general adaptation to a slightly increased while satisfaction with social support decreases.

## Keywords

Breast Cancer, Gynecological Cancer, Reconstruction oncoplastic, preoperatively, postoperatively Period, Adaptation, Social Support, Emotional Distress.



# Índice

1 Introdução	19
2 Método	27
2.1 Amostra	27
2.2 Procedimento	27
2.3 Instrumentos	28
3 Resultados	31
4 Discussão	43
5 Referência Bibliográficas	

## **Anexo teórico**

1 Introdução	55
2 Intervenção Cirúrgica para tratamento do Cancro da Mama	59
3 Intervenção Cirúrgica para tratamento do Cancro Ginecológico	61
4 Compreender a Experiência Psicossocial de Cancro	62
5 Fatores de Risco	66
6 Fatores Protetores	67
7 Perceção de Suporte Social e Cancro	68
8 Adaptação ao Nível Familiar	69
9 Relação/Comunicação Equipa-médica - Doente	71
10 Impacto do Ambiente - Setting	75
11 Emoções em Hospitalizações e Estratégias de Coping	75
12 Tratamento cirúrgico e Aspetos Emocionais e Psicossociais relacionados	77
13 Consequências decorrentes da Intervenção Cirúrgica	79
14 Intervenção Psicológica	80
15 Referências Bibliográficas	



## **Lista de Figuras**

Fig 1 - Os tumores mais frequentes no sexo masculino e feminino em 2001 56

Fig 2 - Incidência de tumores malignos no sexo feminino para as principais localizações (baseada na taxa padronizada para a população Europeia) 56



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Sofrimento Emocional no Pré e Pós-operatório	31
Tabela 2 - Adaptação e Satisfação com o Suporte Social no Pré e Pós-operatório	31
Tabela 3 - Comparação entre o Cancro da Mama e Cancro Ginecológico relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social	32
Tabela 4 - Comparação entre o Cancro da Mama e a Reconstrução Onco-Plástica relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social	33
Tabela 5 - Comparação entre Mulheres Casadas e Solteiras relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social	35
Tabela 6 - Comparação entre Mulheres mais Novas e mais Velhas relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social	36
Tabela 7 - Amamentação	37
Tabela 8 - Comparação entre Mulheres que já tiveram Acompanhamento Psicológico com as que Nunca tiveram relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social	38
Tabela 9 - Comparação entre Mulheres com maior e menor escolaridade relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social	39

Tabela 10 - Comparação entre Mulheres diagnosticadas há mais e menos tempo relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social 40

Tabela 11 - Comparação entre Mulheres submetidas a cirurgia conservadora e não conservadora da mama relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social 41

## Lista de Anexos

*Anexo 1 - Ofício dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da MAC solicitando autorização para a realização do estudo / projecto de investigação*

*Anexo 2 - Ofício dirigido ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da MCA solicitando apreciação e parecer sobre o estudo / projecto de investigação*

*Anexo 3 - Questionário Electrónico da CES (Versão 2011)*

*Anexo 4 - Protocolo do estudo / projecto de investigação*

Anexo 5 - Folha de Informação ao participante no estudo / projecto de investigação (indispensável para a obtenção do Consentimento Informado)

Anexo 6 - Modelo de Consentimento Informado do estudo / projecto de investigação

Anexo 7 - Concordância do Director do Serviço onde será realizado o estudo / projecto de investigação

Anexo 8 - Declaração do Orientador

Anexo - 9 - Questionário Socio-demográfico

Anexo 10 - Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo 11 - Termómetros Emocionais

Anexo 12 - Mini-Mac



## Lista de Acrónimos

MAC	Maternidade Drº Alfredo da Costa
UBI	Universidade da Beira Interior
Mini-Mac	Mental Adjustment to Cancer Scale
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social



# 1 Introdução

Em Portugal o cancro da mama continua a ser a primeira causa de morte oncológica no sexo feminino com cerca de 4500 novos casos por ano (Silva, 2008). A taxa de sobrevivência está fortemente relacionada com a deteção de um estado precoce deste tipo de cancro (Cruz, 2011). De acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, dos cerca de 4500 novos casos de cancro da mama, há cerca de 1500 mortes anuais com esta doença. É o tumor com maior taxa de mortalidade nas mulheres (Cruz, 2011). Um fator que se revela protetor para a saúde da mulher é a amamentação pois demonstrou-se vantajoso na diminuição da incidência do cancro da mama e do ovário, e ainda, na recuperação mais rápida do peso pré-gravidez, menor risco de osteoporose na pós-menopausa e amenorreia da lactação, o que funciona como anticoncepcional natural (Rea, 2004).

O cancro da mama implica alterações físicas, psíquicas e sociais, quer para as mulheres quer para o agregado familiar (Patrão & Moura, 2012). Os fatores psicossociais considerados no impacto da patologia mamária nas mulheres são os acontecimentos de vida, o suporte social percebido, a qualidade de vida, o stress, as estratégias de *coping*, o controlo emocional e necessidade de harmonia e, por fim, a personalidade (Patrão e Leal, 2004). Relativamente às circunstâncias da vida (tanto positivos quanto negativos), estas afetam os pensamentos e sentimentos sobre o cancro de mama e suas vidas de forma mais ampla. Em geral, as circunstâncias positivas parecem facilitar o confronto com o cancro da mama, sendo associadas à diminuição do *distress* e aumento do bem-estar. As circunstâncias negativas, por outro lado, parecem ser mais complexas. As circunstâncias negativas que se encontram mais salientes, possivelmente distraem as pessoas de pensamentos acerca do cancro e da possibilidade de recorrência. Estas circunstâncias negativas distractoras estão associadas com a diminuição do *distress*, e assim, aumento do bem-estar (Vickberg, 2003).

A perceção da imagem corporal, a atratividade e a feminilidade aumentam a depressão e reduzem a qualidade de vida, especialmente durante o primeiro ano de tratamento. Os serviços multidisciplinares que ajudam os sobreviventes de cancro melhoram a sua atratividade física e feminilidade ao ajudar a manter a perceção de uma imagem corporal positiva, a qual reduz sintomas depressivos que por sua vez pode contribuir para resultados positivos e melhor qualidade de vida (Begovic-Juhant,

Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012). Desta forma, é importante que os serviços de acompanhamento Psicológico estejam recetivos a estas pessoas para as ajudar a lidar com o seu próprio sofrimento e adaptação a essas mudanças de forma a contribuir para a cura dos sobreviventes de câncer de mama (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

A diferença de idade no estado de saúde, tratamento, suporte social e outras circunstâncias de vida pode contribuir para adaptações diferentes. Diversos estudos demonstram que as mulheres mais velhas experienciam menos *distress* psicológico em termos de ansiedade, depressão e sintomas de stress pós-traumático (Mosher & Danoff-Burg, 2005). Segundo Sarafino (2002), os adultos jovens demonstram frequentemente mais dificuldade em lidar (coping) com doenças mais sérias ou problemáticas do que o que se verifica com os mais velhos. As mulheres mais novas são mais afetadas pelas mudanças físicas assim como pela perda da capacidade reprodutiva uma vez que o tratamento induz a menopausa. As pressões para criar uma família ou falta de suporte social percebido podem contribuir para uma adaptação mais dificultada nas pacientes de mais jovens. O cancro pode interromper o desenvolvimento educacional e da carreira para as mulheres mais jovens, precipitante reações de crise (Mosher & Danoff-Burg, 2005; Levine & Silver, 2007). Além disso, é importante que os clínicos e cirurgiões estejam cientes destas situações quando tomam uma decisão terapêutica (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

Desta forma, vários estudos indicam que os doentes oncológicos apresentam uma prevalência mais elevada de psicopatologia do que a população normal, sendo a depressão a psicopatologia mais frequente, registando-se um nível de psicopatologia ansiógena depressiva elevada, em 75% das mulheres avaliadas sendo ainda que a maioria, usualmente recorre a estratégias de *coping* individuais, mais do que interpessoais. Outro dado prende-se com o facto de que a maioria apresenta valores de controlo de emoções afetivo-negativas (raiva, ansiedade e tristeza) normativos (Torres, Pereira, Monteiro, Pinto, Correia, Gonçalves & Ribeiro, 2010). Contudo, segundo uma investigação de Moreira, Silva e Canavarro (2008) nem todas as doentes experienciam níveis de ansiedade e/ou depressão clinicamente significativos. Já no que concerne à presença de depressão, apenas 15,7% das mulheres deste grupo clínico obtiveram resultados acima do ponto de corte para uma perturbação

depressiva significativa. Os resultados encontrados neste estudo, relativamente à prevalência de ansiedade (cerca de 50%), são superiores aos encontrados na grande maioria dos estudos.

Resultados de uma investigação levada a cabo por Rossi e Santos (2003), relatam que as consequências psicológicas do cancro de mama e de seu tratamento alteram conforme o momento que está a ser vivenciado, desde o diagnóstico até o tratamento. Desta forma foi identificado o momento pré-diagnóstico, a etapa do diagnóstico, a etapa do tratamento e momento pós-tratamento (Rossi & Santos, 2003). A resposta emocional e o impacto na Qualidade de Vida, em cada estágio do ciclo psico-oncológico, são significativamente diferentes face ao 1º estágio, correspondente ao diagnóstico, após a cirurgia (2º estágio) e os tratamentos (3º estágio). Segundo Patrão (2007), ao longo das fases impostas pela experiência do cancro da mama, as mulheres mantiveram um estado emocional equilibrado. Perante o diagnóstico de cancro da mama (estádio 1), a cirurgia (estádio 2) e aos tratamentos adjuvantes (estádio 3) as mulheres revelaram níveis baixos de ansiedade e depressão, sem diferenças significativas de estágio para estágio. No que diz respeito ao medo, este começa com o diagnóstico, aumenta durante a terapia e piora quando o tratamento está completo e quando o contacto com o profissional de saúde diminui (Chantler & Podbilewicz, 2005).

Apesar do cancro da mama na literatura ser apontado como um acontecimento com impacto emocional negativo, os resultados desta investigação demonstraram-se contraditórios, parecendo não ser necessariamente encarado dessa forma (Patrão, 2007). Os dados obtidos na investigação levada a cabo por Bergamasco e Angelo (2001), possibilitaram compreender que, ao ter conhecimento do seu diagnóstico de cancro, a mulher vivência um percurso onde a representação de ser doente é conotada com a ideia de sofrimento, que acarreta significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, provocando na mulher e na sua rede social determinados sentimentos e emoções, quer positivos quer negativos. Contrariamente à ideia de que o cancro é uma crise de, quase exclusivamente, impacto negativo, a maioria das mulheres com cancro da mama não sofre de baixa autoestima. As variáveis que representam o prognóstico médico (fase da doença aquando o diagnóstico), invasão por cirurgia (tipo de cirurgia) e severidade do

tratamento (numero de ciclos de quimioterapia) não preveem alterações na autoestima ao longo do tempo, do passado para o presente (Carpenter, 1997).

O diagnóstico de cancro é um acontecimento que requer a adoção de estratégias de coping, de forma a lidar com os diferentes estádios da doença e com os desafios específicos e inerentes à mesma. Com o objetivo de determinar quais as respostas cognitivas e comportamentais que fazem parte do processo de adaptação das mulheres a esta situação específica, procedeu-se à determinação das estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Os dados encontrados indicam que as estratégias mais utilizadas são: as estratégias espírito de luta e fatalismo. Estas estratégias permitem a adaptação à situação de forma completamente distinta, uma vez que a estratégia espírito de luta é considerada uma estratégia de *coping* focada na resolução do problema, enquanto a estratégia fatalismo é classificada como sendo uma estratégia de *coping* focada na emoção (Varela & Leal, 2007).

A resposta ao diagnóstico e tratamento do cancro pode ser menos determinado por características objetivas da situação e individuais e determinado por reações subjetivas à experiência de cancro e contexto inter e intrapessoal no qual o coping ocorre (Harper, Schmidt, Beacham, Salsman, Averill, Graves & Andrykowski, 2007).

Uma resposta emocional adaptada está associada a estratégias de coping eficazes, à perceção da satisfação com o suporte social e Qualidade de Vida a diversos níveis. Em mulheres que realizam acompanhamento psicológico durante a doença, o impacto da mesma é reduzido, conduzindo ao surgimento de uma resposta emocional equilibrada, uma resposta cognitiva adaptativa e uma resposta de satisfação com o suporte social (Patrão, 2007). Nestes pacientes, a repressão/supressão das emoções negativas é há muito considerado prejudicial para os mesmos, levando a um coping empobrecido, progressão de sintomas e baixa qualidade de vida em geral. Desta forma, as terapias têm-se focado no encorajamento da expressão das emoções negativas (Lieberman & Goldstein, 2006). Contudo, esta situação não é simples, uma vez que a expressão das diferentes emoções conduz a diferentes efeitos. Especificamente, a exteriorização ou interiorização da expressão de emoções negativas não parece predizer a melhoria psicossocial. Contudo, uma maior frequência da expressão de raiva e tristeza no contexto do cancro, tende a conduzir a menor depressão e maior qualidade de vida após 6 meses de participação em grupos

de suporte. Os indivíduos que expressam mais ansiedade, mostram o efeito inverso, ou seja, mais depressão e menor qualidade de vida. A frequência da expressão de medo, não afeta os resultados (Lieberman & Goldstein, 2006).

Os resultados da investigação de Peters, Sommer, Rijke, Kessels, Heineman, Patijn, Marcus, Vlaeyen & Kleef (2007), demonstram que uma atitude otimista não protege contra o aumento do sofrimento ou das limitações no funcionamento físico, 6 meses após a cirurgia, mas que influencia os pacientes no que concerne às estimativas globais da sua recuperação e qualidade de vida no seguimento (*follow-up*). As pessoas otimistas podem ter mais tendência para uma recuperação satisfatória independentemente do seu nível de sofrimento e as limitações que experienciam. Contudo, podem ser mais resistentes à influência negativa do sofrimento e limitações na sua qualidade de vida (Peters, Sommer, Rijke, Kessels, Heineman, Patijn, Marcus, Vlaeyen & Kleef, 2007).

Relativamente ao suporte social, este poderá advir de diversas fontes: família, amigos, religião, sobreviventes de cancro e profissionais de saúde (Chantler & Podbilewicz, 2005). O seu efeito é conhecido nas situações de stress, nomeadamente no impacto do diagnóstico de doença oncológica (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Numa investigação levada a cabo por Kinsinger, Mcgregor e Bowen (2009), o suporte social percebido é inversamente associado à depressão, ansiedade e preocupação com o cancro. Isto é especialmente importante dado que o apoio sócio emocional previu diminuição de problemas físicos ao longo do tempo. Pode-se considerar a noção de ciclo, onde as mulheres com mais dificuldades recebem menos apoio emocional de seus parceiros, que por sua vez leva ao aumento de problemas físicos. Como os membros da família, médicos e outros profissionais de saúde podem afetar positivamente a forma como as mulheres lidam e se adaptam à recorrência, é importante garantir que as mulheres não enfrentam este desafio sozinhas (Brady & Helgeson, 1999).

A comunicação e informação em saúde têm a função crítica e estratégica na medida em que podem influenciar significativamente a avaliação que os sujeitos fazem da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão terapêutica, pois quando uma pessoa adoece, e recorre a um serviço de saúde, o controlo do stress relacionado com a situação clínica, pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação

adequada às necessidades do indivíduos naquele determinado momento o que influencia ainda, a forma como o sujeito irá confrontar os seus sintomas e se irá relacionar com os diversos técnicos de saúde (Teixeira, 2004). Deste modo, se o stress se encontra relacionado com a recuperação da cirurgia, então a informação pode revelar-se uma importante via para o reduzir (Ogden, 2004).

Portanto, conhecer os fatores que facilitam ou interferem na adaptação psicológica ao diagnóstico de uma doença oncológica é extremamente importante, na medida em que pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes fundamentalmente no que respeita ao ensino e prática de estratégias de coping que facilitem a adaptação à doença (Francisco, Carvalho & Batista, 2008).

Todos os tratamentos para o cancro da mama (transplante de medula óssea, hospitalização, radioterapia, cirurgia, quimioterapia e reconstrução onco-plástica) foram identificados como situações de extremo stress e a maior fonte de *distress* (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman & Gaston-Johansson, 2005). Portanto, o facto de as doentes serem avaliadas durante o internamento hospitalar, nos dias que antecedem a realização da cirurgia, pode constituir também um fator crítico na determinação de níveis mais elevados de ansiedade (Moreira, Silva e Canavarro, 2008). As estratégias de coping mais utilizadas entre a fase de diagnóstico e a intervenção cirúrgica são: passo-a-passo, aproveitar a vida, lidar com as emoções, estar preparado para o pior e foco positivo. As mulheres são muito conscientes da ameaça de morte, mas ao mesmo tempo esperançosas e otimistas. Em geral, elas desejam ser tratadas “como de costume”. Apontou-se a piedade e a compaixão como responsáveis pelo aumento dos sentimentos de medo e vulnerabilidade. O método de *coping* indicado como sendo o mais utilizado foi o passo-a-passo, pois capacita a mulher a enfrentar a realidade gradualmente e facilita o processo de aceitação e preparação para o que poderá surgir. Esta situação promove o sentido de controlo sobre a situação que primeiramente é percebida como sendo incontrolável ou fora do seu autocontrolo, e permite que a doença seja percebida de forma menos negativa (Drageset, Lindstrom & Underlid, 2010), pois o controlo do cancro é atribuído aos médicos e a outras pessoas, mais do que sob o seu próprio controlo (Bourjolly, 1999).

O diagnóstico leva a que algumas mulheres se foquem mais nas prioridades atuais do que nas anteriores e assim sentirem mais emoções positivas. Este estudo

revelou que as mulheres possuem uma incerteza e ansiedade considerável no período entre o diagnóstico e a cirurgia (Drageset, Lindstrom & Underlid, 2010).

Em síntese, podemos referir que o período de espera pela cirurgia é experienciado como muito stressante quando se enfrenta o cancro da mama, as experiências pré-operatórias e as estratégias de coping têm impacto pós-operatório e o diagnóstico do cancro da mama desencadeia uma diversidade de reações emocionais e coloca exigências extraordinárias nas estratégias de coping das mulheres. Desta forma, o principal objetivo das estratégias de coping adotadas pelas mulheres entre o diagnóstico de cancro da mama e a cirurgia é evitar ser dominado por reações emocionais, manter a ideia do diagnóstico afastado parece ser benéfico para as mulheres que esperam ser submetidas a intervenção cirúrgica (Drageset, Lindstrom & Underlid, 2010).

A situação de internamento hospitalar e antecipação da intervenção cirúrgica, para além de implicar frequentemente níveis mais elevados de ansiedade, podem comprometer, por exemplo, os níveis de energia da paciente, assim como a perceção da sua vitalidade, as suas atividades quotidianas, a possibilidade de trabalhar, o sono e o repouso (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Portanto, a preparação psicológica dos indivíduos para a cirurgia, detém implicações importantes para a recuperação, no que concerne a pacientes com situações médicas semelhantes, quanto maior a ansiedade sentida por estes antes da cirurgia, maior a dificuldade de adaptação e a recuperação ocorrerá, provavelmente, após a cirurgia. As pessoas com elevada ansiedade no período pré-operatório, tendem a referir maior sofrimento, maior utilização de medicação, permanecer no hospital mais tempo e revelar maior ansiedade e depressão durante a recuperação, do que pacientes com menor medo no período pré-operatório (Anderson & Masur, 1983; Johnson, 1983, *cit in* Sarafino, 2002). O otimismo e o pessimismo dos pacientes perante a vida desempenham um papel importante no sucesso com o qual se adaptam ao diagnóstico e cirurgia de cancro da mama (Carver, Pozo-Kaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Clark, 1994).

Outro aspeto a considerar é o tipo de cirurgia a realizar, pois as pacientes com suspeita de cancro da mama que são submetidas à remoção de um nódulo ou tecido mamário para diagnóstico histológico, apresentam níveis e prevalência de ansiedade-estado mais elevada do que as pacientes a serem submetidas a mamoplastias

(reconstrução onco-plástica) (Alves, Pimentel, Guaratini, Marcolino, Gozzani & Mathias, 2007). Verificou-se também que as mulheres tumorectomizadas apresentavam maior preocupação com a queda do cabelo e menor sensação de falta de ar que as doentes que tinham sido submetidas a mastectomia, uma vez que as mulheres com cancro da mama sujeitas a tumorectomia, ao conservarem as suas mamas, é possível que a perceção da sua imagem corporal esteja mais associada à queda de cabelo, aspeto dificilmente ocultável aos que as rodeiam (Rebelo, Rolim, Carquejas & Ferreira, 2007).

Os cuidados devem centrar-se especificamente sobre os aspetos emocionais antes da cirurgia e sobre os aspetos psicossociais, incluindo a recuperação física antes da alta. Relativamente a este último ponto, os pacientes cujo tumor está localizado no útero, os pacientes desempregados e os pacientes com complicações pós-operatórias foram considerados mais vulneráveis. A recuperação física leva, eventualmente, ao regresso às tarefas do quotidiano contudo, em muitos casos leva vários meses. (Matsushita, Murata, Matsushima, Sakata, Miyasaka & Aso, 2007).

A maioria das mulheres consegue integrar a reconstrução como parte do seu corpo, apesar de por vezes referirem que a mama não parece natural ao toque. Como resultado, a autoconfiança e imagem corporal melhora, o que é especialmente notório em mulheres que recusaram reconstrução e têm a experiência de viver sem uma ou as duas mamas por um determinado período de tempo. Emocionalmente, as mulheres adaptam-se muito bem, o que significa que a reconstrução tem um papel significativo na forma como as mulheres lidam com as diversas experiências de ser uma sobrevivente de cancro da mama, pois a reconstrução ajuda a esquecer o cancro da mama (Spector, Mayer, Knafl & Pusic, 2011).

A adaptação Psicológica à doença oncológica deve ser considerado um processo dinâmico que envolve a utilização de estratégias que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e com a perceção de falta de controlo sobre a situação, o que leva a que recorram a estratégias que têm como objetivo a resolução do problema (Varela & Leal, 2007). É importante realizar um rastreio o mais precoce possível, que poderá contribuir para a prevenção da morbilidade psicológica. Para além disso, evidenciam a necessidade de se promover as estratégias de *coping* eficazes, como o espírito de luta e, mediar o suporte social benéfico, no sentido da intervenção se centrar na estimulação de um suporte social adequado às necessidades das mulheres,

bem como na aplicação de recursos pessoais válidos e já utilizados em acontecimentos de vida passados (Patrão, Leal e Maroco, 2012).

## **2 Método**

### **2.1 Amostra**

A amostra caracteriza-se por mulheres diagnosticadas com cancro da mama, cancro ginecológico e a realizar reconstrução oncoplástica e que estejam a ser seguidas em situação de internamento, numa fase de pré-operatória e posteriormente pós operatória, sendo estas reincidentes ou não. Foram abordadas 78 mulheres, contudo 76 questionários foram válidos. Esta amostra tem uma média de idades de 58,88 anos, sendo que a mulher mais nova tinha 35 anos e a mais idosa 81 anos. 30,3% referiram ter o 12º ano de escolaridade, seguindo de 27,6% com apenas a 4º classe. No que concerne ao estatuto sócio-económico, 46,1% enquadrava-se estatuto médio e 22,4 % no baixo e, maioritariamente residentes no Distrito de Lisboa. Relativamente ao estado civil, 64,5% da amostra era casada. O problema mais apontado pelos sujeitos desta amostra são os problemas de saúde (31,6%) e a depressão (10,5%).

### **2.2 Procedimento**

O método segundo o qual estas mulheres serão recrutadas, será em situação de internamento de ginecologia/senologia da Maternidade Drº Alfredo da Costa, numa fase de preparação para a cirurgia, isto é, no período pré-operatório e numa fase pós-operatória.

Em primeira instância, proceder-se-á ao pedido de autorização para realizar a investigação na instituição pretendida à Comissão de Ética para a Saúde da Maternidade Drº Alfredo da Costa (Anexo 1 a 8).

Pretende-se recolher a amostra junto de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, cancro ginecológico e em fase de reconstrução onco-plástica, em situação de internamento, na fase pré-cirúrgica, no qual se realizará uma explicação de todo o procedimento e a partir do qual se partirá para o consentimento informado.

Posteriormente, segue-se a aplicação dos questionários referidos anteriormente. Consequentemente será realizada a análise dos mesmos, assim como o tratamento dos respetivos dados, o que culminará com a apresentação dos resultados e sua discussão e, posteriormente, sua divulgação.

### 2.3 Instrumentos:

- **Questionário Sociodemográfico (anexo 9)** - Idade, género, estado civil, residência (Distrito), número de pessoas que compõe o agregado familiar, profissão, número de filhos, idades dos filhos, amamentação...

- **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)** (Pais Ribeiro, 1999) (Anexo 10): A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999). Esta é uma escala de autopreenchimento, composta por 15 itens e esta estruturada de forma a que o sujeito assinale o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), sendo, assim, apresentada sob a forma de escala de tipo Likert com 5 posições de resposta, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A ESSS permite extrair quatro dimensões ou fatores: Satisfação com amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Atividades sociais (AS). A escala permite ainda a obtenção de um score global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma perceção de maior satisfação com o suporte social. Esta escala já tinha sido utilizada com outras populações doentes evidenciando propriedades métricas idênticas às da escala original (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001 *cit in* Santos, Ribeiro e Lopes, 2003). O coeficiente de consistência interna global da escala foi de 0,83, semelhante ao encontrado na validação original (0,85), e considerado como uma boa consistência interna (Ribeiro, 1999<sup>a</sup>, *cit in* Santos, Ribeiro e Lopes, 2003). Em todas as dimensões se encontraram valores considerados aceitáveis, situando-se a nota mínima no fator da “intimidade” com 0,66 e a máxima de 0,89, na “satisfação com a família”. As subescalas de “satisfação com a família” e “atividades sociais” apresentam inclusivamente valores superiores aos do estudo de validação original, facto que parece prender-se

com as características da amostra (com mais idade e doença em fase evolutiva) (Santos, Ribeiro e Lopes, 2003).

- **Termómetros, Emocionais** (Alex Mitchel Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, 2009) (Anexo 11): Este instrumento é uma combinação de cinco escalas analógico-visuais na forma de quatro domínios (angústia, ansiedade, depressão, raiva) e um domínio resultado (necessidade de ajuda). Cada domínio é avaliado numa escala de tipo Likert de 11 pontos (0-10), num formato de termómetro visual. Assim, o instrumento contém uma versão adaptada do termómetro do distress em conjunto com um termómetro Depressão (DepT) um termómetro de Ansiedade (AnxT) e um termómetro de revolta (AngT). Estes resultados preliminares sugerem que o Termómetro Emocional é mais preciso que o Termómetro Distress, isolado no diagnóstico da emoção, na problemática do cancro, contudo, é sugerida a sua replicação. O Termómetro Emocional mantém o formato inovador do Termómetro Distress, não é menos adequado para os pacientes e geralmente leva menos de 1 minuto a ser completado (Mitchell, Baker-Glenn, Granger & Symond, 2010).

Portanto, oferece duas vantagens sobre o Termómetro Distress isolado. Em primeiro lugar, revela maior precisão na triagem de depressão, ansiedade ou angústia, e em segundo lugar, ele tem o potencial para encontrar uma maior proporção de pessoas com complicações emocionais, que de outra forma permanecem não detetados com a aplicação de ferramentas convencionais (Mitchell, Baker-Glenn, Granger & Symond, 2010).

- **Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (Mini-Mac)** (Watson et al., 1994 - versão portuguesa de Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003): Mini-MAC é o acrónimo de Mental Adjustment to Cancer Scale- reduzida (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) (Anexo 12).

O Mini-MAC é um questionário com 29 itens desenvolvido por Watson et al. (1994 cit in Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) a partir da versão original da MAC (Watson et al., 1988, cit in Pais-Ribeiro, Ramos & Samica, 2003) da qual se usufruíram 16 dos 40 itens da MAC original. Os 29 itens da Mini-MAC repartem-se em cinco dimensões: “Desespero” (ex. “Sinto que a vida não tem esperança”, Sinto que não consigo lidar com isto”) que inclui oito itens (Alfa de Cronbach= 0,79); “Preocupação Ansiosa” (ex. “Sinto-me arrasado”, “estou preocupado que a doença volte a

aparecer”) que inclui oito itens (Alfa de Cronbach= 0,88); “Espírito de Luta” (ex. “estou determinado a vencer a minha doença” que inclui quatro itens (Alfa de Cronbach= 0,72); “Evitamento Cognitivo” (ex. “Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença”, “Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto”), que inclui quatro itens (Alfa de Cronbach= 0,84); e “Fatalismo” (ex. “Entreguei-me nas mãos de Deus”, “Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem - vindo”) que inclui cinco itens (Alfa de Cronbach=0,28).

Cada item é uma afirmação que descreve reações dos doentes face ao cancro. O doente deverá responder, numa escala tipo likert de cinco posições (entre “não se aplica de modo nenhum a mim” até “aplica-se totalmente a mim”) consoante a sua situação. As notas, conforme a dimensão, variam entre 4 e 40.

A Mini-MAC é, desta forma, considerada uma escala multidimensional que não fornece um resultado total, o que por conseguinte, não permite somar as notas num único *score*, mas sim o resultado das respetivas dimensões. Os resultados apontam para valores de consistência interna aceitáveis em quatro das cinco dimensões, sendo que, a dimensão “Fatalismo” não apresenta valores de consistência interna aceitáveis (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

A presente escala tem uma relevância histórica na avaliação da adaptação ao cancro porque traduz uma evolução nos sistemas de cuidados de saúde, no sentido que só pode ser desenvolvida quando o sistema de saúde aceitou dizer sistematicamente qual era o verdadeiro diagnóstico do doente. No entanto parece haver ainda algumas questões conceptuais a resolver, nomeadamente de saber se se trata de *coping* ou de ajustamento, e da maneira como esta variável pode ser melhor medida (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

### 3 Resultados

Tabela 1 - Sofrimento Emocional no Pré e Pós-operatório

	Período	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Termómetros Emocionais	Pré-operatório	35	4,86	3,264	0,661	0,511
Sofrimento Emocional	Pós-operatório	41	4,37	3,200		
Termómetros Emocionais	Pré-operatório	35	5,91	2,934	2,503	0,015
Ansiedade	Pós-operatório	41	4,10	3,330		
Termómetros Emocionais	Pré-operatório	35	3,91	3,476	1,550	0,125
Depressão	Pós-operatório	41	2,78	2,903		
Termómetros emocionais	Pré-operatório	35	3,03	3,585	0,385	0,701
Revolta	Pós-operatório	41	2,71	3,662		
Termómetros Emocionais	Pré-operatório	35	3,57	2,660	-0,186	0,853
Necessidade de Ajuda	Pós-operatório	41	3,71	3,551		
Sofrimento Mental Global	Pré-operatório	35	21,2857	12,10389	1,256	0,213
	Pós-operatório	41	17,6585	12,91048		

Relativamente às diferenças entre o período pré e pós-operatório ao nível emocional, podemos verificar que apenas a diminuição da ansiedade do período pré para o pós-operatório é estatisticamente significativo ( $t(74) = 2,503$ ;  $p = 0,015$ ). Contudo é importante referir que também se verifica uma diminuição da depressão, da revolta e do sofrimento global e um aumento da necessidade de ajuda, embora não estatisticamente significativos.

Tabela 2 - Adaptação e Satisfação com o Suporte Social no Pré e Pós-operatório

	Período	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Desespero	Pré-operatório	35	24,7143	3,18610	-0,414	0,680
	Pós-operatório	41	25,0244	3,31276		
Preocupação Ansiosa	Pré-operatório	34	21,2941	5,97738	-0,817	0,417
	Pós-operatório	40	22,4500	6,13920		
Espírito de luta	Pré-operatório	35	13,7714	2,27629	-1,469	0,146
	Pós-operatório	38	14,4737	1,79695		
Evitamento Cognitivo	Pré-operatório	35	12,4571	3,01314	-0,680	0,498
	Pós-operatório	39	12,9744	3,47538		
Fatalismo	Pré-operatório	33	14,9394	1,81899	-0,431	0,668
	Pós-operatório	41	15,1220	1,80548		

Satisfação com Amigos	Pré-operatório	35	10,2000	2,52982	0,208	0,836
	Pós-operatório	41	10,0732	2,74217		
Intimidade	Pré-operatório	35	10,4857	3,09051	0,685	0,495
	Pós-operatório	41	10,0244	2,77928		
Satisfação com Família	Pré-operatório	35	4,5429	2,54770	0,132	0,895
	Pós-operatório	41	4,4634	2,66550		
Atividades Sociais	Pré-operatório	35	9,8857	3,76338	1,423	0,159
	Pós-operatório	41	8,6585	3,73236		
Adaptação Global	Pré-operatório	33	91,5455	10,54185	-1,241	0,219
	Pós-operatório	36	94,5833	9,79614		
Satisfação com o Suporte Social Global	Pré-operatório	35	35,1143	7,59943	1,161	0,250
	Pós-operatório	41	33,2195	6,63518		

Relativamente às diferenças entre o período pré e pós-operatório na adaptação ao cancro, constatamos que, apesar de não se verificarem resultados significativos, o desespero, a preocupação ansiosa, espírito de luta e o fatalismo aumentam. As atividades sociais diminuem. Desta forma, a adaptação no geral aumenta ligeiramente enquanto a satisfação com o suporte social diminui.

Tabela 3 - Comparação entre o Cancro da Mama e Cancro Ginecológico relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Patologia	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Termómetros Emocionais Sofrimento Emocional	Cancro da mama	34	4,79	3,514	0,172	0,864
	Cancro ginecológico	22	4,64	3,064		
Termómetros Emocionais Ansiedade	Cancro da mama	34	5,12	3,364	0,875	0,386
	Cancro ginecológico	22	4,32	3,301		
Termómetros Emocionais Depressão	Cancro da mama	34	3,68	3,254	0,820	0,416
	Cancro ginecológico	22	3,00	2,600		
Termómetros Emocionais Revolta	Cancro da mama	34	2,97	3,672	0,242	0,810
	Cancro ginecológico	22	2,73	3,693		
Termómetros Emocionais Necessidade de Ajuda Desespero	Cancro da mama	34	3,32	2,962	-1,570	0,122
	Cancro ginecológico	22	4,68	3,456		
Preocupação Ansiosa	Cancro da mama	34	24,6471	3,12257	0,064	0,949
	Cancro ginecológico	22	24,5909	3,29009		
Espírito de Luta	Cancro da mama	32	20,9688	5,59080	0,344	0,732
	Cancro ginecológico	22	20,4091	6,25383		
	Cancro da mama	33	13,9697	1,61022	-0,350	0,728

	Cancro ginecológico	21	14,1429	2,00713		
Evitamento Cognitivo	Cancro da mama	32	12,4688	3,42650	-0,229	0,820
	Cancro ginecológico	22	12,6818	3,27161		
Fatalismo	Cancro da mama	33	14,9394	1,65717	0,278	0,782
	Cancro ginecológico	21	14,8095	1,69172		
Satisfação com Amigos	Cancro da mama	34	9,7941	2,74998	-0,033	0,974
	Cancro ginecológico	22	9,8182	2,57527		
Intimidade	Cancro da mama	34	9,5588	3,05695	-0,683	0,498
	Cancro ginecológico	22	10,0909	2,48633		
Satisfação com Família	Cancro da mama	34	5,0882	3,21330	1,467	0,148
	Cancro ginecológico	22	4,0000	1,63299		
Atividades Sociais	Cancro da mama	34	8,2353	3,84596	-1,246	0,218
	Cancro ginecológico	22	9,5000	3,48807		
Sofrimento Mental Global	Cancro da mama	34	19,8824	13,08426	0,151	0,881
	Cancro ginecológico	22	19,3636	11,74955		
Adaptação Global	Cancro da mama	30	91,3333	8,94556	-0,079	0,937
	Cancro ginecológico	20	91,5500	10,24168		
Satisfação com o Suporte Social Global	Cancro da mama	34	32,6765	7,90750	-0,356	0,723
	Cancro ginecológico	22	33,4091	6,89140		

Estabelecendo a comparação entre o cancro da mama e o cancro ginecológico podemos concluir que também não se verificam diferenças estatisticamente significativas, contudo relativamente ao cancro da mama, os resultados evidenciaram maior ansiedade, menor intimidade e menos atividades sociais, Já as utentes da ginecologia oncológica, demonstraram maior necessidade de ajuda, maior espírito de luta, menor satisfação com a família e maior satisfação com suporte social global.

Tabela 4 - Comparação entre o Cancro da Mama e a Reconstrução Onco-Plástica relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Patologia	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Termómetros Emocionais Sofrimento Emocional	Cancro da mama	34	4,79	3,514	0,634	0,529
	Onco-plástica	20	4,20	2,966		
Termómetros Emocionais Ansiedade	Cancro da mama	34	5,12	3,364	-0,198	0,844
	Onco-plástica	20	5,30	3,114		
Termómetros Emocionais Depressão	Cancro da mama	34	3,68	3,254	0,694	0,491
	Onco-plástica	20	3,00	3,784		
Termómetros Emocionais Revolta	Cancro da mama	34	2,97	3,672	0,166	0,868
	Onco-plástica	20	2,80	3,578		

Termómetros Emocionais	Cancro da mama	34	3,32	2,962	0,326	0,746
Necessidade de Ajuda	Onco-plástica	20	3,05	3,000		
Desespero	Cancro da mama	34	24,6471	3,12257	-1,045	0,301
	Onco-plástica	20	25,6000	3,42437		
Preocupação Ansiosa	Cancro da mama	32	20,9688	5,59080	-2,586	0,013
	Onco-plástica	20	25,1000	5,62794		
Espírito de Luta	Cancro da mama	33	13,9697	1,61022	-0,744	0,460
	Onco-plástica	19	14,4211	2,77520		
Evitamento Cognitivo	Cancro da mama	32	12,4688	3,42650	-0,780	0,439
	Onco-plástica	20	13,2000	3,05390		
Fatalismo	Cancro da mama	33	14,9394	1,65717	-0,973	0,335
	Onco-plástica	20	15,4500	2,13923		
Satisfação com Amigos	Cancro da mama	34	9,7941	2,74998	-1,702	0,095
	Onco-plástica	20	11,0500	2,37254		
Intimidade	Cancro da mama	34	9,5588	3,05695	-2,383	0,021
	Onco-plástica	20	11,5500	2,79991		
Satisfação com Família	Cancro da mama	34	5,0882	3,21330	1,285	0,205
	Onco-plástica	20	4,0500	2,13923		
Atividades sociais	Cancro da mama	34	8,2353	3,84596	-2,226	0,030
	Onco-plástica	20	10,6000	3,63318		
Sofrimento Mental Global	Cancro da mama	34	19,8824	13,08426	0,414	0,681
	Onco-plástica	20	18,3500	13,21592		
Adaptação Global	Cancro da mama	30	91,3333	8,94556	-2,183	0,034
	Onco-plástica	19	97,6316	11,12660		
Satisfação com o Suporte Social Global	Cancro da mama	34	32,6765	7,90750	-2,333	0,024
	Onco-plástica	20	37,2500	4,88688		

Relativamente à comparação entre o cancro da mama e a reconstrução onco-plástica, podemos referir que se na segunda situação as utentes revelaram maior preocupação ansiosa ( $t(50) = -2,586$ ;  $p=0,013$ ), maior intimidade ( $t(52) = -2,383$ ;  $p=0,021$ ), mais atividades sociais ( $t(52) = -2,226$ ;  $p=0,030$ ) e consequentemente também uma maior adaptação global ao cancro ( $t(47) = -2,183$ ;  $p=0,034$ ) e satisfação com o suporte social global ( $t(52) = -2,333$ ;  $p=0,024$ ). Estas diferenças são estatisticamente significativas. Estes resultados demonstraram também, contudo de forma não significativa, maior espírito de luta e satisfação com os amigos contudo, também revelaram também maior desespero, evitamento cognitivo e fatalismo. Relativamente ao cancro da mama, estas apresentam maior sofrimento global, contudo maior satisfação com a família, apesar de não serem diferenças significativas.

Tabela 5 - Comparação entre Mulheres Casadas e Solteiras relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Termómetros Emocionais	Solteiro	6	3,33	3,777	-0,730	0,468
Sofrimento Emocional	Casada	49	4,33	3,071		
Termómetros Emocionais	Solteiro	6	5,00	3,633	0,087	0,931
Ansiedade	Casada	49	4,88	3,212		
Termómetros Emocionais	Solteiro	6	2,67	3,077	0,012	0,991
Depressão	Casada	49	2,65	2,697		
Termómetros Emocionais	Solteiro	6	,33	,816	-1,938	0,058
Revolta	Casada	49	3,14	3,512		
Termómetros Emocionais	Solteiro	6	5,00	3,406	1,179	0,244
Necessidade Ajuda	Casada	49	3,33	3,268		
Desespero	Solteiro	6	25,6667	2,06559	0,477	0,636
	Casada	49	25,0816	2,90715		
Preocupação Ansiosa	Solteiro	6	25,3333	5,27889	1,302	0,199
	Casada	48	22,2500	5,48693		
Espírito de Luta	Solteiro	6	14,3333	,81650	0,425	0,673
	Casada	47	13,9149	2,37587		
Evitamento Cognitivo	Solteiro	6	12,3333	2,50333	-0,336	0,738
	Casada	48	12,8125	3,36854		
Fatalismo	Solteiro	6	15,3333	1,86190	0,345	0,732
	Casada	47	15,0426	1,95557		
Satisfação com Amigos	Solteiro	6	10,3333	2,58199	-0,178	0,860
	Casada	49	10,5510	2,85818		
Intimidade	Solteiro	6	11,0000	,89443	0,213	0,832
	Casada	49	10,7551	2,77286		
Satisfação com Família	Solteiro	6	6,3333	2,94392	2,425	0,019
	Casada	49	4,1837	1,93298		
Atividades Sociais	Solteiro	6	11,1667	3,06050	1,238	0,221
	Casada	49	9,1224	3,88712		
Sofrimento Mental Global	Solteiro	6	16,3333	12,37201	-0,386	0,701
	Casada	49	18,3265	11,89255		
Adaptação Global	Solteiro	6	96,8333	9,92807	0,689	0,494
	Casada	44	93,8636	9,89618		
Satisfação com o Suporte Social Global	Solteiro	6	38,8333	2,63944	1,406	0,165
	Casada	49	34,6122	7,24228		

Estabeleceu-se uma comparação na tentativa de relacionar o facto de se ser casado ou solteiro e a adaptação ao cancro. Resultaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da revolta ( $t(53) = -1,938$ ;  $p=0,058$ ), sendo esta superior nas mulheres casadas e na satisfação com a família ( $t(53) = 2,425$ ;  $p=0,019$ ) para as mulheres solteiras. Outros resultados, apesar de não significativos são um maior sofrimento emocional, maior preocupação ansiosa e maior sofrimento global em mulheres casadas e maior ansiedade, necessidade de ajuda em mulheres solteiras, não obstante de apresentarem também maior espírito de luta, maior intimidade, mais atividades sociais, maior adaptação e satisfação com o suporte social global.

Tabela 6 - Comparação entre Mulheres mais Novas e mais Velhas relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Idade	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Termómetros Emocionais	Mais novas	40	3,83	3,343	-2,250	0,027
	Sofrimento Emocional	Mais velhas	36	5,44		
Termómetros Emocionais	Mais novas	40	4,97	3,431	0,114	0,909
	Ansiedade	Mais velhas	36	4,89		
Termómetros Emocionais	Mais novas	40	2,63	3,143	-1,978	0,052
	Depressão	Mais velhas	36	4,06		
Termómetros Emocionais	Mais novas	40	2,17	3,289	-1,757	0,083
	Revolta	Mais velhas	36	3,61		
Termómetros Emocionais	Mais novas	40	2,95	3,012	-2,069	0,042
	Necessidade de Ajuda	Mais velhas	36	4,42		
Desespero	Mais novas	40	25,6500	3,11777	2,239	0,028
	Mais velhas	36	24,0278	3,19362		
Preocupação Ansiosa	Mais novas	38	23,0000	6,00000	1,595	0,115
	Mais velhas	36	20,7778	5,97667		
Espírito de Luta	Mais novas	37	13,5135	2,51243	-2,742	0,008
	Mais velhas	36	14,7778	1,17379		
Evitamento Cognitivo	Mais novas	38	11,3684	3,59745	-4,074	0,000
	Mais velhas	36	14,1667	2,06328		
Fatalismo	Mais novas	38	14,9474	1,84460	-0,455	0,651
	Mais velhas	36	15,1389	1,77527		
Satisfação com Amigos	Mais novas	40	10,4000	2,70612	0,937	0,352
	Mais velhas	36	9,8333	2,54671		
Intimidade	Mais novas	40	10,6000	3,01109	1,147	0,255
	Mais velhas	36	9,8333	2,79285		
Satisfação com família	Mais novas	40	4,2250	1,90125	-0,974	0,333

	Mais velhas	36	4,8056	3,19660		
Atividades Sociais	Mais novas	40	10,0500	3,60164	2,056	0,043
	Mais velhas	36	8,3056	3,79337		
Sofrimento Mental Global	Mais novas	40	16,5500	13,02650	-2,072	0,042
	Mais velhas	36	22,4167	11,49752		
Adaptação Global	Mais novas	33	93,4545	10,40460	0,251	0,803
	Mais velhas	36	92,8333	10,14608		
Satisfação com o Suporte	Mais novas	40	35,2750	7,81841	1,543	0,127
Social Global	Mais velhas	36	32,7778	6,07153		

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres mais novas (dos 35 aos 58 anos) e o grupo das mulheres mais velhas (dos 59 aos 81 anos). Desta forma, as mulheres mais velhas evidenciam maior sofrimento emocional ( $t(74) = -2,250$ ;  $p=0,027$ ), maior depressão ( $t(74) = -1,978$ ;  $p=0,052$ ), necessidade de ajuda ( $t(74) = -2,069$ ;  $p=0,042$ ), evitamento cognitivo ( $t(72) = -4,074$ ;  $p=0,000$ ) e sofrimento emocional global ( $t(74) = -2,072$ ;  $p=0,042$ ), contudo demonstram maior espírito de luta ( $t(71) = -2,742$ ;  $p=0,008$ ). Ao passo que o grupo de mulheres mais novas revelam maior desespero ( $t(74) = 2,239$ ;  $p=0,028$ ), porém mais atividades sociais ( $t(74) = 2,056$ ;  $p=0,043$ ). Outros resultados relativamente ao grupo das pessoas mais velhas foram uma maior revolta e maior fatalismo. As mulheres mais novas revelaram maior preocupação ansiosa, maior satisfação com os amigos, maior intimidade e desta forma maior adaptação e satisfação com o suporte social global.

Tabela 7 - Amamentação

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Valid	Sim	47	61,8	75,8	75,8
	Não	15	19,7	24,2	100,0
	Total	62	81,6	100,0	
Missing	System	14	18,4		
Total		76	100,0		

A maioria (61,8%) das participantes nesta investigação amamentaram.

Tabela 8 - Comparação entre Mulheres que já tiveram Acompanhamento Psicológico com as que Nunca tiveram relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social.

	Acompanhamento Psicológico	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Termómetros Emocionais	Sim	20	4,85	3,468	0,415	0,679
Sofrimento Emocional	Não	56	4,50	3,151		
Termómetros Emocionais	Sim	20	6,35	2,889	2,326	0,023
Ansiedade	Não	56	4,43	3,263		
Termómetros Emocionais	Sim	20	4,00	2,920	1,135	0,260
Depressão	Não	56	3,05	3,294		
Termómetros Emocionais	Sim	20	3,20	3,915	0,496	0,622
Revolta	Não	56	2,73	3,519		
Termómetros Emocionais	Sim	20	4,05	3,502	0,667	0,507
Necessidade de Ajuda	Não	56	3,50	3,039		
Desespero	Sim	20	25,4500	3,21959	0,914	0,364
	Não	56	24,6786	3,24798		
Preocupação Ansiosa	Sim	20	21,1000	5,93739	-0,706	0,482
	Não	54	22,2222	6,12039		
Espírito de Luta	Sim	20	13,3000	2,47301	-2,191	0,032
	Não	53	14,4528	1,80348		
Evitamento Cognitivo	Sim	20	12,8500	3,24889	0,192	0,848
	Não	54	12,6852	3,28418		
Fatalismo	Sim	19	15,2632	1,88096	0,622	0,536
	Não	55	14,9636	1,78433		
Satisfação com Amigos	Sim	20	11,1500	3,16685	2,061	0,043
	Não	56	9,7679	2,33543		
Intimidade	Sim	20	9,1000	2,69307	-2,075	0,041
	Não	56	10,6429	2,90722		
Satisfação com Família	Sim	20	5,6500	2,62127	2,380	0,020
	Não	56	4,0893	2,48103		
Atividades Sociais	Sim	20	7,9500	2,99956	-1,785	0,078
	Não	56	9,6786	3,93634		
Sofrimento Mental Global	Sim	20	22,4500	12,53406	1,297	0,199
	Não	56	18,2143	12,53898		
Adaptação Global	Sim	19	92,4211	9,94047	-0,354	0,725
	Não	50	93,4000	10,38248		
Satisfação com o Suporte Social Global	Sim	20	33,8500	8,03463	-0,176	0,861
	Não	56	34,1786	6,82804		

No que concerne às pessoas que se encontram em acompanhamento psicológico, verificou-se que estas pessoas têm maiores níveis de ansiedade ( $t(74) = 2,326$ ;  $p=0,023$ ), menor espírito de luta ( $t(71) = -2,191$ ;  $p=0,032$ ) e menor intimidade ( $t(74) = -2,075$ ;  $p=0,041$ ). Contudo, percebem maior satisfação estatisticamente significativa ao nível da satisfação com os amigos ( $t(74) = 2,061$ ;  $p=0,043$ ) e com a família ( $t(74) = 2,380$ ;  $p=0,020$ ). Estes resultados são estatisticamente significativos. É também necessário demonstrar que apesar de não serem significativos, verifica-se uma congruência nos restantes resultados, pois as utentes com experiência de acompanhamento psicológico revelam maior depressão, revolta, necessidade de ajuda, desespero, fatalismo, sofrimento global e menos atividades sociais, menor adaptação e satisfação com o suporte social global. Apenas a preocupação ansiosa se demonstrou menor.

Tabela 9 - Comparação entre Mulheres com maior e menor escolaridade relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Nível de Formação	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Termómetros Emocionais	4º Classe	21	5,90	3,145	1,682	0,100
Sofrimento Emocional	12º ano	23	4,26	3,320		
Termómetros Emocionais	4º Classe	21	5,86	3,381	0,869	0,390
Ansiedade	12º ano	23	5,00	3,162		
Termómetros Emocionais	4º Classe	21	4,90	3,687	1,729	0,091
Depressão	12º ano	23	3,09	3,288		
Termómetros Emocionais	4º Classe	21	4,10	4,098	1,874	0,068
Revolta	12º ano	23	2,04	3,140		
Termómetros Emocionais	4º Classe	21	3,86	3,021	-0,185	0,854
Necessidade de Ajuda	12º ano	23	4,04	3,599		
Desespero	4º Classe	21	23,4762	3,93216	-2,527	0,015
	12º ano	23	25,9565	2,47677		
Preocupação Ansiosa	4º Classe	21	17,9524	5,21993	-2,647	0,012
	12º ano	21	22,6190	6,16828		
Espírito de Luta	4º Classe	20	14,9000	1,20961	2,764	0,009
	12º ano	23	13,1739	2,55222		
Evitamento Cognitivo	4º Classe	21	14,1905	1,88730	3,298	0,002
	12º ano	22	11,1818	3,74975		
Fatalismo	4º Classe	21	15,0476	1,65759	1,442	0,157
	12º ano	21	14,2857	1,76473		
Satisfação com Amigos	4º Classe	21	9,2857	1,92725	-2,421	0,020
	12º ano	23	10,7826	2,15230		

Intimidade	4º Classe	21	9,8571	2,93744	-0,358	0,722
	12º ano	23	10,1739	2,93338		
Satisfação com Família	4º Classe	21	4,4762	3,61413	0,050	0,961
	12º ano	23	4,4348	1,64665		
Atividades sociais	4º Classe	21	9,8095	3,77649	0,408	0,685
	12º ano	23	9,3478	3,72472		
Sofrimento Mental Global	4º Classe	21	24,6190	13,52212	1,581	0,121
	12º ano	23	18,4348	12,43465		
Adaptação Global	4º Classe	20	89,2500	11,02091	-0,849	0,401
	12º ano	20	91,9500	8,99985		
Satisfação com o Suporte Social Global	4º Classe	21	33,4286	5,81869	-0,662	0,512
	12º ano	23	34,7391	7,17456		

Relativamente à escolaridade, pode-se constatar que as mulheres com maior escolaridade apresentam maior desespero ( $t(42) = -2,527$ ;  $p=0,015$ ) e maior preocupação ansiosa ( $t(40) = -2,647$ ;  $p=0,012$ ). Já as mulheres com menor escolaridade apresentam maior espírito de luta ( $t(41) = 2,764$ ;  $p=0,009$ ) e mais evitamento cognitivo ( $t(41) = 3,298$ ;  $p=0,002$ ). Contudo, as mulheres com maior escolaridade apresentam maior satisfação com os amigos ( $t(42) = -2,421$ ;  $p=0,020$ ).

Tabela 10 - Comparação entre Mulheres diagnosticadas há mais e menos tempo relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Tempo	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Termómetros Emocionais	Menos tempo	49	4,90	3,374	1,118	0,267
Sofrimento Emocional	Mais tempo	27	4,04	2,889		
Termómetros Emocionais	Menos tempo	49	4,94	3,338	0,016	0,987
Ansiedade	Mais tempo	27	4,93	3,186		
Termómetros Emocionais	Menos tempo	49	3,43	3,028	0,459	0,648
Depressão	Mais tempo	27	3,07	3,562		
Termómetros Emocionais	Menos tempo	49	2,84	3,648	-0,060	0,952
Revolta	Mais tempo	27	2,89	3,598		
Termómetros Emocionais	Menos tempo	49	3,80	3,075	0,561	0,577
Necessidade Ajuda	Mais tempo	27	3,37	3,330		
Desespero	Menos tempo	49	24,6531	2,98294	-0,827	0,411
	Mais tempo	27	25,2963	3,67753		
Preocupação Ansiosa	Menos tempo	47	20,5106	5,84537	-2,758	0,007
	Mais tempo	27	24,3704	5,70525		

Espírito de Luta	Menos tempo	47	13,9149	1,79164	-1,245	0,217
	Mais tempo	26	14,5385	2,45326		
Evitamento cognitivo	Menos tempo	47	12,5319	3,07763	-0,688	0,494
	Mais tempo	27	13,0741	3,57261		
Fatalismo	Menos tempo	47	14,9574	1,66756	-0,521	0,604
	Mais tempo	27	15,1852	2,03880		
Satisfação com Amigos	Menos tempo	49	9,8163	2,79638	-1,417	0,161
	Mais tempo	27	10,7037	2,23288		
Intimidade	Menos tempo	49	9,5714	2,90832	-2,799	0,007
	Mais tempo	27	11,4444	2,56205		
Satisfação com Família	Menos tempo	49	4,8571	2,87228	1,634	0,106
	Mais tempo	27	3,8519	1,87501		
Atividades Sociais	Menos tempo	49	8,9796	3,77210	-0,758	0,451
	Mais tempo	27	9,6667	3,80283		
Sofrimento Mental Global	Menos tempo	49	19,8980	12,58512	0,528	0,599
	Mais tempo	27	18,2963	12,78465		
Adaptação Global	Menos tempo	43	91,2093	9,63515	-2,060	0,043
	Mais tempo	26	96,3077	10,49483		
Satisfação com o Suporte Social Global	Menos tempo	49	33,2245	7,78156	-1,443	0,153
	Mais tempo	27	35,6667	5,48424		

Relativamente ao tempo de diagnóstico, podemos constatar maior preocupação ansiosa ( $t(72) = -2,758$ ;  $p=0,007$ ) nas utentes diagnosticadas há mais tempo (mais de 25 meses) contudo estas mulheres relatavam maior intimidade ( $t(74) = -2,799$ ;  $p=0,007$ ) e maior adaptação global ( $t(67) = -2,060$ ;  $p=0,043$ ).

Tabela 11 - Comparação entre Mulheres submetidas a cirurgia conservadora e não conservadora da mama relativamente ao Sofrimento Emocional, Adaptação e Satisfação com o Suporte Social

	Tipo de cirurgia	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Termómetros Emocionais	Conservadora	26	4,54	3,558	-1,843	0,076
Sofrimento Emocional	Não conservadora	5	7,60	2,191		
Termómetros Emocionais	Conservadora	26	4,92	3,149	-0,791	0,435
Ansiedade	Não conservadora	5	6,20	4,147		
Termómetros Emocionais	Conservadora	26	3,42	3,062	-1,097	0,282
Depressão	Não conservadora	5	5,20	4,604		
Termómetros Emocionais	Conservadora	26	2,73	3,424	-1,035	0,309
Revolta	Não conservadora	5	4,60	5,079		
Termómetros Emocionais	Conservadora	26	3,38	2,858	0,285	0,778
Necessidade de Ajuda	Não conservadora	5	3,00	2,121		

Desespero	Conservadora	26	25,0385	2,77821	1,773	0,087
	Não conservadora	5	22,6000	3,04959		
Preocupação Ansiosa	Conservadora	24	21,5833	5,14922	0,786	0,439
	Não conservadora	5	19,4000	7,95613		
Espírito de Luta	Conservadora	25	13,8000	1,73205	-0,983	0,334
	Não conservadora	5	14,6000	1,14018		
Evitamento Cognitivo	Conservadora	25	12,0000	3,57071	-0,934	0,359
	Não conservadora	4	13,7500	2,62996		
Fatalismo	Conservadora	25	14,7200	1,76824	-1,322	0,197
	Não conservadora	5	15,8000	,83666		
Satisfação com Amigos	Conservadora	26	9,9615	3,06569	0,683	0,500
	Não conservadora	5	9,0000	1,22474		
Intimidade	Conservadora	26	9,5000	2,65707	1,541	0,134
	Não conservadora	5	7,4000	3,50714		
Satisfação com Família	Conservadora	26	4,6154	2,07994	-2,095	0,045
	Não conservadora	5	7,8000	6,57267		
Atividades Sociais	Conservadora	26	8,0769	4,12721	-0,907	0,372
	Não conservadora	5	9,8000	1,78885		
Sofrimento Mental Global	Conservadora	26	19,0000	12,16553	-1,196	0,242
	Não conservadora	5	26,6000	17,41551		
Adaptação Global	Conservadora	23	91,6522	6,99746	0,527	0,603
	Não conservadora	4	89,2500	15,19594		
Satisfação com o Suporte Social Global	Conservadora	26	32,1538	8,74845	-0,455	0,653
	Não conservadora	5	34,0000	4,79583		

Relativamente ao tipo de cirurgia realizado, é estatisticamente significativo que as utentes que realizaram cirurgia não conservadora apresentam maior satisfação com a família ( $t(29) = -2,095$ ;  $p = 0,045$ ). Apesar de não ser estatisticamente significativo, as mulheres que realizaram cirurgia não conservadora apresentam também maior sofrimento emocional, maiores níveis de ansiedade, mais depressão, revolta, evitamento cognitivo, fatalismo e sofrimento global, contudo evidenciam maior espírito de luta e satisfação com o suporte social. Já no que concerne à cirurgia conservadora, estas mulheres revelam mais desespero, mais preocupação ansiosa, contudo mais intimidade e níveis mais elevados de adaptação.

## 4. Discussão

Tendo em conta os resultados apresentados, podemos concluir que, se verificam diferenças entre o período pré e pós-operatório ao nível emocional, principalmente no que diz respeito à diminuição da ansiedade do período pré para o pós-operatório. Esta situação demonstra uma necessidade de intervenção psicológica no período pré-operatório incidindo sobretudo ao nível do controlo da ansiedade. É também importante referir que se verificam níveis de depressão, revolta e sofrimento global mais elevados no período pré-operatório, com tendência a diminuir no período pós-operatório, evidenciando também a necessidade de intervenção nestes âmbitos no período pré-operatório. Verifica-se um aumento da necessidade de ajuda, embora não estatisticamente significativo no período pós-operatório, o que nos leva a concluir que a intervenção no período pós-operatório necessita ser mais direcionada para esta problemática.

Estabelecendo a comparação entre o cancro da mama e o cancro ginecológicos podemos concluir que também não se verificam diferenças estatisticamente significativas, contudo relativamente ao cancro da mama, estas evidenciaram maior ansiedade, o que significa que a intervenção ao nível da ansiedade deverá incidir sobretudo sobre as utentes de cancro da mama no período pré-operatório. O facto de estas mulheres terem apresentado maiores dificuldades ao nível da intimidade e diminuição das atividades sociais pode estar relacionado com a alteração da imagem corporal, pois leva-as ao isolamento e a estarem menos expostas e disponíveis.

O aumento da necessidade de ajuda no período pós-operatório e as dificuldades apresentadas pelas mulheres com cancro da mama acerca da satisfação com a sua intimidade e relações sociais, está em concordância com o defendido pela literatura, que defende que na etapa do tratamento, as queixas das pacientes referem-se aos efeitos físicos e os danos causados ao organismo pelo tratamento cirúrgico, rádio e quimioterapia, bem como os sentimentos relativamente a alterações da imagem corporal (Rossi & Santos, 2003).

Já as utentes da ginecologia oncológica, demonstraram maior necessidade de ajuda, que por sua vez é indicada como mais intensa no período pós-operatório. Esta situação deve-se ao facto do período de recuperação relativamente às cirurgias da patologia mamária ser mais longo, levando à necessidade de intervir a este nível,

nestas mulheres e no período pós-operatório. Contudo apresentam maior espírito de luta, menor satisfação com a família e maior satisfação com suporte social global. Podemos então concluir que, uma vez que a cirurgia para o cancro ginecológico não tem consequências tão intensas ao nível da imagem corporal, estas mulheres apresentam uma maior satisfação com o suporte social global, tornando-as mais disponíveis e menos isoladas.

Relativamente à comparação entre o cancro da mama e a reconstrução onco-plástica, podemos referir que na segunda situação as utentes revelaram maior preocupação ansiosa, maior intimidade, mais atividades sociais e consequentemente também uma maior adaptação global ao cancro e satisfação com o suporte social global. Estas demonstraram também, contudo de forma não significativa, maior espírito de luta e satisfação com os amigos o que revela que se encontram mais adaptadas do que as mulheres em tratamento para o cancro da mama e cancro ginecológico. Porém também revelaram maior desespero, evitamento cognitivo e fatalismo. Desta forma, estas mulheres, apesar de mais adaptadas ao cancro devido ao processo e fase em que se encontram, revelam também algum desgaste pela extensão do mesmo. Relativamente ao cancro da mama, estas apresentam maior sofrimento global, contudo maior satisfação com a família, apesar de não serem diferenças significativas. Uma explicação possível é o facto do cancro da mama ser um momento de maior crise que a fase de reconstrução, levando a que os familiares estejam mais presentes nesta fase. Estes resultados são corroborados pela literatura pois, emocionalmente, as mulheres na fase de reconstrução onco-plástica adaptam-se muito bem, o que significa que a esta tem um papel significativo na forma como as mulheres lidam com as diversas experiências de ser uma sobrevivente de cancro da mama, pois a reconstrução ajuda a esquece-lo (Spector, Mayer, Knafl & Pusic, 2011).

Quanto à influência do estado civil na adaptação ao cancro, verificou-se que, a revolta revela-se superior nas mulheres casadas e a satisfação com a família é mais elevada nas mulheres solteiras. Outros resultados apontados, apesar de não significativos são um maior sofrimento emocional, maior preocupação ansiosa e maior sofrimento global em mulheres casadas e maior ansiedade e necessidade de ajuda em mulheres solteiras, não obstante de apresentarem também maior espírito de luta, maior intimidade, mais atividades sociais, maior adaptação e satisfação com o suporte social global, o que demonstra que as mulheres solteiras apresentam melhor

adaptação global e satisfação com o suporte social. Confrontando com as investigações existentes nesta área, estas demonstram que as mulheres com parceiros íntimos experienciaram mais problemas com a adaptação social. Ao longo da experiência da doença, os profissionais de saúde necessitam avaliar mulheres com cônjuges ou outras pessoas significativas, para a sua adaptação social e doméstica e oferecer aconselhamento ou outros serviços de apoio para promover a adaptação social. Desta forma, é visível de que as mulheres sem marido/companheiro, ou seja, que são solteiras, divorciadas ou viúvas não parecem estar em maior risco para problemas/dificuldades relacionadas com a adaptação física ou emocional (Sherman, Haber, Hoskins, Budin, Maislin, Cater, Cartwright-Alcarese, McSherry, Feurbach, Kowalski & Rosedale, 2009).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres mais novas (dos 35 aos 58 anos) e o grupo das mulheres mais velhas (dos 59 aos 81 anos). Desta forma, as mulheres mais velhas evidenciam maior sofrimento emocional, maior depressão, necessidade de ajuda, evitamento cognitivo e sofrimento emocional global, contudo demonstram maior espírito de luta. Estes resultados, ao demonstrarem que as mulheres mais velhas revelam maior sofrimento, não corroboram investigações anteriores que referem que as mulheres mais velhas experienciam menos distress psicológico em termos de ansiedade, depressão e sintomas de stress pós-traumático (Mosher & Danoff-Burg, 2005). Uma vez que o grupo de mulheres mais novas revelam maior desespero, são as mulheres mais velhas que evidenciam maior espírito de luta, pois segundo Sarafino (2002), os adultos jovens demonstram frequentemente mais dificuldade em lidar (coping) com doenças mais sérias ou problemáticas do que o que se verifica com os mais velhos, pois as pressões para criar uma família ou falta de suporte social percebido podem contribuir para uma adaptação mais dificultada nas pacientes mais jovens. O cancro pode interromper o desenvolvimento educacional e da carreira para as mulheres mais jovens, originando reações de crise (Mosher & Danoff-Burg, 2005; Levine & Silver, 2007). As atividades sociais foram mais relatadas pelas mulheres mais novas, situação que pode estar relacionada com as atividades inerentes à idade.

A literatura defende que outro fator que se revela protetor para a saúde da mulher é a amamentação pois demonstrou-se vantajoso na diminuição da incidência

do cancro da mama e do ovário (Rea, 2004), contudo os resultados não são divergentes na medida em que a maioria (61,8%) da nossa amostra amamentou.

No que concerne às pessoas que se encontram em acompanhamento psicológico, verificou-se que estas pessoas têm maiores níveis de ansiedade, menor espírito de luta e menor intimidade. Contudo, percecionam maior satisfação estatisticamente significativa ao nível da satisfação com os amigos e com a família. É também necessário demonstrar que apesar de não serem significativos, verifica-se uma congruência nos restantes resultados, pois as utentes com experiência de acompanhamento psicológico revelam maior depressão, revolta, necessidade de ajuda, desespero, fatalismo, sofrimento global e menos atividades sociais, menor adaptação e satisfação com o suporte social global. Apenas a preocupação ansiosa se demonstrou menor. Esta situação pode ser explicada pelo facto destas mulheres, ao se encontrarem em acompanhamento são à partida pessoas que se encontram mais fragilizadas do que as outras que se sentem capazes de lidar sozinhas e que não recorrem a acompanhamento.

Relativamente à escolaridade, pode-se constatar que as mulheres com maior escolaridade apresentam maior desespero e maior preocupação ansiosa. Já as mulheres com menor escolaridade apresentam maior espírito de luta e mais evitamento cognitivo. O que pode demonstrar maior consciência e conhecimento do problema por parte das mulheres com mais escolaridade. Contudo, as mulheres com maior escolaridade apresentam maior satisfação com os amigos, pois deverão ser as mulheres mais novas, e como referido anteriormente, com mais atividades sociais, a ter maior escolaridade. Segundo Watts, Sherman, Mireskandari, Meiser, Taylor e Tucker (2011) um elevado nível de escolaridade pode também estar associado a uma melhor capacidade de comunicação ou negociação, o que facilita o acordo entre estes casais e assuntos relacionais.

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico, podemos constatar maior preocupação ansiosa nas utentes diagnosticadas há mais tempo (mais de 25 meses) contudo estas mulheres revelam maior intimidade e maior adaptação global. Estes resultados estão relacionados com o facto das mulheres diagnosticadas há mais tempo serem as que se encontram a realizar reconstrução onco-plástica, sendo estes resultados congruentes com os evidenciados por estas mesmas mulheres.

Relativamente ao tipo de cirurgia realizado, é estatisticamente significativo que as utentes que realizaram cirurgia não conservadora apresentam maior satisfação com a família. Apesar de não ser estatisticamente significativo, as mulheres que realizaram cirurgia não conservadora apresentam também maior sofrimento emocional, maiores níveis de ansiedade, mais depressão, revolta, evitamento cognitivo, fatalismo e sofrimento global, contudo evidenciam maior espírito de luta e satisfação com o suporte social, pois ao apresentarem maior fragilidade e vulnerabilidade, necessitam de maior apoio e desta forma, vão revelar maior satisfação com o suporte social. Já no que concerne à cirurgia conservadora, estas mulheres revelam mais desespero, mais preocupação ansiosa, contudo mais intimidade e níveis mais elevados de adaptação. Confrontando com outras investigações, verificamos uma confirmação destes dados, pois as mulheres submetidas a tumorectomia, Rowland, Desmond, Meyerowitz, Belin, Wyatt e Ganz (2000) revelaram resultados mais positivos do que mulheres submetidas a mastectomia, com ou sem reconstrução. Realizar uma mastectomia envolve eventuais dificuldades em aceitar a nova imagem corporal e ainda instabilidade ao nível emocional. Porém, ao realizar uma cirurgia conservadora, as mulheres demonstram-se emocionalmente instáveis na medida em que revelam receio de uma possível recorrência do cancro na parte da mama que permaneceu intacta (Patrão & Moura, 2012), sentindo assim que a situação não ficou totalmente controlada.

Esta investigação apresenta, contudo, algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto da amostra ser pequena. De seguida, o local de aplicação dos instrumentos. O internamento é um local que dificulta a garantia de confidencialidade, uma vez que apenas as cortinas são utilizadas o que não impede a propagação do som e com que as outras utentes consigam ouvir e dos outros técnicos de saúde que fazem parte da dinâmica do internamento. Ao ter consciência desta situação as utentes podem enviar as suas respostas por conformismo social.

No futuro, esta investigação deveria realizar-se com uma amostra mais extensa, de forma longitudinal, com o objetivo de investigar as alterações de cada mulher do período pré para o pós-operatório. Deveria também adaptar o local de aplicação dos instrumentos, o internamento, de forma a salvaguardando a confidencialidade na totalidade. Deveria também realizar um levantamento de

técnicas utilizadas pelas mulheres e consideradas como eficazes de forma a implementar com mulheres que não estão a adaptar-se ao cancro.

## 5. Referências Bibliográficas

- Alves, M. L. M., Pimentel, A. J., Guaratini, A. A., Marcolino, J. A. M., Gozzani, J. L. & Telles Mathias, L. A. S. T. (2007). Ansiedade no Período Pré-Operatório de Cirurgias de Mama: Estudo Comparativo entre Pacientes com Suspeita de Câncer e a Serem Submetidas a Procedimentos Cirúrgicos Estéticos. *Rev Bras Anesthesiol*, 57 (2), 147-156
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu' S. & Lauren A. Chapman' L. A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. Retirado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2012.684856>
- Bergamasco, R. B. & Angelo, M. (2001). O Sofrimento de Descobrir-se com Câncer da Mama: Como o Diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 277-82
- Bourjolly, J. N. (1999). Locus of Control Among Black and White Women with Breast Cancer: A Preliminary Study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(1), 21-31
- Brady, S. S. & Helgeson, V. S. (1999). Social Support and Adjustment to Recurrence of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(2), 37-55
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220
- Carpenter, J. S. (1997). Self-esteem and Well-being Among Women with Breast Cancer and Women in an Age-Matched Comparison Group. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(3/4), 59-80

- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. & Mortimer, J. (2005). Change in Need for Psychosocial Support for Women with Early Stage Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 65-77
- Cruz, C. F. (2011). Projeto de uma clínica de imagiologia dedicada à mama. Mestrado Integrado em Bioengenharia - Engenharia Biomédica. Orientador: Prof. João Manuel R. S. Tavares (Ph.D) Coorientador: Isa C. T. Santos
- Drageset, S., Lindstrom, T. C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158
- Francisco, J., Carvalho, M. & Batista, A. (2008). Otimismo, estratégias de coping e ajustamento emocional em indivíduos com doenças do foro oncológico. Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
- Harper, F. W. K., Schmidt, J. E., Beacham, A. O., Salsman, J. M., Averill, A. J., Graves, K. D. & Andrykowski, M. A. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 16, 79-91
- Levine, E. G. & Silver, B. (2007). A Pilot Study: Evaluation of a Psychosocial Program for Women with Gynecological Cancers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3), 75-98
- Lieberman, M. A. & Goldstein, B. A. (2006). Not all Negative Emotions are Equal: The Role of Emotional Expression in Online Support Groups for Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168
- Kinsinger, S. W., Mcgregor, B. A., Bowen, D. J. (2009). Perceived Breast Cancer Risk, Social Support, and Distress Among a Community-Based Sample of Women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27, 230-247

- Matsushita, T., Murata, H., Matsushima, E., Sakata, Y., Miyasaka, N. & Aso, T. 2007. Quality of Life in Gynecological In patients Undergoing Surgery. *Health Care for Women International*, 28, 828-842
- Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L. & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology* 19, 125-133
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 165-184
- Mosher, C. E. & Danoff-Burg, S. (2005). A Review of Age Differences in Psychological Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 101-104
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2º Ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Patrão, I. A. M. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 53-73
- Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1 (1), 33-55
- Patrão, I. & Moura, M. J. (2012). *O amor dentro do meu peito. Viver com cancro da mama. A mulher e a família*. 1º Ed. Planeta

- Peters, M. L., Sommer, M., Rijke, J. M., Kessels, F., Heineman, E., Patijn, J., Marcus, M. A. E., Vlaeyen, J. W. S. & Kleef, M. V. (2007). Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Ann Surg*, 245, 487-494
- Rea, M. F (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 142-146
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 13-32
- Reddick, B. K., Nanda, J. P., Campbell, L., Ryman, D. G. & Gaston-Johanson, F. (2005). Examining the Influence of Coping with Pain on Depression, Anxiety, and Fatigue Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 137-157
- Ribeiro, J. L. P., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 231-247
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Gail E. Wyatt, G. E. & Patricia A. Ganz, P. A. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, (17), 1422-1429
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação das Escalas de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças*, 4 (2), 185-204

- Sarafino, E.P. (2002). Health Psychology. Biopsychosocial interactions. 4º Ed, John Wiley & Sons, Inc: New York
- Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C. Maislin, G., Cater, J., Cartwright-Alcarese, F., McSherry, C. B., Feurbach, R., Kowalski, M. O. & Rosedale, M. (2009). Differences in Physical, Emotional, and Social Adjustment of Intimate, Family, and Nonfamily Patient-Partner Dyads Based on a Breast Cancer Intervention Study. *Oncology Nursing Forum*, 36 (4), 185-197
- Silva, F., Carvalho, S., Milanezi, F. & Schmitt, F. C. (2008). Carcinoma da mama de tipo basal. *Ata Med Port* (21), 373-378
- Spector, D. J., Mayer, D. K., Knafl, K. & Pusic, A. (2011). Women's Recovery Experiences After Breast Cancer Reconstruction Surgery. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29,664-676
- Teixeira, J. A. C (2004). Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde-utentes. Notas didáticas. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., Pinto, A., Correia, A., Gonçalves, D. & Ribeiro, L. (2010). A saúde mental das mulheres sobreviventes de cancro da mama portuguesas. In Pereira H., Branco, L., Simões, F., Esgalhado, G. & Afonso, R. M (1º Eds), *Educação para Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado* (pp.1092- 1100)
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (25), 479-48
- Vickberg, S. M. J. (2003). Locating Breast Cancer in the Context of Women's Lives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(2), 69-88
- Watts, K. J., Sherman, K. A., Mireskandari, S., Meiser, B., Taylor, A. & Tucker, K. (2011). Predictors of relationship adjustment among couples coping with a

high risk of developing breast/ovarian cancer. *Psychology and Health*, 26 (1), 21-39

## Anexo Teórico

### 1 Introdução

De acordo com Diener (2000, *cit. in* Kohlsdorf & Junior, 2008), o conceito de adaptação psicológica refere-se ao equilíbrio entre afetos negativos e positivos referidos por um indivíduo perante de uma dada situação, sendo, considerado de natureza emocional e subjetiva. De acordo com este autor, o período decorrido desde uma situação traumática ou aversivo até a recuperação do bem-estar inicial é chamado de adaptação, com variações no tempo decorrido neste processo ao nível dos sentimentos envolvidos e do comportamento. Durante o período de adaptação, as pessoas experimentam decréscimo nas emoções desagradáveis e aumento nas agradáveis, caracterizando-se por um processo influenciado por aspetos subjetivos do indivíduo, pelo contexto sócio-histórico e pelas exigências do ambiente envolvente (Kohlsdorf & Junior, 2008).

Uma situação traumática ou aversiva, com uma incidência crescente sobretudo nos países desenvolvidos, é o cancro da mama. Em Portugal continua a ser a primeira causa de morte oncológica no sexo feminino com cerca de 4500 novos casos por ano (Silva, 2008). De acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, são detetados anualmente, em Portugal, cerca de 4500 novos casos de cancro da mama, havendo cerca de 1500 mortes anuais com esta doença. É o tumor com maior taxa de mortalidade nas mulheres (Cruz, 2011).

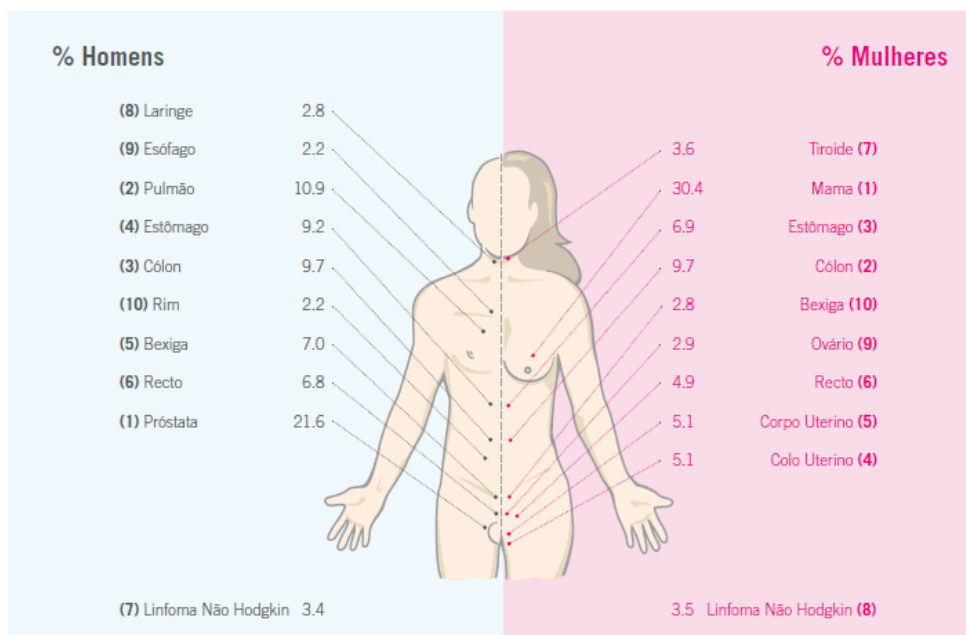


Fig 1 - Os tumores mais frequentes no sexo masculino e feminino em 2001 (registo oncológico nacional 2001, 2008).

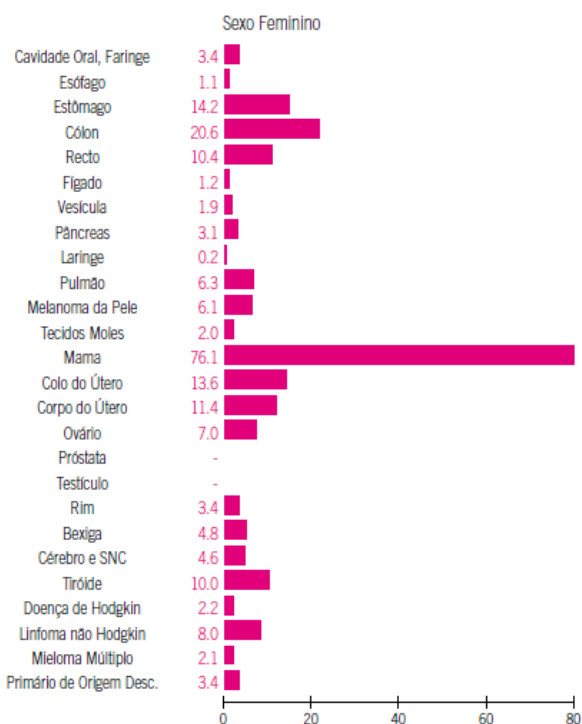


Fig 2 - Incidência de tumores malignos no sexo feminino para as principais localizações (baseada na taxa padronizada para a população Europeia) (Registo Oncológico Nacional 2001, 2008).

“O cancro é definido como um crescimento incontrolável de células anormais que produzem tumores chamados neoplasias” (Ogden, 2004, p.367). Existem dois tipos de tumores: tumores benignos e malignos. Os primeiros não se espalham através do corpo, enquanto os tumores malignos apresentam metástases, isto é, um processo de separação de células do tumor e deslocação para outro local. Existem 3 tipos de células cancerígenas: carcinomas, que constituem 90% de todas as células cancerígenas e têm origem nas células dos tecidos, sarcomas, que têm origem no tecido conjuntivo, e por fim leucemias, que têm origem no sangue (Ogden, 2004). As técnicas de imagiologia moderna, permitem uma deteção precoce enquanto os avanços ao nível de opções de tratamento conduzem a um aumento dos níveis de sobrevivência a longo-prazo (Pacurar, Miclaus & Miclaus, 2011) sendo que a taxa de sobrevivência está fortemente relacionada com a deteção de um estado precoce deste tipo de cancro (Cruz, 2011), relacionando e interligando o contributo das técnicas de imagiologia e as opções de tratamento para a sobrevivência.

Os riscos de uma mulher ser diagnosticada com cancro da mama tendo em conta a idade são:

- Por volta dos 30 anos: 1 em 2.000
- Por volta dos 40 anos: 1 em 233
- Por volta dos 50 anos: 1 em 53
- Por volta dos 60 anos: 1 em 22
- Por volta dos 70 anos: 1 em 13
- Por volta dos 80 anos: 1 em 9
- Ao longo da vida: 1 em 8

(DeCherney & Nathan, 2005).

Deste modo, e de acordo com estes programas, todas as mulheres acima dos 40 anos ou com maior risco de cancro da mama deverão realizar mamografia anualmente (Cruz, 2011).

No que diz respeito ao **Cancro ginecológico**, apesar de apresentar menor incidência, existem diferentes tipos:

- O **carcinoma do endométrio** é, na atualidade, a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países industrializados, representando cerca de 6% dos

cancros no sexo feminino. O risco da mulher desenvolver carcinoma do endométrio ao longo de toda a sua vida é de 2,5% (Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010). Em Portugal, a incidência é de 10,27/100000 (ron, 2005, *cit. in* Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010) e a taxa de mortalidade é de 1,9/ 100000 (risco de morrer em Portugal, DGS, 2005, *cit. in* Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010).

- O **carcinoma do colo do útero** representa 6% dos tumores malignos ginecológicos, revelando-se o tumor maligno genital mais frequente em Portugal. O carcinoma pavimento-celular é o tipo histológico mais comum. Atualmente, o adenocarcinoma tem vindo a aumentar a sua frequência relativa. Em Portugal, a incidência registada em 2005, no registo oncológico nacional, foi de 8,77/100 000 mulheres com 545 novos casos (Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010).
- Aproximadamente 90% dos **tumores primitivos do ovário** têm origem no epitélio de superfície e surgem, sobretudo, em mulheres em fase pós-menopáusicas. Frequentemente, 75% dos tumores são diagnosticados nos estádios III e IV, dada a inexistência de sintomas específicos. De acordo com dados do registo oncológico nacional, em 2005, a taxa de incidência padronizada à população europeia foi de 6,63 por 100 000 mulheres. O cancro do ovário é o mais letal dos cancros ginecológicos (Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010).
- O **cancro da vulva** é uma neoplasia rara, representando 4% de todos os cancros ginecológicos, portanto, deverá ser encaminhado para centros oncológicos com equipas multidisciplinares. Em Portugal, no ano de 2005, o registo oncológico nacional registou 81 novos casos, ao que correspondeu uma taxa de incidência padronizada de 0,95/100 000, valor que coincide com o referido na literatura para os países desenvolvidos. Esta neoplasia é igualmente mais frequente nas mulheres em período pós-menopáusicas, apresentando um pico de incidência

por volta dos 65-70 anos. Atualmente verifica-se um aumento de incidência em mulheres jovens, rondando 7% os tumores invasivos diagnosticados em mulheres com menos de 40 anos (Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010).

- Os **sarcomas uterinos** constituem um grupo de tumores raros, correspondendo a cerca de 2 a 5% dos tumores malignos uterinos e representando cerca de 1% dos tumores malignos do aparelho genital feminino, com uma incidência anual inferior a 2/100 000 mulheres. Verifica-se, na sua maioria um mau prognóstico, caracterizando-se por uma rápida progressão e uma elevada taxa de metastização à distância, com uma sobrevivência global inferior a 50% aos 5 anos, mesmo quando diagnosticados precocemente (Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2010).

O tratamento para o cancro pode ser local (cirurgia e radioterapia) e sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, braquiterapia e imunoterapia) (Patrão, 2007).

## **2 Intervenção cirúrgica para tratamento do cancro da mama**

Tratamento local para o cancro da mama:

-Mastectomia: há décadas atrás, a mastectomia, ou seja, a remoção cirúrgica da mama completa, era o único tratamento padronizado para o tratamento do cancro da mama. Para o cancro invasor, era realizada a completa remoção do tecido mamário, em conjunto com a amostragem dos conteúdos axilares (Lambrou, Morse & Wallach, 2001);

- Mastectomia radical modificada: cirurgia onde os músculos peitorais são preservados (Lambrou, Morse & Wallach, 2001);

- Mastectomia radical: cirurgia onde os músculos peitorais são removidos. Atualmente é pouco realizada, sendo que se recorre à mesma quando o tumor envolve diretamente a parede torácica (Lambrou, Morse & Wallach, 2001);

- Mastectomia total: procede-se à remoção de todo o tecido mamário sem dissecação axilar (apenas para pacientes com carcinoma ductal *in situ* ou no caso de mastectomia profilática) (Lambrou, Morse & Wallach, 2001).

Por vezes, posteriormente à intervenção cirúrgica, em pacientes com tumores grandes, localmente avançados ou com grande número de gânglios envolvidos, realiza-se a terapia neoadjuvante (Lambrou, Morse & Wallach, 2001).

Em pacientes que se submetem a mastectomia, pode também ser realizada a cirurgia onco-plástica, isto é a cirurgia de reconstrução mamária, que pode ser feita simultaneamente à mastectomia ou posteriormente. As opções de reconstrução incluem a transferência do músculo autólogo (músculo abdominal transverso) ou a colocação de um expansor e prótese (Lambrou, Morse & Wallach, 2001). A maioria das mulheres consegue integrar a reconstrução como parte do seu corpo, apesar de por vezes referirem que a mama não parece natural ao toque. Como resultado, a autoconfiança e imagem corporal melhora, o que é especialmente notório em mulheres que recusaram reconstrução e têm a experiência de viver sem uma ou as duas mamas por um determinado período de tempo. Emocionalmente, as mulheres adaptam-se muito bem, o que significa que a reconstrução tem um papel significativo na forma como as mulheres lidam com as diversas experiências de ser uma sobrevivente de cancro da mama, pois a reconstrução ajuda a esquecer-lo (Spector, Mayer, Knafl & Pusic, 2011).

Os dados da investigação realizada por Rowland, Desmond, Meyerowitz, Belin, Wyatt & Ganz (2000), confirmam que o tipo de cirurgia primária que uma mulher recebe para tratamento do seu cancro da mama continua a desempenhar um papel importante na sua imagem corporal e sentimentos de atração. Já as mulheres submetidas a tumorectomia, revelaram resultados mais positivos do que mulheres submetidas a mastectomia, com ou sem reconstrução. As mulheres pertencentes aos grupos de mastectomia também relataram problemas mais físicos relacionados com a sua cirurgia. Para além destas áreas, no entanto, poucas diferenças podem ser encontradas entre os grupos cirúrgicos relacionados a outros resultados ao nível da saúde física, resultados sociais ou emocionais. Dada a utilização crescente da reconstrução onco-plástica da mama e o facto de que diferentes abordagens cirúrgicas para tratamento de mulheres com cancro da mama podem estar associadas a diferentes resultados psicosexuais, são necessárias mais informações sobre o

desempenho esperado nestas áreas funcionais para ajudar as mulheres e os seus médicos no processo de tomada de decisão (Rowland, Desmond, Meyerowitz, Belin, Wyatt & Ganz, 2000).

Tratamento conservador da mama: Cirurgia em que se procede à excisão completa do tumor, amostragem de gânglios axilares e radioterapia no tecido mamário remanescente. Caso a situação seja multifocal ou grande e não seja possível obter margens negativas, este tipo de cirurgia não é aconselhado. A radioterapia é realizada no pós-operatório, incidindo toda a mama e pode incluir as regiões supraclaviculares e axilar. A eficácia deste tratamento é comparável à da mastectomia (Lambrou, Morse & Wallach, 2001), contudo uma limitação para a cirurgia conservadora é o fato da necessidade de radioterapia adjuvante no parênquima residual, após a realização de cirurgia. Assim, mulheres com contraindicação para a realização de radioterapia não poderão realizar este tipo de cirurgia (Tiezzi, 2007).

Papel da dissecação dos gânglios axilares: em alguns casos, pacientes com tumores pequenos podem ter a opção de não realizar esta intervenção. Esta técnica prende-se com a identificação de um gânglio sentinela, através de um marcador radioativo injetado na região do cancro e apenas este sujeito a biopsia, evitando assim, uma dissecação axilar mais radical (Lambrou, Morse & Wallach, 2001).

É necessário considerar o tipo de cirurgia a realizar, pois as pacientes com suspeita de cancro da mama que são submetidas à remoção de um nódulo ou tecido mamário para diagnóstico histológico, apresentam níveis e prevalência de ansiedade-estado mais elevada do que as pacientes a serem submetidas a mamoplastias (reconstrução onco-plástica) (Alves, Pimentel, Guaratini, Marcolino, Gozzani & Mathias, 2007).

### **3 Intervenção Cirúrgica para tratamento do cancro ginecológico**

As exenterações pélvicas caracterizam-se por um procedimento cirúrgico radical, descrito pela primeira vez por Brunschwig em 1948, e consiste na remoção dos órgãos pélvicos (útero, ovários, vagina, bexiga e reto-sigmoide). Em ginecologia, a maioria das exenterações são realizadas em cancros do colo do útero recorrentes e com menor frequência e é utilizada no tratamento de cancros primários, persistentes ou recorrentes do útero, vagina e vulva. Ocasionalmente pode também recorrer-se e esta

intervenção para tratamento de complicações associadas à radioterapia (retite ou cistite rádica, fístulas, etc). Nas doentes oncológicas submetidas previamente a radioterapia e com doença limitada à pelve central, a exenteração revela-se o único tratamento curativo existente (Pinelo, Petiz, Domingues, Lopes, Alves & Fael, 2006).

A histerectomia total com anexectomia bilateral é um dos principais métodos de tratamento que consiste numa intervenção cirúrgica através da qual se pratica a ablação do útero e dos ovários (Lopes, Ribeiro & Leal, 1999). É também de destacar a importância da realização de forma rotineira do exame extemporâneo dos gânglios lombo-aórticos de forma a evitar que doentes aparentemente elegíveis para o procedimento sejam submetidos a uma cirurgia que não lhes ofereça possibilidade de cura (Pinelo, Petiz, Domingues, Lopes, Alves & Fael, 2006).

O cancro da mama implica alterações físicas, psíquicas e sociais, quer para as mulheres quer para o agregado familiar (Patrão & Moura, 2012) contudo, a forma como o cancro é percecionado é determinado por diversos variáveis psicossociais e processos cognitivos (Blanco, Antequera & Aires, 2002).

#### **4 Compreender a experiência psicossocial de cancro**

O diagnóstico de uma doença oncológica, é encarado como uma ameaça à integridade física e psicológica do sujeito, tendo um impacto profundo na forma como a pessoa se percebe a si mesmo e ao ambiente social que o rodeia, bem como o seu bem-estar e qualidade de vida (Francisco, Carvalho & Batista, 2008).

Resultados de uma investigação levada a cabo por Rossi e Santos (2003), relatam que as consequências psicológicas do Cancro de mama e de seu tratamento alteram conforme o momento que está a ser vivenciado, desde o diagnóstico até o tratamento. Desta forma foram identificadas diferenças relativamente ao momento pré-diagnóstico, a etapa do diagnóstico, a etapa do tratamento e momento pós-tratamento. No momento pré-diagnóstico, distinguir-se o descuido das pacientes com relação ao próprio corpo, o adiamento da consulta médica e a negação da realidade que só seria desvelada com o diagnóstico posteriormente. Na fase do diagnóstico, as pacientes expressam as suas queixas relativamente à negligência por parte dos profissionais médicos e enfatizam os sentimentos vivenciados com relação à doença e ao tratamento: impacto inicial (reação de choque), vislumbre da morte, temores relacionados com o possível desamparo dos filhos, etc. Na etapa do

tratamento, as queixas das pacientes referem-se aos efeitos físicos e os danos causados ao organismo pelo tratamento cirúrgico, rádio e quimioterapia, bem como os sentimentos relativamente a alterações da imagem corporal. No momento pós-tratamento, aparecem as repercussões no plano afetivo-sexual e também as dificuldades de adaptação à nova situação de vida, com limitações físicas e restrições, embora também sejam reconhecidas as mudanças positivas trazidas pela experiência de terem passado pelo cancro de mama e seu tratamento (Rossi & Santos, 2003). Segundo Patrão (2007), ao longo das fases impostas pela experiência do cancro da mama, as mulheres mantiveram um estado emocional equilibrado. Perante o diagnóstico de cancro da mama (estádio 1), a cirurgia (estádio 2) e aos tratamentos adjuvantes (estádio 3) as mulheres revelaram níveis baixos de ansiedade e depressão, sem diferenças significativas de estágio para estágio. No que diz respeito ao medo, este começa com o diagnóstico, aumenta durante a terapia e piora quando o tratamento está completo e quando o contacto com o profissional de saúde diminui (Chantler & Podbilewicz, 2005).

Vários estudos indicam que os doentes oncológicos apresentam uma prevalência mais elevada de psicopatologia do que a população normal, sendo que a psicopatologia mais frequente nestas mulheres é a depressão, registando-se um nível de psicopatologia depressiva elevada, em 75% das mulheres avaliadas sendo ainda que a maioria, usualmente recorre a estratégias de *coping* individuais, mais do que interpessoais; sendo também que a maioria apresenta valores de controlo de emoções afetivo-negativas (raiva, ansiedade e tristeza) normativas (87%) (Torres, Pereira, Monteiro, Pinto, Correia, Gonçalves & Ribeiro, 2010).

Nestes pacientes, a repressão/supressão das emoções negativas é há muito considerado prejudicial para os mesmos, levando a um *coping* empobrecido, progressão de sintomas e baixa qualidade de vida em geral. Desta forma, as terapias têm-se focado no encorajamento da expressão negativa das emoções. Contudo, esta situação não é simples, uma vez que a expressão das diferentes emoções, em diferentes contextos conduz a diferentes efeitos. Especificamente, a exteriorização ou interiorização da expressão de emoções negativas não parece predizer a melhoria psicossocial. Contudo, uma maior frequência da expressão de raiva e tristeza no contexto do cancro, tende a conduzir a menor depressão e maior qualidade de vida após 6 meses de participação em grupos de suporte. Os indivíduos que expressam

mais ansiedade, mostram o efeito inverso, ou seja, mais depressão e menor qualidade de vida. (Lieberman & Goldstein, 2006). Esta situação, porém, parece ser contraditória com a situação de expressão e intervenção no medo relativamente à cirurgia, onde são visíveis resultados a longo prazo (Lieberman & Goldstein, 2006). Em suma, a expressão frequente de sentimentos intensos, gera um complexo leque de respostas (Lieberman & Goldstein, 2006). Contudo, apesar do cancro da mama na literatura ser apontado como um acontecimento com impacto emocional negativo, os resultados desta investigação demonstraram-se contraditórios, parecendo não ser necessariamente encarado dessa forma (Patrão, 2007). Os dados obtidos na investigação levada a cabo por Bergamasco e Angelo (2001), possibilitaram compreender que, ao ter conhecimento do seu diagnóstico de cancro, a mulher vive um percurso onde a representação de ser doente é conotada com a ideia de sofrimento, que acarreta significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, provocando na mulher e na sua rede social determinados sentimentos e emoções, quer positivos quer negativos. Desta forma, contrariamente à ideia de que o cancro é uma crise de, quase exclusivamente, impacto negativo, a maioria das mulheres com cancro da mama não sofre de baixa autoestima. As variáveis que representam o prognóstico médico (fase da doença aquando o diagnóstico), invasão por cirurgia (tipo de cirurgia) e severidade do tratamento (numero de ciclos de quimioterapia) não preveem alterações na autoestima ao longo do tempo, do passado para o presente (Carpenter, 1997).

Os fatores psicossociais considerados no impacto da patologia mamária nas mulheres são os acontecimentos de vida, o suporte social percebido, a qualidade de vida, o stress, as estratégias de *coping*, o controlo emocional e necessidade de harmonia e, por fim, a personalidade (Patrão e Leal, 2004). Relativamente às circunstâncias da vida, resultados de investigações sugerem que os sujeitos que experienciam involuntariamente *distress* relacionado com acontecimentos de vida traumáticos, são também os que são afetados de maiores efeitos psicológicos negativos (Andersen, Farrar, Golden-Kreutz, Kutz, MacCallum, Courtney & Glaser, 1998). Os acontecimentos de vida (tanto positivos como negativos), referem-se a situações que interferem com os pensamentos e sentimentos relativamente ao cancro de mama, interferindo também, de forma mais ampla, com as suas vidas de forma. Em geral, as circunstâncias positivas parecem facilitar o confronto com o cancro da

mama, sendo associadas à diminuição do *distress* e aumento do bem-estar. Por outro lado, no que concerne às circunstâncias negativas, estas parecem ser mais complexas, pois as circunstâncias negativas que se encontram mais salientes, possivelmente distraem as pessoas de pensamentos acerca do cancro e da possibilidade de recorrência. Estas circunstâncias negativas distractoras estão associadas com a diminuição do *distress*, e assim, aumento do bem-estar (Vickberg, 2003).

Desta forma, o diagnóstico de cancro é um acontecimento que requer a adoção de estratégias de *coping*, de forma a lidar com os diferentes estádios da doença e com os desafios específicos e inerentes à mesma. Com o objetivo de determinar quais as respostas cognitivas e comportamentais que fazem parte do processo de adaptação das mulheres a esta situação específica, procedeu-se à determinação das estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Os dados encontrados indicam que as estratégias mais utilizadas são: as estratégias espírito de luta e fatalismo. Estas estratégias permitem a adaptação à situação de forma completamente distinta, uma vez que a estratégia espírito de luta é considerada uma estratégia de *coping* focada na resolução do problema, enquanto a estratégia fatalismo é classificada como sendo uma estratégia de *coping* focada na emoção (Varela & Leal, 2007).

Uma resposta emocional adaptada está associada a estratégias de *coping* eficazes, à perceção da satisfação com o suporte social e qualidade de vida a diversos níveis. Em mulheres que realizam acompanhamento psicológico durante a doença, o impacto da mesma é reduzido, conduzindo ao surgimento de uma resposta emocional equilibrada, uma resposta cognitiva adaptativa e uma resposta de satisfação com o suporte social (Patrão, 2007).

Concluindo, conhecer os fatores que facilitam ou interferem na adaptação psicológica ao diagnóstico de uma doença oncológica são extremamente importantes, na medida em que pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes fundamentalmente no que respeita ao ensino e prática de estratégias de *coping* que facilitem a adaptação à doença (Francisco, Carvalho & Batista, 2008).

## 5 Fatores de risco

O elevado número de fatores de risco não modificáveis, que correspondem essencialmente a fatores genéticos e hereditários, previnem para a importância do diagnóstico precoce e eventual caracterização genética. Os fatores de risco não modificáveis predominam, mas individualmente, existem fatores que se destacam como a obesidade e o sedentarismo, o que alerta para a importância de alterações no estilo de vida e sensibilização para estes fatores de risco modificáveis (Mendes, Mateus, Nogueira, Branco, Rodrigues, Dias, Nunes & Torgal, 2011).

A redução do risco para o cancro da mama tem, possivelmente, maior eficiência através de outras estratégias de eficácia, como o exercício físico regular, uma alimentação e nutrição adequada, maior consumo de azeite e de chá verde e não de chá preto (cafeína), menor consumo de álcool, etc. Desta forma, não se deve também dar primazia às intervenções farmacológicas em detrimento das alterações dos hábitos de vida (Neves-e-Castro, 2006).

Outro fator de risco prende-se com a associação entre o diagnóstico e recorrência de Cancro da Mama é o peso, contudo esta situação é mais patente em sujeitos que nunca foram fumadores, assim, o aumento de peso, e o próprio excesso de peso, está relacionado com elevados níveis de recorrência de Cancro da Mama e mortalidade, principalmente em mulheres não fumadoras (Kroenke, Chen, Rosner, Holmes, 2005).

O aumento da idade revela-se outro fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma da mama (Gennari, Curigliano, Rotmensz, Robertson, Colleoni, Zurrada, Nole, Braud, Orlando, Leonardi, Galimberti, Intra, Veronesi, Renne, Cinieri, Audisio, Luini, Orecchia, Viale & Goldhirsch, 2004). A diferença de idade no estado de saúde, tratamento, suporte social e outras circunstâncias de vida podem contribuir para adaptações diferentes. Diversos estudos demonstram que as mulheres mais velhas experienciam menos *distress* psicológico em termos de ansiedade, depressão e sintomas de stress pós-traumático. (Mosher & Danoff-Burg, 2005). Segundo Sarafino (2002), os adultos jovens demonstram frequentemente mais dificuldade em lidar (*coping*) com doenças mais sérias ou problemáticas do que o que se verifica com os mais velhos. As mulheres mais novas são mais afetadas pelas mudanças físicas assim como pela perda da capacidade reprodutiva (infertilidade) uma vez que o tratamento induz a menopausa. As pressões para criar uma família ou falta de suporte social

percebido podem contribuir para uma adaptação mais dificultada nas pacientes mais jovens. O cancro pode interromper o desenvolvimento educacional e da carreira para as mulheres mais jovens, originando reações de crise (Mosher & Danoff-Burg, 2005; Levine & Silver, 2007). Além disso, é importante que os clínicos e cirurgiões estejam cientes destas situações quando tomam uma decisão terapêutica (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

Desta forma, podemos concluir que, também a pertença a grupos minoritários, pode constituir um fator de risco no que diz respeito aos tratamentos para esta problemática. Porém, a intervenção é eficaz, de forma semelhante, em mulheres pertencentes a grupos étnicos minoritários e não minoritários (Perna, Craft, Freund, Skrinar, Stone, Kachnic, Youren & Battaglia, 2010).

## 6 Fatores Protetores

Um fator protetor crucial relativamente ao Cancro do Colo do Útero, é ser considerado uma das neoplasias malignas mais prevenível e curável. O principal teste de rastreio do cancro do colo do útero é a citologia cervical. O rastreio ocorre através da realização da citologia cervical em todas as mulheres que tenham iniciado a sua vida sexual e com colo uterino a cada 3 anos, após 2 citologias anuais consecutivas normais. A idade ideal para início do rastreio ainda não está estabelecida. Dados da história natural da infeção por HPV e sobre a incidência das lesões de alto grau e de cancro do colo do útero, sugerem que o início do rastreio pode, com segurança, ser adiado até 3 anos após o início da vida sexual ou até aos 21 anos, conforme o que surgir primeiro. A *American Cancer Society* (ACS) recomenda a interrupção do rastreio aos 70 anos, podendo continuar, em mulheres mais velhas, se não tiverem sido previamente rastreadas (Hespanhol, Couto, Martins & Viana, 2009). Podemos referir ainda que, apesar do estágio do tumor no presente ser um forte predictor da sobrevivência entre os pacientes de cancro da mama, a variabilidade considerável de mulheres sobreviventes que se encontram num estágio semelhante, sugere que outros fatores, ainda desconhecidos, possam ser importantes na determinação da sobrevivência (Reeves, Patterson, Vessey, Yeates & Jones, 2000)

Outro fator que se revela protetor para a saúde da mulher é a amamentação pois demonstrou-se vantajoso na diminuição da incidência do cancro da mama e do ovário, e ainda, na recuperação mais rápida do peso pré-gravidez, menor risco de osteoporose na pós-menopausa e amenorreia da lactação, o que funciona como anticoncepcional natural (Rea, 2004).

Dados resultantes de diversas investigações revelam que menos idade constitui um fator de prognóstico de sobrevivência em mulheres com cancro da mama primário. Considerando os subgrupos de mulheres com gânglios negativos vs positivos e sujeitos com recetores hormonais negativos vs positivos obteve-se resultados diferentes, sendo que se verificou que menor idade teve um impacto significativo na sobrevivência em mulheres com gânglios positivo mas não em mulheres com gânglio negativo (Saghir, Seoud, Khalil, Charafeddine, Salem, Geara & Shamseddine, 2006).

Os resultados da investigação de Peters, Sommer, Rijke, Kessels, Heineman, Patijn, Marcus, Vlaeyen & Kleef (2007), demonstram que uma atitude otimista não protege contra o aumento do sofrimento ou das limitações no funcionamento físico, 6 meses após a cirurgia, mas que influencia os pacientes no que concerne às estimativas globais da sua recuperação e qualidade de vida no seguimento (*follow-up*). As pessoas otimistas podem ter mais tendência para uma recuperação satisfatória independentemente do seu nível de sofrimento e as limitações que experienciam, evidenciando ser mais resistentes à influência negativa do sofrimento e limitações na sua qualidade de vida (Peters, Sommer, Rijke, Kessels, Heineman, Patijn, Marcus, Vlaeyen & Kleef, 2007).

## **7 Perceção do Suporte Social e Cancro**

O apoio social constitui uma das variáveis psicossociais que, nas últimas décadas, demonstrou maior relevância no processo de adaptação à doença e ao seu tratamento. É também considerado um apaziguador dos efeitos das situações stressantes na saúde. Desta forma, as características da doença oncológica, podem acarretar uma maior carência económica, afetiva e emocional e informação por parte das utentes. Contudo, as ajudas e apoios proporcionados ou esperados podem constituir, para o indivíduo, uma invasão da sua privacidade e, portanto, originar rejeição do paciente ou um sentimento de controlo, manipulação ou incapacidade.

Então, é crucial considerar não só a quantidade de apoio de que o sujeito dispõe objetivamente ou a que é disponibilizada, sem também a percepção e a satisfação que o paciente possui da mesma. A discrepância entre ambos (proporcionado e percebido) pode converter-se numa fonte de problemas, conflitos e mal-estar (Blanco, Antequera & Aires, 2002).

O suporte social, poderá advir de diversas fontes: família, amigos, religião, sobreviventes de cancro e profissionais de saúde (Chantler & Podbilewicz, 2005). O seu efeito é conhecido nas situações de stress, nomeadamente no impacto do diagnóstico de doença oncológica (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Numa investigação levada a cabo por Kinsinger, Mcgregor e Bowen (2009), o suporte social percebido é inversamente associado à depressão, ansiedade e preocupação com o cancro. O apoio sócio emocional previu também diminuição de problemas físicos ao longo do tempo. Pode-se, desta forma, considerar-se a noção de ciclo, onde as mulheres com mais dificuldades, recebem menos apoio emocional da sua rede, e por sua vez leva ao aumento de problemas físicos (Brady & Helgeson, 1999). Surpreendentemente o apoio social não se correlacionou com sofrimento psíquico no estudo de Holly, Kennedy, Taylor e Beedie (2003), apesar de uma série de conclusões bem replicados demonstrarem ser um fator crucial na adaptação à doença (Holly, Kennedy, Taylor & Beedie, 2003).

Como os membros da família, médicos e outros profissionais de saúde podem afetar positivamente a forma como as mulheres lidam e se adaptam à recorrência, é importante garantir que as mulheres não lidam com esta problemática sozinhas (Brady & Helgeson, 1999).

Em momentos de dependência e fragilidade, como é a situação de doença oncológica, o apoio de outras pessoas fortifica a autoconfiança, o que possibilita uma melhor adaptação às situações de sofrimento. Apesar do reconhecimento científico do benefício do Apoio Social sobre a saúde das pessoas, deve ter-se atenção ao avaliá-lo e fazer generalizações (Hoffmann, Muller & Frason, 2006).

## **8 Adaptação ao nível da familiar**

O cancro da mama não acontece apenas à mulher, mas a uma família e ao núcleo de pessoas que fazem parte da vida da mulher (Patrão & Moura, 2012).

As mulheres com cancro da mama experienciam adaptação física e emocional satisfatória quando têm uma figura de suporte durante a experiência de cancro, quer seja um parceiro íntimo, um familiar ou não familiar. As mulheres sem marido/companheiro, ou seja, que são solteiras, divorciadas ou viúvas não parecem estar em maior risco para problemas/dificuldades relacionadas com a adaptação física ou emocional. Além disso, no contexto de um relacionamento conjugal, o marido pode sentir-se aliviado ao saber que as relações familiares e não familiares podem ser igualmente importantes no apoio às suas esposas. No entanto, a adaptação social de mulheres com cancro da mama é influenciada pelo tipo de casal. Mulheres com parceiros íntimos experienciaram mais problemas com a adaptação social do que com família ou casais não pertencentes à família, no que diz respeito aos ambientes sociais e domésticos. Ao longo da experiência da doença, os profissionais de saúde necessitam avaliar mulheres com cônjuges ou outras pessoas significativas, para a sua adaptação social e doméstica e oferecer aconselhamento ou outros serviços de apoio para promover a adaptação social (Sherman, Haber, Hoskins, Budin, Maislin, Cater, Cartwright-Alcarese, McSherry, Feurbach, Kowalski & Rosedale (2009).

A investigação de Sherman, Haber, Hoskins, Budin, Maislin, Cater, Cartwright-Alcarese, McSherry, Feurbach, Kowalski & Rosedale (2009), também fornece novas informações sobre a adaptação de parceiros de mulheres com cancro da mama. É importante referir que a presença do marido é essencial e indispensável para uma melhor recuperação da paciente ao mesmo tempo que contribui de forma inestimável para a comunicação exterior com o resto da família e amigos. O marido torna-se uma espécie de filtro protetor. Para tal, a paciente não pode isolar-se e terá de aprender a partilhar as suas emoções, ações e medos (Patrão & Moura, 2012). Os resultados indicam que os parceiros íntimos estão em maior risco de problemas de adaptação. Parceiros íntimos têm maiores problemas com a adaptação emocional, bem como a adaptação social e doméstica e recebem menos apoio social. O apoio emocional de um parceiro e o apoio informativo a partir de um oncologista estavam relacionados com uma diminuição de problemas físicos ao longo do tempo, mas não foram relacionados com o sofrimento psíquico ao longo do tempo (Brady & Helgeson, 1999). Elevados níveis de escolaridade estão associados com um bom acordo entre os parceiros em assuntos de importância para a relação (consenso da díade). É possível que as mulheres e os seus parceiros com elevado nível de escolaridade sejam mais

propensas do que os casais com menos escolaridade, para participar num processamento complexo (individual) e mútuo das questões de relacionamento, para assim, promover um acordo interpessoal. Portanto, um elevado nível de escolaridade pode também estar associado com uma melhor capacidade de comunicação ou negociação que facilita o acordo entre estes casais e assuntos relacionais. Os resultados mostram que as mulheres com elevado risco de desenvolver cancro da mama ou do ovário e seus parceiros, se envolveram em formas adaptativas de *coping* da díade, de modo que o risco de cancro é uma experiência compartilhada, com a maioria dos casais que aparece bem ajustado em sua relação (Watts, Sherman, Mireskandari, Meiser, Taylor & Tucker, 2011).

Assim, os casais podem beneficiar de intervenções que incrementem a sua capacidade de gerir o *distress* emocional, particularmente a esposa, o que pode melhorar a saúde física e mental de ambos os parceiros, quando eles estão a lidar com o cancro (Kim, Kashy, Wellisch, Spillers, Kaw & Smith, 2008). Desta forma, estes resultados sugerem que não é suficiente considerar como o apoio social pode influenciar a adaptação das mulheres, é também importante considerar como a adaptação das mulheres podem moldar suas redes de apoio social (Brady & Helgeson, 1999).

Os estudos anteriores, além de serem realizados com mulheres recém-diagnosticadas com cancro de mama, não controlam a linha de base para a adaptação psicológica. É possível que as relações anteriores encontrados entre o suporte e adaptação psicológica tenham surgido porque a adaptação psicológica demonstrou influência sobre o suporte, em vez de este ter influenciado a adaptação psicológica. De facto, no presente estudo, a adaptação psicológica de uma mulher pareceu influenciar o suporte social que ela recebeu (Brady & Helgeson, 1999).

## **9 Relação/comunicação equipa-médica-doente**

Um dos objetivos da abordagem biopsicossocial é o estabelecimento de relações de colaboração entre os profissionais de saúde com culturas e formações distintas para a promoção dos cuidados prestados ao sujeito. Neste modelo, considera-se que existem múltiplas tarefas adaptativas à doença que integram as relações do paciente com a equipa clínica, assim como com as famílias e destas com os profissionais de saúde. É importante que a família consiga: lidar e exprimir sentimentos/emoções;

estabelecer canais de comunicação adequados entre todos e com os profissionais de saúde; mobilizar todos os recursos sociais possíveis; desenvolver estratégias para lidar com as várias adversidades, contribuir para o desenvolvimento adequado de cada membro; desenvolver competências para lidar com as perdas associadas; recorrer aos apoios técnicos que facilitem a forma de lidar com o sofrimento; estar atento e apoiar o cuidador principal; recorrer à colaboração de todos os elementos da família; sempre que possível manter uma certa normalidade no ambiente familiar; vincular-se aos sistemas de apoio social; aceitar e respeitar as decisões da mulher (Patrão & Moura, 2012).

Segundo Patrão e Moura (2012), o essencial é o apoio e a confiança na equipa médica, o apoio efetivo da família, o entendimento sobre a verdade e, em vez de se encarar este tipo de patologia como uma espécie de traição do corpo, entender que é um percurso que se tem de vencer.

A relevância dos processos de comunicação em saúde é dada pelo seu carácter (Teixeira, 2004):

- . Transversal: em diversificadas áreas e contextos de saúde, em serviços de saúde e na comunidade (Teixeira, 2004);
- . Central: Na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os utentes, na prestação de cuidados (Teixeira, 2004);
- . Estratégico: Direcionado para a satisfação dos pacientes (Teixeira, 2004).

Podem ainda ser utilizados diversos tipos de informação, cujo objetivo visa a recuperação do indivíduo alvo de intervenção cirúrgica (Ogden, 2004):

- . Informação sensorial: utilizada para ajudar o indivíduo a lidar com as suas sensações ou refletir sobre elas (Ogden, 2004);
- . Informação procedimental: permite que o indivíduo adquira aprendizagens acerca da forma como a intervenção será levada a cabo (Ogden, 2004);
- . Informação acerca das competências de *coping*: informação cujo objetivo é ensinar as possíveis estratégias a utilizar (Ogden, 2004);
- . Instruções comportamentais: transmitem a forma como o indivíduo se deverá comportar (Ogden, 2004).

A comunicação e informação em saúde têm a função crítica e estratégica na medida em que podem influenciar significativamente a avaliação que os sujeitos

fazem da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão terapêutica, pois quando uma pessoa adoece, e recorre a um serviço de saúde, o controlo do stress relacionado com a situação clínica, pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação adequada às necessidades do indivíduo naquele determinado momento o que influencia ainda, a forma como o sujeito irá confrontar os seus sintomas e se irá relacionar com os diversos técnicos de saúde (Teixeira, 2004). Deste modo, se o stress se encontra relacionado com a recuperação da cirurgia, então a informação pode revelar-se uma importante via para o reduzir (Ogden, 2004).

O paciente é um estranho na comunidade hospitalar e por isso está menos familiarizado com a estrutura, os procedimentos e com a terminologia, o que pode dificultar o processo (Sarafino, 2002), logo adota uma atitude mais passiva e dependente, resultante das influências sociais e culturais tradicionais das relações entre os leigos e os peritos (Teixeira, 2004). Assim, as dificuldades de comunicação entre a equipa-médica e o utente prendem-se com: a transmissão de informação pelos técnicos de saúde, as atitudes de ambos em relação à comunicação, a comunicação afetiva dos profissionais de saúde e ainda, o nível de literacia dos utentes (Teixeira, 2004).

Os hospitais são locais agitados, mas o tempo limitado da equipa médica é apenas uma das razões para que falhem no que diz respeito ao fornecimento da informação que o paciente pode necessitar (Sarafino, 2002). Os principais problemas que podem surgir na transmissão de informação equipa médica-utente estão relacionados com a insuficiência, imprecisão e ambiguidade da informação sobre os comportamentos de saúde (como por exemplo, regimes alimentares, exames de rastreio, etc.) natureza da doença, exames complementares e tratamento; a informação com vocabulário excessivamente técnico acerca dos resultados dos exames ou causa da doença e ainda, a escassez de tempo dedicado à informação em consultas e intervenções mais centradas nos profissionais do que nos próprios pacientes (Teixeira, 2004).

Desta forma, a informação tem, necessariamente, de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, adaptada às necessidades de informação do utente naquele determinado momento, ao seu nível cultural e ao seu estilo cognitivo (Teixeira, 2004). Muitos pacientes adquirem informação, não através do médico, mas colocando questões a outros pacientes ou aos enfermeiros (Sarafino,

2002). Receber informação de forma indireta, como por exemplo ao ouvir uma conversa entre a equipa médica, pode ser incorreta ou mal compreendida, o que pode levar a uma desvalorização do problema ou, pelo contrário, a sofrimento desnecessário. Outra característica da prática dos profissionais de saúde na interação com os pacientes é a despersonalização ou o tratamento dos doentes como se não estivessem presentes ou até mesmo, como se não fossem seres humanos. A explicação para a ocorrência desta situação, prende-se com a necessidade dos profissionais se distanciarem do facto de que o corpo doente que estão a tratar, pertencer a um ser que pensa e que sofre, uma pessoa que observa o que está a acontecer, pode colocar questões e pode interferir no trabalho deles (Sarafino, 2002).

A participação mais ativa por parte dos pacientes têm efeitos positivos na receção da comunicação e concede maior perceção de controlo, o que conduz a menor stress e ansiedade e evitam recolher dados sobre a situação pessoal, familiar ou profissional do utente (Teixeira, 2004).

Uma investigação levada a cabo por maio e Perrone (2003) em população idosa, demonstrou que a avaliação da qualidade de vida na prática clínica é particularmente útil, uma vez que promove uma melhor comunicação entre o paciente e o clínico.

Contudo, a relação entre os pacientes e a equipa médica, não é só afetada pelo comportamento destes, mas também pelo comportamento dos pacientes. O hospital constitui um ambiente pouco familiar e estranho que requer adaptação psicológica e social, o que se torna difícil para muitos indivíduos. Estes têm de se adaptar à falta de privacidade, a regras restritas e a horários, vendo assim as suas atividades condicionadas, tendo pouco controlo sobre as situações que os rodeiam e estar dependentes dos outros (Sarafino, 2002).

Uma consequência do não estabelecimento de uma relação terapêutica com os pacientes prende-se com a difícil adesão destes ao tratamento que lhes é recomendado (Sarafino, 2002). Apesar de não serem completamente evidentes as razões pelas quais a informação divulgada no período pré-operatório é tão bem sucedida, é possível que esta tenha benefícios para os utentes no que respeito à redução da ansiedade possibilitando aos mesmos o ensaio mental das suas preocupações, medos e mudanças relativamente ao período pós-operatório, de modo a que estas mudanças se tornem previsíveis para os sujeitos. Assim, podemos concluir que a informação, quando corretamente fornecida por parte de um técnico de saúde

pode revelar-se num fator importante de redução do sofrimento que advém de uma hospitalização ou intervenção hospitalar (Ogden, 2004).

### **10 Impacto do ambiente de internamento - setting**

A situação de hospitalização que poderá auxiliar o paciente a adaptar-se à sua doença e tratamento, é partilhar o quarto com alguém que se encontra a recuperar de uma situação semelhante (Sarafino, 2002).

Provavelmente, os indivíduos que ainda não foram submetidos a cirurgia tentam aliviar a sua ansiedade através da interação com pessoas em situações semelhantes, contudo, a informação que estes partilham prejudica ambos (Sarafino, 2002).

A investigação levado a cabo por Perna, Craft, Freund, Skrinar, Stone, Kachnic, Youren e Battaglia (2010), demonstrou que uma intervenção estruturada que faz a transição da mulher da hospitalização para a alta (ida para casa) pode ser um tratamento complementar eficaz para incrementar a saúde mental e física em pacientes com cancro da mama que se encontrem deprimidos.

### **11 Emoções em hospitalizados e Estratégias de *Coping***

A hospitalização acarreta muitos aspetos negativos para a experiência pessoal de doença. Altera drasticamente o estilo de vida da pessoa, envolve um elevado grau de dependência dos outros e levam o sujeito a experienciar situações extremamente indutoras de stress (Sarafino, 2002).

Desta forma, segundo Sarafino (2002), os adultos jovens demonstram frequentemente mais dificuldade em lidar (*coping*) com doenças mais sérias ou problemáticas do que o que se verifica com os mais velhos. Também se verifica que os homens tendem a ter maior *distress* do que as mulheres devido à possibilidade de a doença reduzir a sua capacidade e vigor físico, todavia, as mulheres demonstram frequentemente maior preocupação com a desfiguração, tal como a perda da mama (Sarafino, 2002).

A forma de lidar com o stress e a ansiedade de se ser hospitalizado é frequentemente elaborada tendo em conta dois objetivos: alterar o problema causador de stress e regular a resposta emocional decorrente do problema em causa.

Algumas das situações ocorridas durante a hospitalização, promotoras de stress podem ser alteradas pela ação do doente, tal como solicitar medicação para reduzir a dor e adquirir informação acerca do próprio problema. Estes são exemplos de *Coping Focado no Problema*, pois conduzem à redução do stress ou expandir as capacidades para lidar com a situação (Sarafino, 2002). Os indivíduos que se encontram hospitalizados, experienciam muitas situações indutoras de stress, que acreditam não conseguir modificar. Em alguns casos, essas crenças estão corretas, pois deparam-se com situações irreversíveis, por exemplo, mas existem outros casos em que estão incorretas, tal como realizar modificações no tratamento quando não se está a adaptar ou a ter efeitos secundário. As pessoas que acreditam ter um papel inativo na mudança da situação indutora de stress, frequentemente tende a lidar com as suas emoções e com a situação, através do já referido método de *Coping Focado no Problema*. Os sujeitos podem tentar regular as suas emoções através da negação de situações desagradáveis, realizando tarefas distractoras ou recorrendo ao suporte social (Sarafino, 2002).

Um processo cognitivo recorrente nos sujeitos após adoecerem é a atribuição da culpa, seguido de verbalizações ou pensamentos tais como “quem é o responsável pela minha condição?”. Algumas pessoas culpabilizam-se, outras transferem a culpa para algo externo a si mesmas (outras pessoas, à sorte ou à vontade de Deus). Contudo as investigações não têm sido consensuais, pois se por um lado é esperado que as pessoas que se culpabilizam, tenham fortes sentimentos de culpa e autorrecriação e, por isso, mais dificuldade de adaptação às suas condições do que os segundos. Por outro lado, culpar outra pessoa pode conduzir à experiência de sentimentos intensos de raiva, o que conduz igualmente ao desajustamento (Sarafino, 2002). Muitos indivíduos sentem-se desamparados, desde o início da hospitalização, mas outros tentam exercer controlo e não são bem-sucedidos. Através das repetidas tentativas de controlo, muitas pessoas aprendem a ser desamparadas em contexto hospitalar, não realizando esforços para modificações quando o controlo é, na realidade, possível (Sarafino, 2002).

Segundo uma investigação realizada por Francisco, Carvalho e Batista (2008), demonstrou que a utilização de estratégias de coping instrumentais por parte dos indivíduos é predictor de uma adaptação emocional mais eficaz, devido aos efeitos indiretos e diferenciados do otimismo e pessimismo.

Apesar de diversos métodos de preparação psicológica para a cirurgia serem considerados benéficos, as abordagens mais eficazes são aquelas que proporcionam um sentido de controlo sobre a situação ou o processo de recuperação (Anderson & Masur, 1983; Mathews & Ridgeway, 1984; Thompson, 1981, *cit in* Sarafino, 2002):

- Controlo comportamental: capacidade para reduzir o desconforto ou promover a recuperação durante ou após os procedimentos médicos, através de determinados comportamentos como a respiração diafragmática, por exemplo.

- Controlo cognitivo: saber como se focar nos benefícios dos procedimentos médicos e não nos aspetos desagradáveis.

- Controlo informacional: adquirir conhecimento acerca dos acontecimentos e/ou sensações durante ou após os procedimentos médicos (Sarafino, 2002).

Os indivíduos podem adquirir o conhecimento destes tipos de controlo de diversas formas: através da discussão com os profissionais, lendo, etc

## **12 Tratamento cirúrgico e aspetos emocionais e psicossociais relacionados**

Os cuidados devem centrar-se especificamente sobre os aspetos emocionais antes da cirurgia e aspetos psicossociais, incluindo a recuperação física antes da alta.

Diversas características (demográficas, clínicas e funcionamento emocional) distinguem os pacientes que desenvolveram ou não dor significativa. No entanto, quando as análises multivariadas foram realizadas para controlar as associações entre essas medidas, apenas uma maior ansiedade pré-operatória revelou uma contribuição independente para prever ambos os desfechos de dor aguda. Idade mais jovem e não ser casado, demonstraram uma contribuição adicional independente para prever dor persistente e aguda, clinicamente significativa. Assumindo que estes efeitos são causais, sugere-se que a investigação deveria examinar se a intensidade da dor aguda ou duração ou ambas pode ser diminuída por intervenções pré-operatórias que reduzem a ansiedade e avaliações negativas sobre as implicações da cirurgia. Essas intervenções podem incluir técnicas específicas para lidar com a dor aguda, como treinamento de relaxamento, bem como a educação e aconselhamento para reduzir o stress sobre o cancro de mama e seu tratamento, tanto quanto possível (Katz, Poleshuck, Andrus, Hogan, Jung, Kulick & Dworkin, 2005).

Relativamente ao último ponto, a recuperação física antes da alta, os pacientes cujo tumor está localizado no útero, os pacientes desempregados e os

pacientes com complicações pós-operatória foram considerados mais vulneráveis. A recuperação física leva, eventualmente, ao regresso às tarefas do quotidiano contudo, em muitos casos leva vários meses (Matsushita, Murata, Matsushima, Sakata, Miyasaka & Aso, 2007).

As variáveis psicológicas podem afetar a recuperação funcional após a cirurgia. A catastrofização acerca do sofrimento está negativamente associada e o otimismo e autoeficácia estão positivamente associados com a rapidez da recuperação funcional após diversos tipos de intervenção cirúrgica. O predictor psicológico mais importante parece ser o medo da cirurgia. A identificação dos pacientes com elevados níveis de medo e subsequentemente a redução desse medo pode promover a recuperação e reduzir o risco de respostas adversas (Peters, Sommer, Rijke, Kessels, Heineman, Patijn, Marcus, Vlaeyen & Kleef, 2007).

Relativamente à experiência psicológica após a cirurgia para o cancro da mama, muitas mulheres experienciam ansiedade relacionada com a sua situação oncológica que pode repercutir-se negativamente ao nível da sua qualidade de vida e funcionamento emocional durante o ano pós-cirúrgico. Os sintomas, como por exemplo os pensamentos intrusivos podem ser reduzidos durante esse período através de uma intervenção cognitivo-comportamental, estruturada e de grupo (Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre, Urcuyo, Phillips, Smith, Petronis, Guellati, Wells, Blomberg & Carver, 2006).

Carr, Brockbank, Allen & Strike (2006), no seu estudo, encontraram elevados níveis de ansiedade do que o que era relatado anteriormente em pacientes ginecológicos. Existe uma incerteza na literatura no que diz respeito ao período de tempo em que os procedimentos cirúrgicos afetam os níveis de ansiedade dos pacientes, mas os resultados da investigação destes autores sugerem que os níveis de ansiedade podem ser bastante elevados antes da admissão no hospital. Para além disso, as investigações com fim à resolução desta incerteza são necessárias devido à importância das implicações que esta situação acarreta para a prática clínica, bem como no que diz respeito ao período de tempo adequado (*timing*) para as intervenções psicológicas. Esta situação pode permitir a identificação de características específicas desta população vulnerável que se encontram particularmente em risco de virem a desenvolver elevados níveis de ansiedade, utilizando variáveis tais como ansiedade traço, tipo de cirurgia e sofrimento antes da hospitalização. Reconhecendo o suporte

que os outros pacientes são capazes de fornecer, através da filiação, e assegurando que os cuidados de enfermagem são individualizados, pode também revelar-se uma contribuição positiva (Carr, Brockbank, Allen & Strike, 2006).

Realizar uma mastectomia envolve eventuais dificuldades em aceitar a nova imagem corporal e ainda instabilidade ao nível emocional. Porém, ao realizar uma cirurgia conservadora, as mulheres demonstram-se emocionalmente instáveis na medida em que revelam receio de uma possível recorrência do cancro na parte da mama que permaneceu intacta (Patrão & Moura, 2012).

O pessimismo avaliado no momento do diagnóstico de cancro da mama foi o mais forte predictor de morbidade emocional, um ano após a cirurgia. Os sujeitos otimistas e pessimistas diferiam em relação aos indicadores de morbidade emocional. Desta forma, para o mais pessimista, maior o risco de ansiedade. Além disso, os pessimistas, que relataram o estilo de *coping* desamparo / desespero no momento do diagnóstico, sofreram um risco aumentado de depressão. Por outro lado, os otimistas com ansiedade pré-operatória normativa, tiveram um risco alargado de ansiedade durante um ano. Os profissionais de saúde devem, portanto, proporcionar uma intervenção que visa prevenir ou aliviar a morbidade emocional, para os pessimistas, bem como pacientes com elevados níveis de ansiedade no momento do diagnóstico (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Resen, 2004).

### **13 Consequências decorrentes da intervenção cirúrgica**

Os tratamentos antineoplásicos incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia e todos poderão afetar a função ovárica e/ou uterina, com indução de infertilidade temporária ou definitiva. Cabe, então, aos profissionais de saúde manterem-se informados acerca das técnicas disponíveis, sendo também da sua responsabilidade a discussão deste tema com todas as doentes submetidas a tratamentos e sua referenciação para centros especializados caso desejem preservar a sua fertilidade (Lopes, 2010).

Na mulher, as intervenções cirúrgicas ginecológicas envolvem-se de aspetos peculiares, tendo um impacto significativo a diferentes níveis. Estudos sobre as consequências da histerectomia e anexectomia no plano emocional e psicossocial sugerem que a perda do útero e ovários e, conseqüente, cessação da função

reprodutora, podem repercutir-se negativamente ao nível do bem-estar psicológico e somático, relacionamento sexual e conjugal, autoestima, imagem corporal e identidade feminina. A cirurgia de exérese, com eventual comprometimento do funcionamento de órgãos vitais ou do aparelho reprodutor pode ser encarada pelos doentes como uma mutilação (Lopes, Ribeiro & Leal, 1999).

Preocupações sobre a menopausa precoce, sintomas da menopausa e infertilidade são comuns em mulheres jovens (idade  $\leq$  50 anos) o que leva a um elevado nível de angústia após o tratamento. O ganho de peso e inatividade física foram os resultados de saúde comuns em mulheres jovens. As mulheres mais jovens com cancro de mama foram encontradas para experimentar diferentes preocupações e psicossociais relacionados à menopausa, ganho de peso e inatividade física. Existe uma notória necessidade de mais investigação longitudinal, incluindo esforços de intervenção para controlar esses sintomas e resultados de saúde adversos (Howard-Anderson, Ganz, Bower & Stanton, 2012).

A perceção da imagem corporal, a atratividade e a feminilidade aumentam a depressão e reduzem a qualidade de vida, especialmente durante o primeiro ano de tratamento. Os serviços multidisciplinares que ajudam os sobreviventes de cancro melhoram a sua atratividade física e feminilidade ao ajudar a manter a perceção de uma imagem corporal positiva, a qual reduz sintomas depressivos que por sua vez pode contribuir para resultados positivos e melhor qualidade de vida (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012). Desta forma, é importante que os serviços de acompanhamento Psicológico estejam recetivos a estas pessoas para as ajudar a lidar com o seu próprio sofrimento e adaptação às mudanças decorrentes, de forma a contribuir para a cura dos sobreviventes de cancro da mama (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

#### **14 Intervenção Psicológica**

É também importante reforçar o papel da intervenção psicológica, como ponto-chave para uma adaptação e (con)vivência das pessoas com a sua situação de saúde (Antunes e Tapadinhas, 2008).

Muitos estudos testaram intervenções em grupos heterogéneos de pacientes, tais como diferentes tipos e fases de cancro, em diferentes etapas do seu tratamento

(Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre, Urcuyo, Phillips, Smith, Petronis, Guellati, Wells, Blomberg & Carver, 2006).

As intervenções psicossociais que fomentam a avaliação do otimismo, que constroem estratégias de *coping* e reforçam o suporte social, devem beneficiar as mulheres em tratamento do cancro da mama (Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre, Urcuyo, Phillips, Smith, Petronis, Guellati, Wells, Blomberg & Carver, 2006).

A intervenção pode passar por combinar as capacidades de aprendizagem e a experiências de exposição a membros do grupo de frequência semanal, oportunidades de role play e de observação de outros membros a modelarem novas avaliações, técnicas de relaxamento e estratégias de *coping*, tudo isto a acontecer num ambiente de grupo de apoio e suporte. De acordo com algumas investigações, podemos constatar que as mulheres que recebem intervenção cognitivo-comportamental de gestão do stress, reduzem significativamente os pensamentos intrusivos relacionados com o cancro, sendo que este efeito pode persistir até 9 meses após a intervenção. A intervenção cognitivo-comportamental na manutenção do stress tem um efeito reduzido, mas significativo nos sintomas de ansiedade generalizada (Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre, Urcuyo, Phillips, Smith, Petronis, Guellati, Wells, Blomberg & Carver, 2006).

O estudo apresentado por Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre, Urcuyo, Phillips, Smith, Petronis, Guellati, Wells, Blomberg e Carver (2006) foi o primeiro a demonstrar os efeitos da intervenção psicossocial na ansiedade em mulheres em tratamento para o cancro da mama.

A manutenção cognitivo-comportamental do stress causou uma descida dos níveis de ansiedade. Estes resultados sugerem a conveniência de obter medidas específicas para a experiência de cancro de medidas de *distress* geral. Parece importante, assim, para os investigadores incluir medidas que são sensíveis e específicas para a experiência de cancro da mama, particularmente ao testar situações relacionadas com a intervenção psicossocial (Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre, Urcuyo, Phillips, Smith, Petronis, Guellati, Wells, Blomberg & Carver, 2006).

Relativamente à intervenção em situação de hospitalização, um método efetivo para apoiar os pacientes, passa por fornecer acompanhamento psicológico durante este período (Sarafino, 2002).

Concluindo, a psicologia desempenha um papel relevante na compreensão do cancro, uma vez que incide nas crenças e comportamentos que podem estar relacionados com o cancro e ainda ao nível das consequências psicológicas, tratamento de sintomas, melhoria na qualidade de vida, intervalos livres de doença e longevidade (Ogden, 2004).

Em suma, a adaptação Psicológica à doença oncológica deve ser considerada um processo dinâmico que envolve a utilização de estratégias que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e com a perceção de falta de controlo sobre a situação, o que leva a que recorram a estratégias que têm como objetivo a resolução do problema (Varela & Leal, 2007). É importante realizar um rastreio o mais precoce possível, que poderá contribuir para a prevenção da morbilidade psicológica. Para além disso, evidenciam a necessidade de se promover as estratégias de *coping* eficazes, como o espírito de luta e, mediar o suporte social benéfico, no sentido da intervenção se centrar na estimulação de um suporte social adequado às necessidades das mulheres, bem como na aplicação de recursos pessoais válidos e já utilizados em acontecimentos de vida passados (Patrão, Leal e Maroco, 2012).

A maioria dos sobreviventes de cancro da mama não experimenta um período de adaptação alargado e com sintomas psiquiátricos. Isso não significa, no entanto, que a vida dos sobreviventes de cancro volte ao normal após o término do tratamento. Ao contrário, muitas mulheres demonstram pelo menos ansiedade moderada relacionada com o cancro e relatam preocupações significativas sobre sintomas físicos em curso, a possibilidade de uma recorrência do cancro, e como reconstruir um "novo normal". Por, exemplo, alguns resultados também sugerem que as mulheres mais jovens sobreviventes de cancro de mama podem estar em risco de perigo elevado após o tratamento. Tentar voltar de novo à vida normal é também uma fonte significativa de *distress* nas mulheres, assim como criar um "novo normal". Voltar ao normal pode não ser fácil ou realista, e as mulheres podem necessitar de educação adicional com base nas mudanças físicas e nos efeitos emocionais. Os profissionais de saúde devem estar cientes destes fatores de risco e talhar intervenções alvo para as vulnerabilidades associadas que possam ajudar as sobreviventes do cancro da mama a melhor ultrapassar o pós-tratamento e a criar um

satisfatório "novo normal" (Costanzo, Lutgendorf, Mattes, Trehan, Robinson, Tewfik & Roman, 2007).

## 15 Referências Bibliográficas

- Alves, M. L. M., Pimentel, A. J., Guaratini, A. A., Marcolino, J. A. M., Gozzani, J. L. & Telles Mathias, L. A. S. T. (2007). Ansiedade no Período Pré-Operatório de Cirurgias de Mama: Estudo Comparativo entre Pacientes com Suspeita de Câncer e a Serem Submetidas a Procedimentos Cirúrgicos Estéticos. *Rev Bras Anesthesiol*, 57 (2), 147-156
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Kutz, L. A., MacCallum, R., Courtney, M. E. & Glaser, R.. (1998). Stress and Immune Responses After Surgical Treatment for Regional Breast Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 90 (1), 30-36
- Antunes, R. & Tapadinhas, A. R. (2008). Autoeficácia em doentes oncológicos. Ata do 7º Congresso Nacional de Psicologia para a Saúde
- Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Smith, R. G., Petronis, V. M., Guellati, S., Wells, K. A., Blomberg, B. & Carver, C. S. (2006). Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusions and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Am J Psychiatry*, 163 (10), 1791-1797
- Araújo, T. V. B. & Aquino, E. M. L. (2003). Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 19(2), 407-417
- Bergamasco, R. B. & Angelo, M. (2001). O Sofrimento de Descobrir-se com Câncer da Mama: Como o Diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 277-282 In Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu S. & Lauren A. Chapman L. A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. Retirado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2012.684856>

- Blanco, A. Antequera, R. & Aires, M. D. M. (2002). Percepção subjetiva del cáncer. In Dias, M. R. & Durá, E. (2002). Territórios da Psicologia Oncológica. Ed. 1 Climepsi Editores: Lisboa
- Brady, S. S. & Helgeson, V. S. (1999). Social Support and Adjustment to Recurrence of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(2), 37-55
- Carpenter, J. S. (1997). Self-esteem and Well-being Among Women with Breast Cancer and Women in an Age-Matched Comparison Group. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(3/4), 59-80
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S. & Strike P. (2006). Patterns and Frequency of Anxiety in Women Undergoing Gynaecological Surgery. *Listening to Patients, Journal of Clinical Nursing* 15, 341-352
- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. & Mortimer, J. (2005). Change in Need for Psychosocial Support for Women with Early Stage Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 65-77
- Constanzo., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik & Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625 - 1631
- Cruz, C. F. (2011). Projeto de uma clínica de imagiologia dedicada à mama. Mestrado Integrado em Bioengenharia - Engenharia Biomédica. Orientador: Prof. João Manuel R. S. Tavares (Ph.D) Coorientador: Isa C. T. Santos
- DeCherney, A. L. & Nathan, L. (2005). *Current Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento*. (9Ed.) McGraw-Hill

- Francisco, J., Carvalho, M. & Batista, A. (2008). Otimismo, estratégias de coping e ajustamento emocional em indivíduos com doenças do foro oncológico. Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
- Gennari, R., Curigliano, G., Rotmensz, N., Robertson, C., Colleoni, M., Zurrada, S., Nole, F., Braud, F., Orlando, L., Leonardi, M. C., Galimberti, V., Intra, M., Veronesi, P., Renne, G., Cinieri, S., Audisio, R. A., Luini, A., Orecchia, R., Viale, G. & Goldhirsch, A. (2004). Breast Carcinoma in Elderly Women of Disease Presentation, Choice of Local and Systemic Treatments Compared with Younger Postmenopausal Patients. *American Cancer Society*, 101 (6), 1302- 1310
- Hespanhol, A. P., Couto, L., Martins, C. & Viana, M. (2009). Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). *Rev Port Clin Geral*, 25, 242-252
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C. & Antônio Luiz Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 239-254
- Holly, P., Kennedy, P., Taylor, A. & Beedie, A. (2003). Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: a preliminary study. *Psychology, Health & Medicine*, 8 (4), 441-452
- Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E. & Stanton, A. L. (2012) Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst*
- Lambrou, N. C., Morse, A. N. & Wallach, E. E. (2001). Manual de Ginecologia e Obstetrícia de John Hopkings. 1º Ed. Porto Alegre: Artmed Editora

- Levine, E. G. & Silver, B. (2007). A Pilot Study: Evaluation of a Psychosocial Program for Women with Gynecological Cancers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3), 75-98
- Lieberman, M. A. & Goldstein, B. A. (2006). Not all Negative Emotions are Equal: The Role of Emotional Expression in Online Support Groups for Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168
- Lopes, S. P. F. (2010). *Preservação da Fertilidade em Doentes Oncológicos*. Mestrado Integrado em Medicina. Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa
- Lopes, H. B., Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. P. (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3 (17), 483-497
- Katz, J., Poleshuck, E. L., Andrus, C. H., Laura A. Hogan, L. A., Jung, B. F., Kulick, D. I. & Dworkin, R. H. (2005). Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*, 119, 16-25
- Kinsinger, S. W., Mcgregor, B. A., Bowen, D. J. (2009). Perceived Breast Cancer Risk, Social Support, and Distress Among a Community-Based Sample of Women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27, 230-247
- Kim, Y., Kashy, D. A., Wellisch, D. K. Spillers, R. L., Kaw, C. K. & Smith, T. G. (2008). Quality of Life of Couples Dealing with Cancer: Dyadic and Individual Adjustment among Breast and Prostate Cancer Survivors and Their Spousal Caregivers. *ann. behav. med.*, 35, 230-238
- Kohlsdorf, M. & Junior, A. L. C. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 25(3), 417-429

- Kroenke, C. H., Chen, W. Y., Rosner, B. & Holmes, M. D. (2005). Weight, Weight Gain, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol* 23(7).1370-1378
- Maio, M. D. & Perrone, F. (2003). Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*,1 (44), 1-9
- Matsushita, T., Murata, H., Matsushima, E., Sakata, Y., Miyasaka, N. & Aso, T. 2007. Quality of Life in Gynecological In patients Undergoing Surgery. *Health Care for Women International*, 28, 828-842
- Mendes, A. S., Mateus, F., Nogueira, J., BRANCO, L.,Rodrigues, J., Dias, S. S., Nunes, L. & Torgal, J. (2011). CANCRO DA MAMA NA ILHA DO PICO (1998-2008). Uma Perspetiva Epidemiológica. *Ata Med Port*, 24, 687-694
- Mosher, C. E. & Danoff-Burg, S. (2005). A Review of Age Differences in Psychological Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 101-104
- Neves-e-Castro, M. (2006). Menopausa e Tratamentos Hormonais: os riscos cardiovasculares e de cancro da mama. *Endocrinologia Metabolismo & Nutrição*, 15(1), 17-19
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2º Ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Pacurar, R., Miclaus, C. & Miclaus, M. (2011). Morbidity associated with breast cancer therapy and the place of physiotherapy in its management. *Timisoara Physical Education and Rehabilitation Journal*, 3 (6), 46-54
- Patrão, I. A. M. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde

- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 53-73
- Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1 (1), 33-55
- Patrão, I. & Moura, M. J. (2012). O amor dentro do meu peito. Viver com cancro da mama. A mulher e a família. 1º Ed. Planeta
- Perna, F. M., Craft, L., Freund, K. M., Skrinar, G., Stone, M., Kachnic, L., Youren, C., Battaglia, T. A. (2010). The Effect of a Cognitive Behavioral Exercise Intervention on Clinical Depression in a Multiethnic Sample of Women with Breast Cancer: a Randomized Controlled Trial. *Ijsep*, 8,30-47
- Pinelo, S., Petiz, A., Domingues, C., Lopes, C., Alves, A. & Fael, R. (2006). Exenteração pélvica no cancro ginecológico. Retrospectiva de dez anos. *Ata Med Port*, 19, 99-104
- Rea, M. F (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 142-146
- Reeves, G. K., Patterson, J., Vessey, M. P., Yeates, D. & Jones, I. (2000). Hormonal and other Factors in Relation to Survival among Breast Cancer Patients. *Int. J. Cancer (Pred. Oncol.)*, 89, 293-299
- Registo Oncológico Nacional 2001 (2008). Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Retirado de [http://www.ipoportor.min-saude.pt/Downloads\\_HSA/IPOP/RO\\_Nacional\\_2001.pdf](http://www.ipoportor.min-saude.pt/Downloads_HSA/IPOP/RO_Nacional_2001.pdf)
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41

- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Gail E. Wyatt, G. E. & Patricia A. Ganz, P. A. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, (17), 1422-1429
- Saghir, N. S. E, Seoud, M., Khalil, M. K., Charafeddine, M., Salem, Z. K., Geara, F. B. & Shamseddine, A. I. (2006). Effects of young age at presentation on survival in breast cancer. *BMC Cancer*, 6 (194), 1-8
- Sarafino, E.P. (2002). Health Psychology. Biopsychosocial interactions. 4º Ed, John Wiley & Sons, Inc: New York
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação das Escalas de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças*, 4 (2), 185-204
- Schou, I., Ekeberg, Ruland, C. M., Sandvik, L. & Resen, R. K. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology* 13, 309-320
- Secção de Ginecologia Oncológica & Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2010). *Cancro Gincológico*. Reunião de Consenso Nacional: Coimbra
- Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C. Maislin, G., Cater, J., Cartwright-Alcarese, F., McSherry, C. B., Feurbach, R., Kowalski, M. O. & Rosedale, M. (2009). Differences in Physical, Emotional, and Social Adjustment of Intimate, Family, and Nonfamily Patient-Partner Dyads Based on a Breast Cancer Intervention Study. *Oncology Nursing Forum*, 36 (4), 185-197
- Silva, F., Carvalho, S., Milanezi, F. & Schmitt, F. C. (2008). Carcinoma da mama de tipo basal. *Ata Med Port* (21), 373-378

- Spector, D. J., Mayer, D. K., Knafl, K. & Pusic, A. (2011). Women's Recovery Experiences After Breast Cancer Reconstruction Surgery. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29,664-676
- Teixeira, J. A. C (2004). Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde-utentes. Notas didáticas. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620
- Tiezzi, D. G. (2007). Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 29(8), 428-434
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., Pinto, A., Correia, A., Gonçalves, D. & Ribeiro, L. (2010). A saúde mental das mulheres sobreviventes de cancro da mama portuguesas. In Pereira H., Branco, L., Simões, F., Esgalhado, G. & Afonso, R. M (1º Eds), *Educação para Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado* (pp.1092- 1100)
- Watts, K. J., Sherman, K. A., Mireskandari, S., Meiser, B., Taylor, A. & Tucker, K. (2011). Predictors of relationship adjustment among couples coping with a high risk of developing breast/ovarian cancer. *Psychology and Health*, 26 (1), 21-39
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (25), 479-48
- Vickberg, S. M. J. (2003). Locating Breast Cancer in the Context of Women's Lives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(2), 69-88

*Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.*