



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Perceção do Estado de Saúde, Ajustamento Psicológico e Conjugal em Mulheres com Cancro da Mama**

**Carolina Nascimento Abreu**

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

Orientador: Prof. Doutora Ana Isabel Cunha  
Coorientadoras: Prof. Doutora Marta Alves e  
Doutora Ana Rosa Tapadinhas

**Covilhã, Outubro de 2015**



Se a caminhada está difícil,  
é porque você está  
no caminho certo.  
Autor desconhecido



# Dedicatória

Aos meus pais e companheiro  
de vida por nunca deixarem  
de acreditar em mim.  
amo-vos do fundo  
do meu coração.



# Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer do fundo do coração à minha orientadora Dr.<sup>a</sup> Ana Cunha e coorientadora Dr.<sup>a</sup> Marta Alves pelo incansável apoio disponibilizado e por nunca me terem deixado ficar para trás. Sem elas, a conclusão deste trabalho não seria possível. São certamente as melhores!

Ao Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e todo o corpo clínico e administrativo do Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier, pela ajuda prestada durante a recolha de dados.

A todas as participantes do estudo. Que tenham força e determinação para vencerem esta luta.

À minha família por serem tudo para mim. À minha mãe por se sentar ao meu lado para que pudesse sentir-me acompanhada durante as horas de escrita. Ao meu pai por não deixar que fizessem barulho e por me apoiar à sua maneira. À minha tia Nelsa por incorporar aquela que deveria ser a minha profissão para não me deixar desistir.

A ti, meu amor, por todos os abraços na hora de desespero e por me fazeres ver que com amor tudo se pode vencer. Obrigada!

Às minhas colegas Mafalda Gaspar, Verónica Raulino e Clara Margaça por toda a ajuda.



## Resumo

Esta investigação tem como principal objetivo perceber qual a perceção do estado de saúde, ajustamento psicológico e conjugal de mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama. A amostra deste estudo é de 55 mulheres, com idades entre os 35 e 84 anos, com uma média de 56,18 e desvio padrão de 12,33. As mulheres que compõem a amostra, são utentes do Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier. Os instrumentos que integram o protocolo de investigação são três questionários de autorresposta: SF-36 (versão portuguesa de Ferreira, 2000), Escala de Ajustamento Mútuo (versão portuguesa de Lourenço e Relvas, 2003) e Hospital Anxiety and Depression Scale (versão portuguesa de Pais Ribeiro e colaboradores, 2007). As características sociodemográficas e clínicas foram avaliadas através de um questionário sociodemográfico. Através dos resultados obtidos concluiu-se que apenas existe relação entre algumas relações, nomeadamente entre a medida sumária física e o consenso mútuo e a depressão e a coesão mútua. Em todas as outras análises realizadas, não foram encontradas evidências para se estabelecer a influência entre elas.

## Palavras-chave

Cancro da mama, Ajustamento Conjugal, Ajustamento Psicológico, Perceção do Estado de Saúde



## **Abstract**

The main purpose of this research is to evaluate the health condition, marital status and psychological adjustment in women with a confirmed diagnosis of breast cancer. The sample of this study was made from 55 women, between the ages of 35 and 84 years, with an average of 56.18 and standard deviation of 12.33. All the women in the sample, are users of the Oncology service in São Francisco Xavier Hospital. The tools that make up the research protocol are three Auto-Reply inquiry : SF-36 (Portuguese version of Ferreira, 2000), Mutual adjustment Scale (Portuguese version of Lourenço and Relvas, 2003) and Hospital Anxiety and Depression Scale (Portuguese version of Pais Ribeiro, 2007). Socio-demographic and clinical characteristics were evaluated through a simple demographic questionnaire. According to the results there is only correlation between some relationships, the relationship between the physical and the summary measure mutual consensus and depression and mutual cohesion. In all the other analyses carried out, no evidence was found to establish the influence between them.

## **Keywords**

Breast cancer, Marital adjustment, Psychological adjustment, Perception of health status



# Índice

Introdução	1
<b>Capítulo I - O Cancro da Mama</b>	<b>3</b>
1.1. Caracterização e Epidemiologia	3
1.2. Fatores de risco	4
1.3. Sintomas e Diagnóstico	5
1.4. Tratamento	7
<b>Capítulo II - Funcionamento Psicológico e Doença Oncológica</b>	<b>9</b>
2.1. Impacto da Doença	9
2.2. Qualidade de Vida	12
2.3. Ajustamento psicológico	14
<b>Capítulo III - O Impacto da doença oncológica na Família com particular incidência no cônjuge</b>	<b>17</b>
3.1. O Impacto da Doença na Família nuclear	17
3.2. O Impacto na Relação Conjugal	18
<b>Capítulo IV - Metodologia</b>	<b>25</b>
4.1. Apresentação do Estudo	25
4.2. Participantes	26
4.3. Caracterização da Amostra	26
4.4. Instrumentos	30
4.5. Procedimentos	34
4.6. Análises Estatísticas	34
<b>Capítulo V - Resultados</b>	<b>37</b>
5.1. Resultados prévios	37
5.2. Associação entre a percepção do estado de saúde e o ajustamento conjugal	38
5.3. Associação entre o ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão	38
5.4. Associação entre a percepção do estado de saúde e a ansiedade e depressão	39
5.5. Influência da fase do processo na percepção do estado de saúde, no ajustamento conjugal e ansiedade e depressão	39
5.6. Influência da idade da mulher na percepção do estado de saúde, no ajustamento conjugal e ansiedade e depressão	41
5.7. Discussão	43

5.8.Limitações do estudo	45
<b>Capítulo VI - Conclusão</b>	<b>47</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>49</b>
<b>Anexos</b>	<b>59</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Taxa de mortalidade relativa ao tumor maligno da mama (feminino) em Portugal continental entre 2007 e 2011 (Adaptado de DGS, 2013)

Tabela 2: Caracterização da amostra em função da idade, nacionalidade e habilitações literárias (n=55);

Tabela 3: Caracterização da amostra em função da situação familiar;

Tabela 4: Caracterização da amostra em função da situação profissional;

Tabela 5: Caracterização da amostra em função da condição clínica;

Tabela 6 – Tabela correspondente aos conceitos da Escala SF-36;

Tabela 7: Consistência interna da escala SF-36 da versão portuguesa (adaptada de ferreira, 1998)

Tabela 8 – Tabela correspondente à estrutura fatorial da EAM;

Tabela 9: Análise da Consistência Interna das escalas SF-36, EAM e HADS

Tabela 10: Correlação de Spearman entre a percepção do estado de saúde e o ajustamento conjugal

Tabela 11: Correlação de Spearman entre a percepção o ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão

Tabela 12: Correlação de Spearman para percepção do estado de saúde e a ansiedade e depressão

Tabela 13: Teste de Mann-whitney U para a diferença da percepção do estado de saúde, ajustamento conjugal e ansiedade e depressão em função da fase do processo que a mulher se encontra (n=50)

Tabela 14: Teste de Kruskal-wallis para a diferença da percepção do estado de saúde, ajustamento conjugal e ansiedade e depressão em função da idade



## Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
CHLO	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
QDV	Qualidade de Vida
HSFX	Hospital São Francisco Xavier
OMS	Organização Mundial de Saúde
Cf.	Conforme
DGS	Direção Geral de Saúde
HADS	Hospital Anxi Depression Scale
EAM	Escala de Ajustamento Mútuo



## Introdução

O cancro é uma das doenças com um índice de mortalidade muito grande em todo o mundo e para a qual ainda não existe cura (Maia & Correio, 2008).

No nosso país, cerca de 40 a 45 mil pessoas recebem o diagnóstico de cancro anualmente, sendo que, entre 20 a 25 mil acabam por falecer, com uma maior incidência no sexo masculino (Barros, Lunet & Simões, 2004 citado por Maia & Correia, 2008). Segundo as estatísticas, os tumores são a segunda maior causa de mortalidade em Portugal, sendo os últimos dados correspondentes a 2012 (23,9%), sendo apenas ultrapassado pelas doenças do aparelho circulatório (30,4%), (INE). Atualmente, o cancro é considerado como um problema central de saúde pública (Barros & Lunet, 2006), daí a importância de aprofundar o conhecimento científico nesta área, para que se possa ajustar a intervenção psicológica a todas as mulheres que sofrem desta patologia.

Segundo Beers e colaboradores (2008) o cancro é a reprodução anómala de células que abandonaram os seus mecanismos de controlo normais e adquiriram um crescimento descontrolado. O impacto que o cancro traz à trajetória de vida de um sujeito, depende não só dos fatores relacionados com a doença, o tratamento e os efeitos tardios, mas também das circunstâncias de vida, como por exemplo os recursos pessoais, o estatuto socioeconómico e o suporte social (Carlsen, Dalton, Frederiksen, Diderichsen & Johansen, 2007). Assim, é importante que sejam feitas investigações nesta área em particular.

Este trabalho está dividido em seis capítulos. O primeiro está dedicado à contextualização do cancro da mama, onde são abordados temas como a caracterização e epidemiologia, os fatores de risco, os sintomas, o diagnóstico e o tratamento. No segundo capítulo estão presentes informações relativas ao funcionamento psicológico na doença oncológica, com especial incidência ao impacto psicológico, a qualidade de vida e o ajustamento psicológico. Relativamente ao terceiro capítulo, estão evidenciados o impacto da doença oncológica na família com particular incidência no cônjuge. O quarto capítulo dá início à metodologia utilizada nesta investigação, nomeadamente a apresentação do estudo, os participantes, a caracterização da amostra, os instrumentos, procedimentos e as análises estatísticas. O quinto capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos na presente investigação. Finalmente, o sexto e último capítulo, apresenta uma pequena conclusão acerca do tema.



## Capítulo I- O cancro da Mama

O cancro da mama é um dos tumores malignos mais comuns, com uma ocorrência muito mais elevada nas mulheres. É o tumor mais frequente no sexo feminino, sendo a principal causa de morte por neoplasia, entre os 35 e 54 anos (Pinheiro, 2002 citado por Coelho, 2008).

Tanto o diagnóstico como o tratamento, causam um misto de sequelas tanto psicossociais e físicas. Os efeitos psicológicos incluem ansiedade, culpa, revolta, medo de recorrência e depressão. Os efeitos físicos passam pela dor e mudanças físicas e funcionais (Coelho, 2008).

### 1.1. Caracterização e Epidemiologia

O cancro é uma doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de células transformadas (Almeida, Leitão, Reina, Montanari & Donicci, 2005). As células de cada parte do corpo podem vir a transformar-se em células cancerígenas, podendo espalhar-se para outras áreas do corpo humano. O cancro da mama é o cancro mais comum na mulher (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998) e apesar de ocorrer principalmente no sexo feminino, pode também ser detetado no sexo masculino. O cancro da mama é um tumor maligno que tem início nas células da mama, sendo que este tipo de células cancerígenas podem invadir o tecido circundante ou expandir-se para outras áreas do corpo (ACS, 2015). É classificado não só consoante o tecido lesado, em primeiro lugar, mas também atendendo à sua própria extensão. O cancro pode ter origem em várias zonas da mama, nomeadamente nas glândulas mamárias, nos canais mamários, no tecido adiposo ou no tecido conjuntivo (Beers et al., 2008).

Existem vários tipos de cancro da mama. O carcinoma *in situ* é, um tipo de cancro localizado, precoce e que não invadiu nem se disseminou para além do seu ponto de origem. Este tipo de cancro representa cerca de 15% do total dos diagnósticos de cancro da mama em determinados países (Beers et al., 2008). O carcinoma ductal *in situ* tem início nas paredes dos canais mamários, havendo a possibilidade de aparecer prévia ou posteriormente à menopausa. Este tipo de cancro, demonstra-se, muitas vezes, através de um inchaço, sendo o seu interior repleto de microcalcificações e pode ser detetado nas mamografias mesmo antes de ser palpável. Habitualmente, pode retirar-se o carcinoma por completo através da cirurgia. As estatísticas demonstram-nos que se

apenas for retirado o carcinoma, cerca de 25 % a 35 % das mulheres tende a desenvolver um cancro invasivo, no mesmo seio (ACS, 2015). Já o carcinoma lobular *in situ* tem origem nas glândulas mamárias e desenvolve-se geralmente antes da menopausa. Este tipo de carcinoma não é palpável, mas deteta-se frequentemente ao realizar uma mamografia devido à presença de massas ou de outras alterações distintas do carcinoma lobular *in situ*. Cerca de 25 % a 30 % das mulheres com este tipo de cancro, têm tendência a desenvolver cancro da mama invasivo, mesmo passados muitos anos, na mesma mama, na outra ou nas duas (ACS, 2015). Por fim, o Cancro da mama invasivo que pode ser confinado à mama (localizados) ou metastático (disseminam-se pelo corpo).

A evolução do cancro difere de mulher para mulher, ou seja, os cancros tanto podem ter uma evolução mais lenta, como ser mais agressivo com um maior crescimento (Beers et al., 2008).

Também em Portugal, o cancro da mama é o tumor com maior incidência no sexo feminino, sendo que tem havido um aumento progressivo deste tipo de cancro a nível europeu desde 2005 (DGS, 2013). A mortalidade não sofreu grandes alterações entre 2007 e 2011 (cf tabela 1).

Tabela 1:

Taxa de mortalidade relativa ao tumor maligno da mama (feminino) em Portugal continental entre 2007 e 2011 (Adaptado de DGS, 2013)

	2007	2008	2009	2010	2011
Taxa de mortalidade	28,9	28,8	29,4	29,9	29,5

## 1.2. Fatores de risco

Um fator de risco é qualquer fator que afeta a possibilidade de contrair a doença, não querendo dizer que ao ter o fator de risco se vá desenvolver a doença. Um dos fatores de risco mais frequentes no cancro de mama é o género, já que o simples facto de ser mulher é já um risco para que se desenvolva a doença, que é 100 vezes mais comum em mulheres do que em homens (ACS, 2015). O risco de desenvolver cancro da mama aumenta com a idade, pois um em cada oito cancros da mama evasivos são detetados em mulheres com idade inferior a 45 anos, enquanto dois em cada três cancros invasivos são detetados em mulheres com idade superior a 55 anos (ACS, 2015). Os fatores genéticos também contribuem para o risco de cancro, pois cerca de 5 a

10% dos casos de cancros da mama são tidos como sendo hereditários, ou seja, são resultados de mutações genéticas herdadas de um dos progenitores (Beers et al., 2008). Apesar de terem pouca influência no risco de vir a sofrer de cancro da mama, a menstruação precoce, a menopausa posterior aos 55 anos, uma gravidez tardia e a inexistência de gravidez faz com que aumente a probabilidade se houver uma relação entre os três primeiros fatores (McPherson, Steel & Dixon, 2000). O risco de cancro da mama é ainda maior quando os familiares diretos têm esta doença. Se os familiares de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) já desenvolveram a doença, a probabilidade de a contrair triplica, se for uma familiar de segundo grau, a probabilidade duplica (ACS, 2015). Uma mulher com cancro da mama num dos peitos, tem um risco acrescido de desenvolver um novo cancro no outro peito ou até mesmo noutra parte do peito já afetado, sendo que o risco aumenta quando o diagnóstico é realizado em mulheres mais jovens (Beers et al., 2008).

No geral, as mulheres de raça branca têm uma maior probabilidade de vir a contrair esta doença do que as mulheres Afro-americanas, apesar destas últimas terem um maior índice de mortalidade. As mulheres asiáticas, hispânicas e nativo-americanas têm um menor risco de desenvolverem a doença, mas uma vez contraída, a taxa de mortalidade é muito superior à média das outras raças, levando frequentemente à morte (Vernon, Tilley, Neale & Steinfeldt, 1985). São poucos os estudos que demonstram a relação entre os contraceptivos orais e o cancro da mama, mas são mais aqueles que demonstram que a toma prolongada deste tipo de medicamento aumenta a probabilidade de cancro. A reposição de estrogénio após a menopausa por um período prolongado também parece aumentar o risco de vir a desenvolver este tipo de cancro, apesar de não haverem dados concretos (McPherson, Steel & Dixon, 2000).

### **1.3. Sintomas e Diagnóstico**

Hoje em dia, os rastreios através da mamografia, permitem detetar os tumores antes destes causarem algum sintoma. Mesmo assim, alguns cancros não são detetados através destes exames de diagnóstico, sendo necessário ter em conta alguns sintomas, sendo o mais frequente um nódulo ou massa. Outros sintomas devem ser também tidos em conta, como a irritação do mamilo (total ou parcial), dores mamárias, retração do mamilo, secreção mamilar, vermelhidão ou escamação, pele rugosa ou com covas, alterações no formato da mama, rouquidão ou tosse constante e sensação de fraqueza

(ACS, 2015).

A presença de dor mamária sem que exista uma massa palpável não é indicadora de cancro, apesar de cerca de 10% das mulheres que sofrem deste tipo de cancro relatarem este sintoma. Em 80% dos casos a massa saliente é o primeiro sintoma percebido pela mulher. Esta massa, numa fase inicial pode deslocar-se devido ao toque. Geralmente em fases mais avançadas a massa acaba por fixar-se à pele que a reveste ([www.ligacontracancro.pt](http://www.ligacontracancro.pt)).

A deteção precoce do cancro da mama é muito importante visto que nestes casos a probabilidade do tratamento ter sucesso é muito maior. Para tal, é muito importante que a mulher tenha atenção e faça regularmente um autoexame mamário e que todo o processo de diagnóstico não seja realizado com longos períodos de espera ([www.ligacontracancro.pt](http://www.ligacontracancro.pt)).

A mamografia (feita regularmente principalmente em idades mais avançadas) é uma das outras técnicas para a deteção do cancro da mama numa fase inicial. Esta técnica é uma das mais importantes na deteção de massas irregulares nos seios, mas por vezes pode acusar um falso positivo, por isso é importante complementar com outros métodos para confirmar a doença. Os estudos atuais não demonstram que as mulheres mais novas beneficiem com a regularidade deste exame, mas as mulheres acima dos 40 anos devem realizar mamografia de 2 em 2 anos e anualmente a partir dos 50 anos. No entanto, a mamografia é infalível em apenas 75% dos casos, por isso é importante que se realize uma biopsia perante a possibilidade de existir cancro para confirmar ou não a existência da doença. A ecografia é também um método utilizado para a diferenciação entre, por exemplo, um tumor cheio de líquido (o quisto onde não é necessário tratamento) e uma massa sólida (necessidade de realizar uma biopsia) (DGS, sd).

Após a deteção de uma massa onde existe a possibilidade de ser cancerígena, é necessário realizar uma biopsia. Existem três tipos de biopsia: a biopsia por aspiração (aspiração de algumas células através de uma agulha), biopsia por incisão (retirada de uma pequena porção de tecido) e a biopsia por exérese (retirada de toda a massa). Regra geral não é necessário internamento para a realização deste exame de diagnóstico (Beers et al., 2008). Após a confirmação da existência de células cancerosas é necessário realizar-se exames complementares porque o tratamento vai depender das características destas mesmas células.

Na fase posterior à determinação das características do cancro, é necessário realizar uma análise minuciosa para determinar se o cancro se propagou para alguma outra parte

do corpo. Estes exames são também importantes para mais tarde poder haver termo de comparação (DGS, sd).

#### **1.4. Tratamento**

O tratamento para o cancro da mama geralmente tem início após a avaliação do estado da doença e após todos os procedimentos de diagnóstico terem sido efetuados. Apesar do tratamento ser realizado consoante o desenvolvimento da doença, tem sempre um grau de complexidade muito elevado (Beers et al., 2008).

O tratamento pode ser realizado através de radioterapia (eliminação das células cancerosas do local onde foi retirado o tumor e de uma pequena área envolvente.), cirurgia (localizada ou cirurgia com propagação do cancro), hormonoterapia (intervenção ao nível das hormonas que ativam o crescimento das células cancerígenas) e quimioterapia (conjunto de medicamentos que eliminam as células antes da sua multiplicação). Muitas das vezes, pode haver uma combinação de tratamentos para um melhor resultado. É necessário que nestes casos seja explicado à mulher todas as hipóteses de tratamento e todo o processo envolvente (ACS, 2015).

No que diz respeito à cirurgia, existem dois tipos, a cirurgia localizada/parcial e a mastectomia. O tratamento localizado é geralmente o primeiro tratamento realizado após o diagnóstico e tem como objetivo retirar o máximo de volume possível do tumor, ou seja, é retirada apenas uma parte da mama, aquela onde o tumor está situado. Pode ser retirado juntamente com o tecido em volta do tumor (lumpectomia), a retirada com uma maior quantidade de tecido (excisão ampla) ou a retirada de um quarto do peito (quadrantectomia). Este tipo de cirurgia é mais eficiente quando o tumor é mais reduzido (ACS, 2015).

A mastectomia pode ser simples ou radical. A simples, passa pela retirada completa do tecido mamário, deixando apenas o músculo para que possa cobrir a ferida e haja uma reconstrução mamária mais facilitada. Este tipo de cirurgia é indicado para cancros que estejam difundidos nos canais devido à grande probabilidade de reincidência no mesmo peito.

A variante designada de mastectomia radical modificada, em que são também retirados os gânglios linfáticos da axila pois as células cancerosas tendem a expandir-se para essa zona. Por fim, pode ser realizada ainda mastectomia radical onde são retirados os músculos do peito subjacentes ou outros tecidos (Beers et al., 2008).

A reconstrução mamária pode ser realizada de três formas, a saber, o implante de silicone, de soro fisiológico ou de tecido recolhido de outras partes do corpo. Atualmente, já existem locais onde a mulher pode optar por realizar a reconstrução na mesma cirurgia da mastectomia (Beers et al., 2008).

Os tratamentos através de fármacos podem seguir-se às cirurgias ou podem realizar-se antes da mesma. A quimioterapia tem como objetivo destruir as células cancerígenas e tem a função de atrasar a reincidência do cancro, possibilitando um aumento da esperança de vida ou até a cura em alguns casos, não havendo uma confirmação concreta. A compilação de vários tratamentos quimioterapêuticos têm uma maior eficácia, mas sem a cirurgia a possibilidade de cura é nula. Os principais efeitos colaterais deste tratamento passam por náuseas, vômitos, cansaço, perda do cabelo e feridas a nível bucal. A intensidade dos mesmos varia não só conforme a dosagem do tratamento mas também de acordo com o sistema de cada paciente. A mulher, durante o tratamento, está mais vulnerável a infeções e hemorragias, que podem conduzir à morte devido à sua fragilidade. (ACS, 2015).

A radioterapia consiste no uso de raios energéticos com objetivo de destruir as células cancerígenas. É habitual realizar-se após a cirurgia mas quando são tumores de grande dimensão, pode utilizar-se antes da mesma com o objetivo de diminuir a massa maligna (Maughan, Lutterbie & Ham, 2010).

A terapia hormonal é outra forma de terapia. É mais frequentemente utilizada como terapia adjuvante na redução do risco de retorno do cancro após a cirurgia. A maior parte destes tratamentos têm como objetivo diminuir ou parar a produção de estrogénio na ação junto do tumor, apenas sendo útil em cancros cujo recetor hormonal seja positivo (ACS, 2015).

## **Capítulo II – Funcionamento Psicológico e Doença Oncológica**

O diagnóstico de cancro é um acontecimento marcante na vida de qualquer pessoa, que pode implicar uma experiência de crise associada, com uma duração imprevisível, acarretando ao mesmo tempo consequências psicossociais negativas (Patrão & Leal, 2004). Apesar de haver uma diminuição da taxa de mortalidade, a doença traz sempre consigo sentimentos de angústia, tristeza, medo e algumas vezes ansiedade e depressão não só nas mulheres mas também nos seus familiares (Remondes-Costa, Jimenéz, Pais-Ribeiro, 2012). Por isso, é importante a intervenção da Psicooncologia que tem como foco da sua intervenção não só as reações psicológicas de pacientes com cancro mas também dos seus familiares em todos os estágios da doença, tendo em conta contextos psicológicos, sociais e comportamentais (Holland & Weiss, 2010 citado por Pereira & Alves, 2013).

### **2.1. Impacto psicológico**

Atualmente, o cancro é das doenças mais relacionadas com a morte e que mais ameaça a integridade não só física mas também psicológica de um indivíduo, alterando a forma como os indivíduos veem o ambiente circundante. Como tal, é inevitável que surjam alterações num sujeito com diagnóstico de cancro, mas as fases seguintes são as que diferenciam os sujeitos, ou seja, a forma como um sujeito lida com os vários fatores da doença (sintomas, tratamentos, consequências, etc.) varia de pessoa para pessoa, sendo os comportamentos/reações seguintes imprevisíveis (Aapro, 1987 citado por Figueiredo 2007).

Podemos dividir o curso da doença em três fases para uma melhor compreensão das reações psicológicas possíveis no sujeito. A primeira fase é designada por “diagnóstico” e é quando os sentimentos de raiva, protesto e depressão podem desenvolver-se. Nesta fase há também uma busca de informações acerca da patologia e as possibilidades de tratamento para que possam perceber todo o processo. São também inevitáveis os pensamentos acerca da morte, sendo considerado pelo paciente um desfecho provável (Pereira & Lopes, 2002, citado por Figueiredo, 2007). A segunda etapa apontada é a fase de tratamento, onde já se deve poder verificar uma aceitação da doença por parte do paciente; o apoio de familiares ou de outras pessoas significativas para a paciente, está diretamente relacionado com uma maior facilidade na aceitação da doença. São também características desta fase sentimentos de ansiedade, depressão e desespero (Murard,

1996 citado por Figueiredo, 2007), que se agravam com as perdas associadas aos tratamentos (ex. mastectomia). Por fim, a última fase (seguimento/follow-up) é caracterizada pelo medo constante de que haja metastização. Este medo vai-se desvanecendo à medida que o paciente vai retomando as suas atividades diárias (Figueiredo, 2007). As consultas de seguimento são importantes pelo facto de trazerem à paciente uma segurança acrescida, principalmente nos primeiros meses de follow-up (Cornelius, 2000 citado por Figueiredo, 2007).

As principais consequências psicológicas em pacientes com cancro da mama são, segundo White e Macleod (2002 citado por Araújo, 2011) a depressão, a ansiedade e as perturbações neuropsiquiátricas. Num estudo realizado por Derogatis e colaboradores (1983) onde participaram 20500 mulheres com cancro, foi possível apurar que 47% da amostra apresentava psicopatologia. Destas, 44% tinham diagnóstico de perturbação clínica, sendo que 3% eram perturbações da personalidade, 13% de depressão e 4% de perturbação de ansiedade.

Spijker, Trijsburg e Duivenvoorden (1997), sugerem que as perturbações evidenciadas pelos doentes com cancro, não diferem significativamente, quando há uma comparação com pessoas sem doença cancerígena, dizendo ainda que a taxa de patologia psiquiátrica é superior no último grupo referido. Num estudo de Almanza-Muñoz e Holland (2000) foi possível apurar que cerca de 50% da amostra tem uma reação e adaptação dita normal, apesar de nos paciente hospitalizados, 2% apresentam distúrbios de ansiedade, 3% distúrbios da personalidade, 4% distúrbios mentais orgânicos, 6% depressão e 32% apresentam transtornos de adaptação. Nos pacientes em regime ambulatorio, os principais distúrbios detetados foram depressão major em 22% da amostra, um misto de ansiedade e depressão em 17% dos pacientes, distúrbios com adaptação e depressão em 14%, distúrbios afetivos secundários ao cancro em 12% e distímia em 8% da amostragem.

Segundo Maia e Correia (2008), os pacientes têm tendência a experienciar várias consequências ao longo de todo o processo, sendo mais frequente que a ansiedade surja durante todo o processo de diagnóstico e a depressão no final do processo de tratamento e integração nas atividades do quotidiano. A depressão é uma patologia frequente nas pacientes com cancro da mama (25%), estando relacionada com a incapacidade física, dor, fase da doença, efeitos secundários do tratamento e o próprio tratamento. Já a cirurgia e a quimioterapia, são considerados uma fonte de depressão iatrogenicamente induzida, derivado aos efeitos colaterais negativos, incluindo os sintomas físicos e

perturbações a nível da imagem corporal (Araújo, 2011).

Como referido anteriormente, a ansiedade é uma perturbação verificada frequentemente em pacientes com cancro, sendo mais comum nesta patologia do que nas outras doenças crónicas ou até mesmo na população em geral (Araújo, 2011). Segundo um estudo de Nezu e Nezu (2007) foi possível apurar que 27% das mulheres apresentavam ansiedade moderada a grave, comparativamente ao grupo de controlo. Vários estudos indicam ainda que a ansiedade pode ser mais elevada em determinadas fases da doença, nomeadamente na fase de diagnóstico e até um ano após a cirurgia (fase em que há uma diminuição da ansiedade) (Araújo, 2011). Sousa, Guerra e Lencastre (2015) encontraram taxas de 28,2% de sintomatologia ansiosa e de 9,4% de sintomatologia depressiva numa amostra de mulheres com cancro de mama. A evidência de valores mais baixos nos sintomas depressivos é também corroborada pelos estudos de Silva e colaboradores (2010 citado por Sousa, Guerra & Lencastre, 2015) que sugerem que os sintomas de ansiedade são os mais comuns perante o diagnóstico desta patologia. Estes dois fatores são influenciadores da avaliação da qualidade de vida, pois segundo o estudo de Sousa, Guerra e Lencastre (2015), quanto maiores os índices de ansiedade e depressão pior é a sua avaliação da qualidade de vida.

Quando é mencionado ao paciente a necessidade de realizar algum tipo de tratamento, o doente, imediatamente inicia uma reflexão não só acerca dos aspetos positivos e negativos de todo o processo mas também dos ganhos e das perdas adquiridas pelo tratamento (Gameiro, 1999 citado por Figueiredo, 2007). No que diz respeito às representações que o tratamento traz, Garcia, Wax e Chwartzmann (1996, citado por Figueiredo 2007) dizem-nos que, por exemplo, a retirada de um seio ou de um órgão genital pode representar para a mulher uma mutilação, podendo ainda haver um sentimento de repulsa (Santos, 1995 citado por Figueiredo, 2007), conduzindo a altos níveis de perturbação emocional (Moreira & Canavarro, 2011). Também esta ideia associada a um tratamento de quimioterapia é, na maior parte dos casos, assustadora, visto que os efeitos secundários da mesma podem ser devastadores para a paciente, quer seja nos sintomas físicos como nas significativas alterações corporais (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001 citado por Figueiredo, 2007).

Num estudo realizado por Sales e colaboradores (citado por Araújo, 2011), com mulheres que realizaram tratamento contra o cancro, verificou-se que, no que diz respeito ao funcionamento social, as mudanças ao nível do trabalho, atividades de lazer, relações familiares e sociais são provocadas mais acentuadamente por problemas

psicológicos e não por problemas físicos. Existem ainda um leque de autores que defendem que as crenças, quer sejam elas positivas ou negativas, acerca dos tratamentos, influenciam diretamente os resultados obtidos, como é o caso de Horne (1998, citado por Figueiredo, 2007), que acrescenta ainda que as crenças negativas sobre os tratamentos implicarão os resultados desfavoráveis, tanto os físicos como os emocionais. Ribeiro (2008 citado por Figueiredo, 2007), acrescenta ainda que o tipo de cancro é uma variável muito importante para a estabilidade emocional do indivíduo, pois as expectativas de sobrevivência são diferentes de cancro para cancro.

O tema do investimento na aparência tem sido um pouco descurado, mas Carver e colaboradores (1998 citado por Moreira & Canavarro, 2011) desenvolveram alguns estudos nesta área que indicaram que o impacto emocional da cirurgia seria superior nas mulheres onde a autoestima tem uma dependência na aparência, ou seja, o investimento pode ser considerado um fator de vulnerabilidade num conjunto de dificuldades psicológicas após a cirurgia. Este estudo mostrou ainda que o investimento na aparência funcionou como um protetor, visto que amenizou o impacto negativo que a doença implicaria na perceção de atratividade e deseabilidade sexual da mulher. Lichtenthal, Cruess, Clark e Ming (2005) avaliaram também a influência do investimento, constatando, pelo contrário, que as mulheres que mais investiam na aparência, mostravam níveis mais baixos de adaptação, medidos não só pelo stress percebido mas também pela fadiga. Por outro lado, Petronis, Carver, Antoni e Weiss (2003) concluíram que o investimento na sua aparência não predizia níveis superiores de perturbação emocional, levantando então algumas questões acerca da importância do investimento na aparência como fator de vulnerabilidade para uma adaptação inferior à doença.

## **2.2. Qualidade de Vida**

Quando nos referimos ao impacto que o cancro traz às diferentes áreas da vida da mulher, falamos obrigatoriamente da qualidade de vida da mulher (Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012). Não existe ainda uma coerência na definição de Qualidade de Vida (QDV), mas a que mais une os investigadores da área é o facto de a QDV depender da satisfação que o sujeito tem do nível de funcionamento em comparação com aquele que é possível (Patrão & Leal, 2004). O conceito de qualidade

de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, é a perceção que o sujeito tem da sua posição na vida, na cultura, nos sistemas de valores, onde o individuo vive em relação com as suas expetativas, preocupações, objetivos e padrões (Makluf, Dias & Barra, 2006). Este conceito apresenta seis domínios essenciais, sendo eles: a) saúde física (onde se insere também a dimensão sexual), b) saúde psicológica (onde se insere a imagem pessoal e a aparência), c) nível de independência, d) relações sociais, e) ambiente e f) crenças pessoais (Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012). Este conceito é extremamente importante na oncologia, visto que a forma como as pessoas poderão falecer e a qualidade dos cuidados prestados na última fase da doença, são influenciadores da qualidade de vida do paciente (Oliveira & Pimentel, 2006).

Assim, a qualidade de vida de uma paciente com cancro da mama, pode ser afetada por alguns fatores, nomeadamente, os efeitos secundários provindos dos tratamentos, a severidade do cancro, a etapa do ciclo vital em que a mulher se encontra, a cirurgia realizada e os seus meios próprios para lidar com a doença (Knobf, 2007 citado por Moreira, Silva & Canavarro, 2009). É importante perceber qual a perspetiva da mulher relativamente à sua doença e qualidade de vida, pois assim, é possível perceber as suas representações acerca da patologia, para uma melhor prestação de cuidados (Favoreto & Cabral, 2009).

Segundo o estudo desenvolvido por Bloom, Kang, Petersen e Stewart, (2007, citado por Araújo, 2011), as sobreviventes descrevem uma menor qualidade de vida do que a amostra do grupo de controlo, nomeadamente, dores no braço (i.e., perda da sensação), rigidez, fraqueza e cansaço. Foram encontrados ainda sintomas de stress pós-traumático, depressão e preocupação a nível do futuro. Pelo contrário, uma melhor qualidade de vida mental está relacionada com redução de sintomas crónicos, sintomas físicos, mais apoio emocional, sentido de propósito, sentimento de controlo pessoal e maior satisfação com o atendimento médico. Segundo o mesmo estudo, o domínio social da qualidade de vida encontra-se ligado às preocupações, nomeadamente à falta de interesse sexual, dificuldade em atingir o orgasmo, secura vaginal, incapacidade de disfrutar da relação sexual ou sintomas da menopausa.

Apesar de, em alguns estudos, determinados domínios específicos da QdV sejam afetados (Araújo, 2011), de uma forma geral, os estudos na área têm apontado para uma qualidade de vida global favorável alguns anos após o diagnóstico, sendo, muitas vezes, igual ou superior à das mulheres que não têm histórico cancerígeno (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro (2012), apuraram através

de um estudo que a maioria das mulheres que participaram tinham uma auto percepção boa e razoável da sua saúde, considerando assim a sua qualidade de vida razoável apesar de lhes ter sido diagnosticado cancro.

### **2.3. Ajustamento Psicológico**

A doença oncológica é atualmente a doença mais temida nas populações e traz uma carga negativa muito grande ao portador, não só pelo sofrimento inerente (físico e psicológico) e a sua associação à morte, mas também pelo processo em si, desde o diagnóstico até ao prognóstico (Vianna, 2004). Esta doença provoca não só alterações emocionais e psicológicas, mas também sociais difíceis de ultrapassar; a forma como o sujeito reage à situação, depende ainda de inúmeras variáveis, como por exemplo: o momento de vida que atravessa (situação profissional, estado civil, etc.), as experiências vividas e os preconceitos socioculturais que têm um papel estigmatizador. Todas estas variáveis desempenham um papel muito importante e contribuem para desenvolvimento ou não da psicopatologia associada no doente oncológico (Figueiredo, 2007).

Deste modo, entende-se que o ajustamento psicológico é um processo dinâmico e funcional que aponta para o bem-estar do sujeito retratando um padrão de comportamentos coerentes com as normas sociais não havendo problemas psicossociais graves e persistentes (Reppold, 2005).

Uma variável que parece estar relacionada com o ajustamento psicológico da mulher é o tipo de tratamento. Anteriormente, a mastectomia era a cirurgia dominante no tratamento do cancro (Moreira & Canavarro, 2012), sendo considerada tanto pelos profissionais como pelas doentes um processo difícil e traumático (Du, Freeman Syblik, 2000). Neste contexto, os benefícios dos tratamentos no funcionamento psicológico da mulher tornaram-se importantes, tendo sido alvo de muitos estudos da Psicooncologia (Fisher et al., 1989 citado por Moreira & Canavarro, 2012). Era esperado que com o aparecimento da cirurgia conservadora, houvesse uma melhoria da qualidade de vida das mulheres, contribuindo assim, para uma melhor adaptação ao tratamento. Considerando que este é um tipo de cirurgia menos evasiva, onde o peito é preservado, é sabido que os benefícios diretos proporcionam um melhor ajustamento, um maior equilíbrio emocional, uma perspetiva mais positiva sobre o seu corpo e um melhor funcionamento sexual (Schover et al., 1995 citado por Moreira & Canavarro, 2012), chegando ao fim do processo cirúrgico sem danos psicológicos significativos. Segundo

o estudo de Moreira e Canavarro (2012), é uma vantagem para a adaptação psicossocial da mulher realizar uma cirurgia localizada pois não há uma grande alteração da imagem corporal em relação às mulheres que realizam uma mastectomia.

Também a relação entre o ajustamento psicológico e coping tem sido alvo de atenção pela parte de vários investigadores. Segundo Endler (1997), por estratégias de *coping* entende-se a forma como os pacientes lidam com situações ditas stressantes, neste caso o cancro. Segundo Lazarus (1993 citado por Petersson, 2003), estas estratégias estão divididas em dois grupos, ou seja, as estratégias focadas nas emoções e as focadas no problema. No que diz respeito às estratégias focadas no problema, a mulher procura diretamente suprimir ou minorar o problema, com estratégias como a fixação de objetivos ou a procura de informação. Já as estratégias focadas nas emoções estão direcionadas para a modificação das reações ao problemas, como por exemplo o pensar positivo e a aceitação. Folkman (1993 citado por Petersson, 2003), diz-nos que nenhuma estratégia é tida como sendo mais ou menos eficaz, apesar das estratégias focadas no problema serem mais eficientes nas situações controláveis enquanto as focadas nas emoções são mais eficazes nas situações incontroláveis.

São muitos os estudos que dão conta de inúmeras estratégias de *coping*, para que os doentes oncológicos possam utilizar nas mais variadas fases da doença. É habitual relacionar a sobrevivência do cancro com a forma como a mulher lida com todo o processo, ou seja, estratégias de coping relacionadas com um espírito de luta estão associadas a um período de recuperação mais extenso (Petticrew, Bell & Hunter, 2002). Segundo Anagnostopoulos, Vaslamatzis & Markidis, (2004) sugerem que, perante um diagnóstico de cancro, não é habitual que as mulheres atribuam a culpa a si próprias, o que facilita o processo pois evita que possam desenvolver por exemplo uma baixa autoestima. Os mesmos autores estudaram as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama (grupo experimental) e por mulheres com cancro benigno (grupo de controlo), verificando as diferenças significativas entre os grupos, nomeadamente no facto das mulheres que preenchiam o grupo experimental não se culparem, comparativamente com as mulheres que tinham cancro benigno. Porém, ambos os grupos apresentaram as mesmas estratégias de *coping*, sendo elas a aceitação, isolamento, procura de suporte social, distanciamento, estratégias de *coping* focadas no problema e re-avaliações positivas.

Outra variável que pode ajudar a explicar o ajustamento psicológico em mulheres com cancro da mama é o suporte social. No estudo realizado por Nausheen, Gidron,

Peveler & Moss-Morris (2009), chegou-se mesmo à conclusão de que havia uma forte relação entre o apoio social e a progressão do cancro da mama.

Pistrang e Barker (1995) examinaram o papel da ajuda do parceiro no ajustamento psicológico dessas mulheres, sugerindo que a satisfação com a relação de ajuda do parceiro está positivamente associada com o bem-estar psicológico da mulher. Ainda o mesmo estudo refere que, mesmo havendo uma boa ajuda vinda de outra pessoa, tendo uma ajuda deficitária do parceiro, tende a ser um fator de risco na resposta psicológica. No próximo capítulo, atenderemos a aspetos mais específicos da relação conjugal na doença oncológica.

Será ainda importante referir que, apesar da maioria das pessoas considerar o cancro como uma experiência negativa a nível psicossocial, algumas mulheres não encaram o cancro como sendo um trauma. Num estudo realizado por Patrão, Leal e Maroco (2008), acerca do impacto emocional no ciclo psicooncológico do cancro da mama, concluiu que as mulheres apresentaram estabilidade/equilíbrio emocional ao longo de todo o processo. Podemos observar ainda que o facto de passarem por todo o decurso da doença, possibilitou à mulher encontrar no meio da adversidade um *benefit finding*, ou seja, proporcionou à mulher um encontro com a vida, pelo valor de cada momento, pela relevância das relações sociais e pela mudança nas prioridades e objetivos de vida (Lechner et al., 2006 citado por Patrão, Leal e Maroco, 2008). Apesar de todos os efeitos negativos provenientes da doença, estas mulheres veem a doença como sendo uma transição psicossocial, que contribui não só para o seu crescimento (Stanton, 2010 citado por Araújo, 2011) mas também para a sua qualidade de vida (Bloom, Stewart, Johnston & Banks, 1998 citado por Araújo, 2011). Assim, esta passagem pelo ciclo psicooncológico pode ser considerada, por alguns autores, como um processo psicossocial, dando lugar a um desenvolvimento que proporciona uma nova forma de ver a vida (Córdova, Cunningham, Carlson & Andrykowsky, 2001 citado por Patrão, Leal & Maroco, 2008).

## **Capítulo III- O Impacto da doença oncológica na família com particular incidência no cônjuge**

Alguns estudos têm demonstrado que o índice de mortalidade (em qualquer patologia), tende a ser maior entre os sujeitos solteiros do que entre os casados (Kravdal & Syse, 2011). A doença oncológica tem um grande impacto não só no doente, mas também naqueles que o rodeiam (Langer, Yi, Storer & Syrjala, 2010), requerendo uma necessidade de adaptação elevada, pois a família é um apoio essencial no combate à doença (Pitceathly & Maguire, 2003), sendo também considerados como vítimas na batalha contra o cancro (Hodges, Humphris & Macfarlane, 2005). Alguns estudos demonstram que em caso de ansiedade, os parceiros conjugais são a primeira ajuda a quem as mulheres costumam recorrer (Weihs et al. 1999).

### **3.1. O impacto na família nuclear**

Segundo os estudos que Aureliano (2007 citado por Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012) levou a cabo, a doença influencia não só a perceção corporal, mas também o desempenho de alguns papéis culturalmente associados às mulheres, como por exemplo, o de esposa, mãe, profissional e de aliada na saúde familiar. Lopes (2005), diz-nos que os problemas associados à doença (ex. interrupção da atividade profissional, acréscimo das dificuldades económicas, dificuldades nas relações interpessoais por parte do paciente), podem trazer medos e receios que influenciam não só a nível individual mas também familiar.

A doença oncológica pode desencadear duas reações opostas nas famílias: afastamento ou aproximação (Lopes, 2005). Arpin e col (1990, citado por Lopes, 2005), mostram-nos que a qualidade do ambiente familiar é muito importante na resposta à doença, ou seja, quando as famílias são mais unidas/ligadas, apresentando um baixo nível de conflito, um menor número de stress, e estratégias de coping mais assertivas quando equiparadas a famílias mais desunidas. A fase de tratamento é geralmente a fase em que o doente oncológico fica mais dependente dos outros, obrigando-os também a alterar o seu quotidiano em função do paciente, para que possam fornecer os cuidados básicos que os pacientes, muitas vezes, não podem obter sozinhos (Lopes, 2005). Frequentemente, os familiares não estão preparados para a sobrecarga que este processo acarreta, agravando ainda mais o estado de saúde e o bem-estar do paciente. Como tal, é

importante estar atento ao comportamento da família, proporcionando igualmente apoio psicológico, pois esta é também afetada psicologicamente (Maia & Correia, 2008). Segundo um estudo realizado por Edwards & Clarke (in press citado por Maia & Correia, 2008), as famílias mais abertas tendem a expressar melhor os seus sentimentos, empenhando-se ativamente na resolução de problemas, apresentando assim, níveis mais baixos de depressão.

A família, nem sempre consegue proporcionar ao doente o apoio que ele necessita; muitas das vezes relatam desconhecer meios eficazes para intervir, provocando um grande desconforto, levando, por sua vez, a que haja um distanciamento a nível familiar e desencadeando no doente uma menor auto-estima (Lopes, 2005).

### **3.2. O Impacto na relação conjugal**

Segundo as investigações de Perlin (2006 citado por Comin & Santos, 2010), casamento e satisfação estão intimamente ligados. A satisfação conjugal é um conceito subjetivo que implica não só ter as necessidades e desejos satisfeitos, mas também corresponder (em maior ou menor escala) àquilo que o outro espera enfatizando o dar e receber contínuo entre o casal. Este conceito está também relacionado com sensações e sentimentos de bem-estar, companheirismo, contentamento, afeição e segurança (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004). Sendo assim, quanto mais satisfeitos estivessem na relação, maior seria a felicidade individual, apresentando assim, um nível superior de bem-estar subjetivo (Comin & Santos, 2010).

O ajustamento conjugal pode ser visto como sendo um processo ou a avaliação qualitativa de um estado (Spanier, 1976 citado por Comin & Santos, 2010) e que assenta em quatro dimensões base, sendo elas, a coesão didática, o consenso diádico, a expressão de afeto e a satisfação diádica que mede a perceção de questões relativas a discussões acerca do divórcio, à saída de casa após uma discussão, a confiança no parceiro, entre outros.

Para alguns autores, nomeadamente Burman e Margolin (1992, citado por Moreira, Silva & Canavarro, 2009), defendem que uma relação interpessoal próxima, é essencial para um melhor ajustamento ao cancro, pois segundo Bolger e colaboradores (1996, citado por Moreira, Silva & Canavarro, 2009), esta vantagem está relacionada com o apoio instrumental e emocional proporcionado pelo parceiro. O companheiro de uma doente com cancro tem um papel muito importante no decorrer da doença. Cabe a este,

providenciar não só o apoio nas tarefas, mas também, o apoio sentimental que é muito importante no decorrer de todo o processo. No entanto, muitas mulheres queixam-se de que este tipo de apoio acaba por ser deficitário, pois apesar de muitos conseguirem organizar as tarefas práticas, acabam por não conseguirem dar o apoio emocional necessário (escutar, segurar a mão, tocar, etc.) (Oktay, 1998 citado por Maluf, 2008).

Muitos estudos demonstram que o suporte por parte do parceiro é particularmente importante no ajustamento psicológico nas mais variadas condições médicas (Pistrang, Barker & Rutter, 1997). Mesmo havendo a possibilidade de o casal não se adaptar à doença, alguns estudos demonstram que na maioria dos casos há um bom ajustamento havendo ainda indicadores de uma melhora na qualidade da relação (Lichtman, Taylor & Wood, 1987). As investigações desenvolvidas por Manne e colaboradores (2006 citado por Moreira & Canavarro, 2014) através de um estudo longitudinal, tinham como objetivo analisar a relação entre a adaptação psicológica e a satisfação conjugal e três tipos de estratégias de comunicação, sendo elas: a) as conversas mutuamente construtivas, b) o evitamento mútuo e c) a exigência-afastamento. Os resultados disseram-nos que a primeira estratégia estava relacionada com níveis inferiores de perturbação psicológica e uma satisfação conjugal superior em ambos os parceiros. A segunda estratégia estava visivelmente associada a níveis superiores de perturbação, mas não estava relacionada com a qualidade da relação conjugal. Por fim, a última estratégia estava associada a uma perturbação psicológica superior e uma menor satisfação conjugal. Assim, a forma como os casais comunicam, principalmente sobre aspetos relacionados com a patologia, têm uma grande relevância na adaptação individual e relacional de ambos os parceiros. Cordova e colaboradores (2001 citado por Moreira & Canavarro, 2014) diz-nos que as mulheres com cancro da mama que tinham como hábito partilhar os sentimentos relacionados com a doença com os seus familiares apresentavam níveis inferiores de depressão e distress psicológico.

Hagedoorn e colaboradores (2000) dizem-nos que os maridos podem providenciar apoio emocional perguntando por exemplo como se sente ou falar de assuntos não relacionados com a doença de forma a distraí-la do seu estado. Este défice pode dever-se muitas vezes à tensão existente no seio do casal, à solidão, mudança no padrão de comunicação, entre outros fatores. Spiegel, Bloom e Gottheil (1983 citado por Moreira & Canavarro, 2014), dizem-nos através dos seus estudos que as mulheres com cancro da mama com uma atmosfera familiar onde a discussão aberta sobre os problemas e os

sentimentos é frequente, têm uma probabilidade reduzida de sofrerem de perturbação do humor durante o ano posterior.

Os problemas conjugais não passam só pelo suporte que deve ser dado à mulher. Northouse et al 1995 diz-nos através das suas pesquisas que em estádios mais avançados da doença, o casal relata problemas como a restrição de atividades, muitas vezes provocadas pelos efeitos secundários dos tratamentos e preocupações acerca do futuro. Um dos problemas mais relatados pelos parceiros é a preocupação com a mudança nos papéis e nos relacionamentos familiares, referindo também a limitação nas atividades de lazer, também enfatizados pelos estudos descritos anteriormente (Chekryn, 1984 citado por Northouse et al 1995). Muitos casais estão agora mais próximos juntos pela experiência do cancro, mas um relatório da minoria diz-nos que aumentou tensão e dificuldades dentro de seu relacionamento, mais frequentes quando os problemas no casal são mais frequentes (Pitceathly & Maguire, 2003). Nos estudos realizados por Williamson e Schulz (1995, citado por Pitceathly & Maguire, 2003) chegou-se à conclusão de que os parceiros que tinham a função de cuidadores sentiam-se menos sobrecarregados e com menos sintomas depressivos pelo papel de cuidador quando o relacionamento era mais íntimo. Almanza-Moñoz e Holland (2000) dizem-nos que atualmente o cancro é visto com um maior otimismo do que há uns anos atrás. Ao longo do processo, os parceiros também utilizam este tipo de estratégia para lidar com toda a situação geradora de ansiedade. Segundo o estudo desenvolvido por Abernethy, Chang, Seidlitz, Evinger & Duberstein (2002), pôde-se apurar que existia uma relação significativa entre a depressão e os mecanismos de *coping* relacionados com a religião, ou seja, os companheiros que tinham níveis moderados de estratégias de *coping* religiosas obtiveram níveis de depressão mais baixos do que os parceiros que usam baixos níveis de estratégias religiosas.

É importante ter em atenção que a saúde mental e a qualidade de vida do parceiro pode também ser afetada negativamente (Manne, Badr, Zaider, Nelson & Kissane, 2010), pois segundo o que Omne-Ponten e colaboradores (1993 citado por Lopes, 2005) conseguiram apurar que o nível de distress dos companheiros dos pacientes é em 50% dos casos equiparável ao do próprio sujeito.

As relações mais íntimas do casal são também muito importantes representando uma das mais importantes componentes da relação (Clark & Reis, 1988; Manne et al, 2004; Mitchell et al., 2008, Prager, 1995 citado por Moreira, Silva, Canavarro, 2009). Antigamente, a vida sexual de um casal resumia-se unicamente à procriação, mas com

as alterações culturais na sociedade ocidental, a satisfação sexual e a afetividade assumem um grande espaço nas relações íntimas dos seres humanos. Assim, a perceção de uma doença (por parte de um dos membros do casal), pode implicar um afastamento do parceiro (dependendo do significado/importância que a pessoa lhe atribua), perturbando assim a relação sexual (Amorim, 2007). Uma das principais razões que perturbam o padrão de ajustamento conjugal entre o casal é o facto de a doença trazer muitas mudanças físicas e psicológicas (Madhumanti & Sathiyaseelan, 2014). Alguns estudos têm demonstrado que as relações sexuais dos casais têm sido prejudicadas pelo diagnóstico de cancro, principalmente quando se trata de cancro da mama ou dos testículos (Jamison et al., 1978 citado por Lavery & Clarke, 1999. Estes resultados formam corroborados por Gonçalves (2014), que apesar de ter obtido valores superiores à media, concluiu que o relacionamento/comportamento sexual é afetado devido às alterações drásticas no corpo. A sexualidade pode vir a ser uma área da vida da mulher e do casal que sofre grandes alterações, pois os seios e o aparelho reprodutor são vistos não só, como indicador da sexualidade feminina mas também como portadores de uma carga emocional muito grande no que diz respeito ao papel maternal (Ogden, 2004). Tavares e Trad (2005), dizem-nos através dos seus estudos também que, tanto as doentes como os seus familiares, reconhecem as repercussões na auto-imagem da mulher e na sexualidade do casal causadas pela quimioterapia e a mastectomia. Num estudo realizado por Macieira e Maluf (2008), pôde-se concluir que as mulheres que haviam sido submetidas à mastectomia sem a reconstrução mamária, apresentam uma morbidade psicossocial superior, como a depressão e ansiedade associadas à autoimagem, autoestima e sexualidade, tendendo a não conseguir chegar ao orgasmo comparativamente às mulheres que realizaram reconstrução mamária.

Geralmente, as pacientes podem retomar a sua prática sexual após receberem alta hospitalar, mas muitas das mulheres acabam por ficar abaladas a nível emocional, rejeitando a prática sexual por terem vergonha do seu corpo, agora mutilado. Por vezes, os companheiros sentem também algum tipo de dificuldade em lidar com esta mutilação, evitando também as relações sexuais, contribuindo ainda mais a baixa autoestima da mulher. Nem todos os casais reagem mal à nova condição. Existem companheiros que parecem não ser minimamente afetados pela nova condição da parceira (Gonçalves, Arrais & Fernandes, 2007). Num estudo desenvolvido por Ramos e Patrão (2005), pôde-se observar que as participantes do estudo revelaram insatisfação sexual, embora quando se observava uma melhor qualidade do relacionamento existia

uma menor insatisfação conjugal.

As mudanças corporais que advêm podem ser suficientes para que a mulher (seja pelo fator psicológico ou pela alteração hormonal que advém dos tratamentos) se desinteresse pela atividade sexual e haja uma alteração na vida sexual conjugal, mas a sua deterioração pode também vir por parte do companheiro. Muitas vezes, os parceiros evitam qualquer tipo de contato com a doente com medo de a magoar ou de prejudicar o seu bem-estar. Com o passar do tempo a probabilidade do casal se adaptar à nova situação é grande (Ogden, 2004). A possibilidade de uma rejeição por parte do companheiro cria na mulher uma grande ansiedade pela colocação do implante mamário ou que os efeitos secundários provocados pelos tratamentos sejam breves (Amorim, 2007). Se o casal tiver uma grande afetividade, há uma maior possibilidade de que o casal se adapte positivamente e rapidamente à nova situação, mas é importante referir que se a adaptação apenas for realizada por um membro do casal pode acontecer uma rutura/deterioração da relação (Amorim, 2007). Num estudo realizado por Ramos e Patrão (2005) com uma amostra de 30 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, verificou-se que grande parte das mulheres mostraram-se significativamente insatisfeitas sexualmente. O tipo de cirurgia realizada pela mulher influencia muito a sua autoestima e a forma como se adaptam à nova realidade do seu corpo. Por exemplo, as mulheres submetidas a uma cirurgia conservadora da mama, apresentam sentimentos mais positivos em relação ao seu corpo do que as mulheres que realizaram uma mastectomia radical, pois cerca de 25% das mulheres que realizaram a mastectomia apresentam ansiedade e humor depressivo (Maluf, 2008). Segundo o estudo de Rebelo, Vicente, Gomes e Moisão (2008), as mulheres que foram submetidas a uma cirurgia invasiva expressam mais alterações a nível da imagem corporal e da satisfação sexual do que as mulheres que realizaram uma cirurgia conservadora. Num dos estudos realizados por Ramos e Patrão (2005), pôde-se concluir que as mulheres afirmam que não existe qualquer alteração a nível da relação conjugal, embora revelem alguma insatisfação a nível sexual. Através deste estudo pôde-se ainda concluir que a qualidade relacional é influenciada pela duração do tratamento e pelo estado da relação antes do início do tratamento. Rebelo, Rolim, Carqueja e Ferreira (2007), realizaram um estudo exploratório com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres com cancro da mama. Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres que foram alvo de uma tumorectomia ou de uma mastectomia, no que diz respeito ao prazer e funcionamento sexual. No grupo das mulheres tumorectomizadas há uma

avaliação mais negativa, havendo uma maior preocupação com a queda do cabelo, verificando ainda que as mulheres que eram submetidas à quimioterapia com um grau mais elevado de toxicidade, têm menor prazer sexual.

Atualmente a maternidade é adiada ao máximo, há um crescente número de mulheres que vivencia a gravidez juntamente com o cancro (são raros os casos), ou as que procuram informações acerca de uma gravidez após a doença, pois há uma grande preocupação acerca do impacto dos tratamentos na fertilidade (Ogden, 2004). O diagnóstico de cancro durante a gravidez não é fácil, pois o corpo da mulher está completamente modificado fazendo com que os sintomas sejam associados à gravidez (Ogden, 2004). Após o diagnóstico de cancro, segue-se um dilema que poderá agravar ainda mais o estado emocional da paciente e do seu parceiro, visto que terá de tomar uma decisão entre duas opções: ou opta pela interrupção da gravidez permitindo um tratamento mais agressivo ou escolhe avançar com a gravidez e adaptar o tratamento à mesma, assumindo que não terá acesso a algum tipo de tratamento, como por exemplo a radioterapia que é nociva para o feto em qualquer estágio da gravidez. A quimioterapia poderá ser ministrada a partir do segundo trimestre da gravidez. Nesta fase, o apoio emocional é essencial para ajudar a paciente na tomada de decisão (Ogden, 2004).

É preciso que a mulher tenha em conta o facto de a quimioterapia poder provocar uma menopausa precoce, fazendo com que a mulher deixe de ser fértil. Quanto mais perto a mulher estiver desta fase, naturalmente, maior será o risco de menopausa precoce (Ogden, 2004). É impossível para um profissional dar a certeza de que os químicos provocarão a infertilidade mas de qualquer forma é importante que esta possibilidade esteja presente na paciente antes do início do tratamento (Ogden, 2004).

Muitos casais estão agora mais próximos, juntos pela experiência do cancro, apesar de um relatório da minoria dizer que aumentou a tensão e as dificuldades dentro do seu relacionamento, quando já havia antecedentes de conflitos na relação (Pitceathly & Maguire, 2003).



## Capítulo IV – Metodologia

O presente capítulo tem como objetivo descrever a metodologia adotada ao longo do estudo. Como tal, de seguida, será realizada uma breve apresentação do estudo, onde serão expostos os objetivos e as hipóteses a serem testadas estatisticamente. Seguidamente, será exposto não só a caracterização da amostra, com o objetivo de possibilitar uma melhor compreensão dos participantes da presente investigação, mas também os instrumentos utilizados e a análise estatística utilizada.

### 4.1. Apresentação do Estudo

Esta é uma investigação de carácter exploratório, transversal e utiliza uma metodologia quantitativa.

Este estudo tem como principal objetivo contribuir para o conhecimento sobre a relação entre a perceção do estado de saúde, o ajustamento psicológico e conjugal em mulheres com cancro da mama. Através deste objetivo, foi possível formular os seguintes objetivos específicos:

1 - Analisar o grau de associação entre a Perceção do estado de saúde (dimensão sumária física e dimensão sumária mental) e o ajustamento conjugal (satisfação mútua, coesão mútua, expressão afetiva e consenso mútuo).

2- Analisar o grau de associação entre o ajustamento conjugal (satisfação mútua, coesão mútua, expressão afetiva e consenso mútuo) e a ansiedade e depressão.

3- Analisar o grau de associação entre a Perceção do estado de saúde (dimensão sumária física e dimensão sumária mental) e a ansiedade e depressão.

4 – Analisar a influência fase do processo em que a mulher se encontra na perceção do estado de saúde (dimensão física e mental), no ajustamento conjugal (satisfação mútua, coesão mútua, expressão afetiva e consenso mútuo) e na ansiedade e depressão.

5 – Analisar a influência da idade da mulher na perceção do estado de saúde (dimensão física e mental), no ajustamento conjugal (satisfação mútua, coesão mútua, expressão afetiva e consenso mútuo) e na ansiedade e depressão.

## 4.2. Participantes

A população alvo deste estudo foram mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama, utentes do Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa. Foram definidos como critérios de inclusão da amostra: a) ter diagnóstico confirmado de cancro de mama; b) ter mais de 18 anos; c) manter uma relação conjugal. Esta é uma amostra por conveniência, visto que foram selecionados os elementos necessários para uma representação da população (Lwanga & Lemeshow, 1991 citado por Marotti, Galhardo, Furuyama, Pigozo, Campos & Laganá, 2008).

## 4.3. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 55 mulheres com diagnóstico de cancro da mama. No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, e tal como se pode verificar na tabela 2, as participantes têm idades compreendidas entre os 35 e os 84 anos, sendo a média de idade de 56,18 e o desvio padrão de 12,33. Os concelhos de residência mais predominantes na amostra são Oeiras (38,2%) e Lisboa (21,8%), tendo 94,5% das mulheres nacionalidade portuguesa. No que diz respeito às habilitações literárias 36,4% das inquiridas possui apenas o 4º ano e 23,6% o 9º ano de escolaridade.

Tabela 2:

Caracterização da amostra em função da idade, nacionalidade e habilitações literárias (n=55.)

	<i>n</i>	%
Idade		
35 - 45	14	25,5
45 - 55	15	27,3
55 - 65	9	16,4
65 - 75	16	29,1
75 - 85	1	1,8
Nacionalidade		
Portuguesa	52	94,5
Outra	3	5,5
Habilitações Literárias		
Até ao 4ºano	20	36,4

9ºano	13	23,6
12ºano	9	16,4
Licenciatura	11	20
Mestrado	1	1,8
Doutoramento	1	1,8

Atendendo à informação relativa à situação familiar, verifica-se que 70,9% das mulheres são casadas e 18,2% vivem em união de facto, sendo que as restantes apesar de serem divorciadas, viúvas ou solteiras, tinham companheiro no momento em que responderam ao questionário, não obstante terem referido o seu estado civil oficial (conforme tabela 3).

Tabela 3:  
Caracterização da amostra em função da situação familiar

	<i>n</i>	%
Estado Civil		
Solteira	2	3,6
Casada	39	70,9
União de facto	10	18,2
Divorciada	3	5,5
Viúva	1	1,8
Filhos		
Sim	46	83,6
Não	9	16,4
Nº de filhos		
0	10	18,2
1	15	27,3
2	21	38,2
+ 3	9	16,3

No que diz respeito à situação profissional (ver tabela 4), verifica-se que 41,8% das mulheres encontram-se reformadas. Das mulheres com atividade profissional ativa, 54,17% encontram-se de baixa médica. Verifica-se ainda que 38,64% das mulheres que se encontram de baixa, no desemprego ou na reforma passaram a essa situação devido à doença.

Tabela 4:  
Caracterização da amostra em função da situação profissional

	<i>n</i>	%
Situação Profissional		
Doméstica	2	3,60
Emprego a tempo inteiro	13	23,60
Emprego a tempo parcial	3	5,50
Desempregado	8	14,50
Reformado	23	41,80
Outra situação profissional	6	10,90
Baixa Médica		
Não	11	45,83
Sim	13	54,17
Motivo do desemprego/baixa/reforma na doença		
Não	27	61,36
Sim	17	38,64

Por fim, tendo em conta as características da condição clínica, 49,1% das mulheres encontram-se em fase de tratamento da doença, 41,8% em fase de seguimento e 9,1% numa fase inicial/diagnóstico, onde 61,82% teve diagnóstico há mais de um ano e 38,18 há menos de um ano. Pôde-se constatar ainda que 89,09% das inquiridas realizaram cirurgia, sendo a mastectomia o tipo de cirurgia mais apontada (81,63%). Da amostra recolhida, 83,6% das mulheres realizaram tratamento, sendo que 80,44% realizou quimioterapia, 6,52% terapia hormonal, 10,87% radioterapia e 2,17% outro tratamento. Das mulheres inquiridas, 36,4% afirmaram ter outro problema de saúde crónico, sendo o mais comum a diabetes (30,0%) e 20% afirmam já ter tido ou terem atualmente acompanhamento psicológico (conforme tabela 5).

Tabela 5:  
Caracterização da amostra em função da condição clínica

	<i>n</i>	%
Tempo de Diagnóstico		
Até 12 meses	21	38,18
Entre 13 e 24 meses	11	20,00
Entre 25 e 48 meses	9	16,36
Mais de 49 meses	14	25,46
Fase da doença		
Inicial/diagnóstico	5	9,1
Tratamento da doença	27	49,1
Seguimento/follow up	23	41,8
Realização de cirurgia		
Não	6	10,91
Sim	49	89,09
Tipo de cirurgia		
Estrectomia	1	2,04
Gânglio Sentinela	1	2,04
Mastectomia	40	81,63
Tumurectomia	7	14,29
Realizou tratamento		
Não	9	16,4
Sim	46	83,6
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	37	80,44
Radioterapia	5	10,87
Terapia Hormonal	3	6,52
Outro tratamento	1	2,17
Problemas de saúde crónicos		
Não	35	63,6
Sim	20	36,4
Tipo de problemas de saúde		
Artrite Reumatoide	1	5,0
Diabetes	6	30,0
Hepatite C	2	10,0
Hérnia	2	10,0

Hipertensão	3	15,0
Hipotiroidismo	1	5,0
Metástases cancerígenas	1	5,0
Outros	4	20,0
Acompanhamento Psicológico		
Não	44	80,0
Sim	11	20,0

#### 4.4. Instrumentos

O protocolo utilizado nesta investigação abrange a utilização de um questionário sociodemográfico e pela versão portuguesa de três instrumentos de avaliação: o SF-36, a Escala de Ajustamento Mutuo (EAM) e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

##### A Escala SF-36

A escala SF-36 foi uma escala desenvolvida originalmente por Ware e Shelbourne em 1992 e traduzida por Ferreira em 2000. Esta escala é de tipo Likert, construída de forma a abranger os oito conceitos mais importantes em saúde, colmatando as falhas dos questionários existentes e que se limitavam a um único parâmetro (Pimentel, 2006). Estes oito conceitos encontram-se divididos em duas componentes, a física e Mental, onde constam as seguintes subescalas (ferreira, 2000):

- Função física (FF) – tem como objetivo medir desde a limitação para executar atividades físicas menores (ex. tomar banho, vestir-se, ...) até às atividades mais exigentes, passando ainda por tarefas de intensidade intermedias (ex. levantar-se, subir lanços de escadas, ...);
- Desempenho físico e Desempenho emocional (DFDE) – estes conceitos mede a limitação em saúde no que toca ao tipo e à quantidade de trabalho executado (ex. limitação de tarefas executadas, necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar tarefas, ...);
- Dor física (DF)– tem como propósito avaliar a intensidade e o desconforto provocados pela dor e a forma como interfere nas atividades diárias do sujeito;
- Saúde em Geral (SG) – mede o conceito de perceção holística da saúde, abrangendo não só a saúde atual mas também a resistência à doença e a aparência saudável.

- Vitalidade (V) – pretende medir os níveis de energia e de fadiga do indivíduo, captando assim as diferenças de bem-estar;
- Função Social (FS) – tem o objetivo de medir a quantidade e a qualidade das atividades sociais, o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do sujeito;
- Saúde Mental (SM) – Este conceito abrange quatro importantes áreas da saúde mental, nomeadamente a ansiedade, depressão, perda de controlo (comportamental ou emocional) e bem-estar psicológico.
- Mudança de Saúde (MS) – este conceito não é considerado um conceito da saúde, por isso fica de fora dos oito conceitos. Pede ao sujeito que indique, com base nas experiências de vida, o quanto mudou a sua vida (Ferreira, 1998).

Foi realizada uma divisão em duas medidas, a medida sumária física e a medida sumária mental que tem como objetivo reduzir o número de comparações e consequentemente de inferências estatísticas na análise de resultados (Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006), sendo conseguidas através de análises fatoriais de componentes principais depois de os dados terem sido sujeitos a rotações ortogonais (Ware et al., 1994 citado por Ferreira, 1998).

Na tabela abaixo indicada podemos verificar o número de itens de cada conceito (Ferreira, 1998).

Tabela 6:

Tabela correspondente aos conceitos da Escala SF-36

Conceitos	Nº de Itens	Nº de Níveis
Função física	10	21
Desempenho físico	4	5
Dor Corporal	2	11
Saúde Geral	5	21
Vitalidade	4	21
Função Social	2	9
Desempenho Emocional	3	4
Saúde Mental	5	26
Mudança de Saúde*	1	5

\*este conceito não é considerado um conceito de saúde

A consistência interna de um instrumento, é determinada pela análise das correlações entre cada item e a escala hipotética, considerando que é uma consistência interna grande, quando apresenta valores de correlação superiores a 0,40 (Howard &

Forehand, 1962 citado por Ferreira, 1998). A versão portuguesa da escala, apresentam valores iguais ou superiores a 0,40 (cf. tabela 7).

Tabela 7:

Consistência interna da escala SF-36 da versão portuguesa (adaptada de ferreira, 1998)

	<i>Consistência interna</i>	<i>Validade Discriminante</i>
FF	0,45-0,70	0,01-0,29
DF	0,48-0,59	0,06-0,43
DC	0,76	0,11-0,48
SG	0,51-0,62	0,12-0,37
VT	0,57-0,62	0,11-0,49
FS	0,19	0,09-0,41
DE	0,39-0,62	0,13-0,46
SM	0,51-0,69	0,06-0,52

### **Escala de Ajustamento Mútuo (EAM)**

A segunda escala utilizada neste estudo foi a Escala de Ajustamento Mútuo (EAM), que resulta da tradução da escala construída por Spanier em 1976, a Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Silva, 2012), por Lourenço e Relvas em 2003. É um instrumento com forte utilidade preditiva e interpretativa na caracterização de relações diádicas, com um nível de consistência de 0,93 da escala global (Lourenço, 2006 citado por Frazão, 2012).

Esta escala de avaliação tem como objetivo avaliar a caracterização das relações diádicas (Silva, 2012) e o ajustamento mútuo diádico, sendo o ajustamento definido como sendo um processo de mudança que possui uma dimensão qualitativa, podendo ser avaliada em qualquer altura (Lourenço, 2012).

A escala tem 32 itens de autorresposta tipo Likert (Silva, 2012), divididos em quatro subescalas, relacionados com o ajustamento diádico (Cf. tabela 8), sendo elas (Lourenço, 2006 citado por Lourenço, 2012):

- Consenso Mútuo – tem como objetivo avaliar o grau de concordância do casal em assuntos como: dinheiro, amigos, lazer, tarefas domésticas, entre outros.
- Satisfação Mútua – pretende avaliar a tensão existente ou não na relação conjugal;
- Expressão afetiva – avalia a satisfação no que diz respeito à proximidade e à sexualidade do casal;

- Coesão Mútua – tem o propósito de avaliar os interesses e atividades comuns e partilhadas pelo casal.

Tabela 8:

Tabela correspondente à estrutura fatorial da EAM (adaptada de Frazão, 2012)

Subescala	Itens
Consenso Mútuo	1,2,3,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15
Satisfação Mútua	16,17,18,19,20,21,22,23,31,32
Coesão Mútua	24,25,26,27,28
Expressão Afetiva	4,6,29,30

É importante referir que de todos os itens destacam-se dois em que a escala é dicotómica, onde “sim” corresponde a “zero” e “não” a “um” ponto. Os itens referidos são o item 29 (“Estar demasiado cansado para ter relações sexuais”) e o item 30 (“Não demonstrar amor”) (Frazão, 2012).

### **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

A HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), foi desenvolvido por Zigmond e Snaith em 1983 e traduzida por Pais Ribeiro e colaboradores em 2007 (Pacheco & Santos, 2007). Esta escala é composta por 14 itens que têm como objetivo avaliar de forma breve os níveis de depressão, e ansiedade nos sujeitos que tenham doença física ou que estejam a realizar tratamentos em regime ambulatorio. Destes 14 itens, 7 avaliam a ansiedade e os outros 7 a depressão (Sousa & Pereira, 2008), numa escala tipo Likert com 4 pontos (0-3) (Paredes, Canavarro & Simões, 2011). Esta escala apresenta como consistência interna de Cronbach de 0,93 para a ansiedade e 0.90 para a depressão (Figueiredo, 2007).

No que diz respeito à interpretação dos resultados, os valores entre 0 e 7 são normais, entre 8 e 10 é considerado ligeiro, entre 11 e 14 podemos interpretar como sendo moderado e por fim, os valores entre 15 e 21 pode ler-se como tendo uma presença severa, quer seja para a ansiedade como de depressão (Paredes, Canavarro & Simões, 2011), ou seja, valores mais altos na pontuação, significam também níveis mais elevados de ansiedade ou depressão (Pereira & Figueiredo, 2008)

Esta escala tem também como objetivo evitar os problemas de sobreposição dos sintomas consequentes dos problemas físicos e das perturbações emocionais, eliminando aqueles que estão relacionados com as duas situações (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

#### **4.5. Procedimentos**

Este estudo enquadra-se no projeto de investigação PROJETO CRON/PFT2014 - Doença Crónica e Saúde Mental: Variáveis psicossociais, familiares e do contexto de trabalho. Após ter sido decidido qual o tema a ser tratado nesta investigação, procedeu-se ao pedido de autorização da comissão de ética do Centro Hospital Lisboa Ocidental, de modo a poder proceder-se à recolha de dados no Serviço de Oncologia dessa instituição. O requerimento deu entrada em Janeiro de 2015, tendo apenas sido dada autorização em junho do mesmo ano (cf. anexo 1). O processo de recolha decorreu presencialmente no Serviço de Oncologia, do Hospital São Francisco Xavier num período de quatro semanas consecutivas.

Inicialmente houve a apresentação do estudo e pedido de colaboração à equipa médica, pela diretora do serviço. No início de cada dia de consultas, era disponibilizado uma listagem das consultas de cada profissional onde estavam assinaladas todas as mulheres que preenchessem os requisitos para a participação no estudo. A abordagem era realizada na sala de espera, onde lhes era explicado o objetivo do estudo, reforçando sempre o anonimato e a confidencialidade, sendo disponibilizada uma sala para que respondessem ao protocolo num ambiente mais reservado. Todas as participantes deram o seu consentimento informado por escrito. O tempo médio de resposta foi de cerca de 20 minutos. Após terminarem o preenchimento do protocolo, wea verificado, no final, se havia algum item sem resposta.

#### **4.6. Análises estatísticas**

Para o tratamento de dados foi utilizado o *software* IBM SPSS Statistics versão 22 para Windows.

A caracterização da amostra, foi feita recorrendo a estatísticas descritivas, como a idade, a nacionalidade, habilitações literárias, entre outras. Com o objetivo de analisar a consistência interna dos instrumentos utilizados, foi calculado a confiabilidade das variáveis das escalas com recurso ao alfa de *Cronbach*. O valor do alfa de *Cronbach* dá-nos o grau de coerência e homogeneidade dos resultados, podendo variar entre 0 e 1. Os coeficientes iguais ou superiores a 0,80 são considerados bons valores de consistência interna (Lourenço, 2012).

Foi verificada a normalidade das variáveis e utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov, que pretende verificar se a distribuição de uma variável se ajusta a uma

distribuição teórica conhecida, uma vez que as variáveis são quantitativas e que a amostra é superior a 50 (não podendo utilizar o teste de Shapiro-Wilk para amostras com um  $n \leq 50$ ). A regra de decisão deste teste é: Não rejeitar  $H_0$  se  $Sig > \alpha = 0,005$  ou Rejeitar  $H_0$  se  $Sig \leq \alpha = 0,005$  (Laureano, 2013).

No sentido de analisar a correlação entre as variáveis, foi realizado o teste de Spearman, que mede a associação entre as ordenações de duas variáveis, sendo a regra de decisão: Não rejeitar  $H_0$  se  $Sig > \alpha = 0,005$  ou Rejeitar  $H_0$  se  $Sig \leq \alpha = 0,005$ , num intervalo de confiança de 95% (Laureano, 2013). Não foi utilizado o teste de Pearson, pois segundo o mesmo autor, este é um teste paramétrico que só se aplica quando as duas variáveis são distribuídas normalmente. Caso contrário, recorre-se ao teste de Spearman.

Relativamente à análise de comparação de grupos, foi efetuado o teste de Kruskal-Wallis que tem como objetivo comparar três ou mais distribuições de populações independentes. A regra de decisão deste teste é: Não rejeitar  $H_0$  se  $Sig > \alpha = 0,005$  ou Rejeitar  $H_0$  se  $Sig \leq \alpha = 0,005$ , num intervalo de confiança de 95% (Laureano, 2013).

Finalmente, foi utilizado o teste de Mann-whitney U, que tem como objetivo testar a igualdade de duas distribuições populacionais, ou seja, tem como objetivo comparar as médias das ordenações de duas amostras aleatórias independentes. A regra de decisão deste teste é: Não rejeitar  $H_0$  se  $Sig > \alpha = 0,005$  ou Rejeitar  $H_0$  se  $Sig \leq \alpha = 0,005$ , num intervalo de confiança de 95% (Laureano, 2013).



## Capítulo V - Resultados

### 5.1. Estudos prévios

Inicialmente, foi pertinente analisar a consistência interna dos instrumentos que compunham o protocolo de investigação. Os resultados do alfa de Cronbach foram de 0,915 para a escala SF-36, 0,855 para a escala EAM e 0,835 para a escala HADS (cf. tabela 9).

Tabela 9:

Análise da Consistência Interna das escalas SF-36, EAM e HADS

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>SF_36</b>	0,915	571,367	210,012
<b>EAM</b>	0,855	12,747	2,851
<b>HADS</b>	0,835	1,405	0,791

Para a análise da normalidade, foram testadas as variáveis das escalas incluídas no protocolo de investigação. Uma vez que as variáveis são quantitativas, numa amostra superior a 50 ( $n=55$ ), para se verificar a normalidade foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Através da análise dos dados, pudemos verificar que as variáveis que seguem uma distribuição normal são a vitalidade ( $KS(55)= 0,102$ ;  $p\text{-value}= 0,200$ ), a saúde em geral ( $KS(55)= 0,074$ ;  $p\text{-value}= 0,200$ ), a medida sumária física ( $KS(55)= 0,895$ ;  $p\text{-value}= 0,400$ ) e a medida sumária mental ( $KS(55)= 1,032$ ;  $p\text{-value}= 0,237$ ).

As restantes variáveis, a saúde mental ( $KS(55)= 0,177$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ), o desempenho emocional ( $KS(55)= 0,152$ ;  $p\text{-value}= 0,003$ ), a função social ( $KS(55)= 0,235$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ), a dor física ( $KS(55)= 0,206$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ), o desempenho físico ( $KS(55)= 0,144$ ;  $p\text{-value}= 0,006$ ), a função física ( $KS(55)= 0,162$ ;  $p\text{-value}= 0,001$ ), a transição em saúde ( $KS(55)= 0,210$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ), a expressão afetiva ( $KS(55)= 0,291$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ), a coesão mútua ( $KS(55)= 0,124$ ;  $p\text{-value}= 0,035$ ), a satisfação mútua ( $KS(55)= 0,160$ ;  $p\text{-value}= 0,001$ ), o consenso mútuo ( $KS(55)= 0,253$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ), a ansiedade ( $KS(55)= 0,209$ ;  $p\text{-value}= 0,000$ ) e a depressão ( $KS(55)= 0,147$ ;  $p\text{-value}= 0,005$ ) não seguem uma distribuição normal.

## 5.2. Associação entre a Perceção do estado de saúde e o ajustamento conjugal

Para responder ao primeiro objetivo do estudo, foi realizada uma correlação de Spearman. Como se pode observar através da tabela 10, apenas a medida sumária física e o consenso mútuo mostraram evidências estatísticas para se afirmar que estão relacionados ( $\rho(55) = 0,303$ ;  $p\text{-value} = 0,025$ ), verificando-se assim, que à medida que aumenta a perceção da saúde física, melhor é o consenso mútuo entre o casal. Não foram encontradas mais correlações significativas entre a medida sumária física e a satisfação mútua, a coesão mútua e a expressão afetiva.

No que diz respeito à medida sumária mental, podemos verificar que não existem correlações significativas com qualquer dimensão do ajustamento conjugal.

Tabela 10:

Correlação de Spearman entre a perceção do estado de saúde e o ajustamento conjugal

		Consenso Mútuo	Satisfação Mútua	Coesão Mútua	Expressão Afetiva
Medida Sumária Física	<b>rho</b>	0,303*	0,131	0,254	0,068
Medida Sumária Mental	<b>rho</b>	0,131	0,144	0,142	0,131

\* $p < 0,05$ \*\* $p < 0,01$ 

## 5.3. Associação entre o ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão

No que diz respeito ao segundo objetivo, e tal como se pode verificar na tabela 11, não foram encontradas correlações significativas entre a ansiedade e a depressão e as dimensões da escala de ajustamento mútuo.

Tabela 11:

Correlação de Spearman entre a perceção o ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão

		Consenso Mútuo	Satisfação Mútua	Coesão Mútua	Expressão Afetiva
Ansiedade	<b>rho</b>	-0,199	-0,116	-0,256	-0,054
Depressão	<b>rho</b>	-0,208	-0,105	-0,262	-0,081

\* $p < 0,05$ \*\* $p < 0,01$

#### 5.4. Associação entre a Perceção do estado de saúde e a ansiedade e depressão

Com o intuito de completar a análise do terceiro objetivo, podemos verificar que tanto a medida sumária física como a medida sumária mental se associam significativamente com a ansiedade e a depressão, ou seja, foram encontradas correlações significativas entre a medida sumária física e a ansiedade ( $\rho(55) = -0,360$ ;  $p\text{-value} = 0,07$ ), entre medida sumária física e a depressão ( $\rho(55) = -0,478$ ;  $p\text{-value} = 0,000$ ), a medida sumária mental e a ansiedade ( $\rho(55) = -0,720$ ;  $p\text{-value} = 0,000$ ) e a medida sumária mental e a depressão ( $\rho(55) = -0,529$ ;  $p\text{-value} = 0,000$ ) (cf. Tabela 12).

Tabela 12:

Correlação de Spearman para perceção do estado de saúde e a ansiedade e depressão

		Ansiedade	Depressão
Medida Sumária Física	<b>rho</b>	-0,360**	-0,478**
Medida Sumária Mental	<b>rho</b>	-0,720**	-0,529**

\* $p < 0,05$ \*\* $p < 0,01$ 

#### 5.5. Influência da fase do processo na perceção do estado de saúde, ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão

No quarto objetivo foi realizado o teste de Mann-Whitney U para apurar as diferenças entre duas fases do processo em que a mulher se encontra e a perceção do estado de saúde, o ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão. Atendendo ao reduzido número de participantes na fase inicial, apenas foram consideradas as fases de tratamento e de seguimento/follow up. Tal como se pode observar através da tabela 13, não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis em função da fase do processo em que a mulher se encontra.

Tabela 13:

Teste de Mann-whitney U para a diferença da perceção do estado de saúde, ajustamento conjugal e ansiedade e depressão em função da fase do processo que a mulher se encontra (n=50)

Fase	N	Mean Rank	Sum of ranks	U de Mann-Whitney	Z
<b>Sf-36</b>					
Medida sumária mental				229,000	-1,586
Tratamento da doença	27	28,52	770,00		
Seguimento/Follow up	23	21,96	505,00		
Total	50				
Medida sumária física				272,00	-0,749
Tratamento da doença	27	26,93	727,00		
Seguimento/Follow up	23	23,83	548,00		
Total	50				
<b>EAM</b>					
Expressão afetiva				262,000	-1,012
Tratamento da doença	27	23,70	640,00		
Seguimento/Follow up	33	27,61	635,00		
Total	50				
Coesão mútua				278,000	-0,634
Tratamento da doença	27	26,70	721,00		
Seguimento/Follow up	23	25,61	554,00		
Total	50				
Satisfação mútua				308,000	-0,049
Tratamento da doença	27	25,41	686,00		
Seguimento/Follow up	23	25,61	589,00		
Total	50				
Consenso mútuo				296,000	-0,287
Tratamento da doença	27	26,04	703,00		
Seguimento/Follow up	23	24,87	572,00		
Total	50				

<b>HADS</b>					
Depressão					
Tratamento da doença				269,000	-0,815
Seguimento/Follow up	27	23,96	647,00		
Total	23	27,30	628,00		
	50				
<hr/>					
Ansiedade				285,000	-0,502
Tratamento da doença	27	24,56	663,00		
Seguimento/Follow up	23	26,61	612,00		
Total	50				

\*p&lt; 0,05

\*\*p&lt;0,01

### 5.6. Influência da idade da mulher na perceção do estado de saúde, ajustamento conjugal e a ansiedade e depressão

Por fim, de modo a dar resposta ao último objetivo, foi realizado o teste de Kruskal-wallis para testar as diferenças entre a idade e a perceção do estado de saúde, o ajustamento conjugal, a ansiedade e a depressão. Não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis e a idade da mulher, como pode ser observado na tabela 14.

Tabela 14:

Teste de Kruskal-wallis para a diferença da perceção do estado de saúde, ajustamento conjugal e ansiedade e depressão em função da idade

Idade	N	média	Erro desvio	x <sup>2</sup>	df
Medida sumária mental			28,342	1,853	3
35-45	14	31,32			
45-55	15	30,03			
55-65	9	23,61			
+65	17	25,79			

Total		55			
Medida sumária física				11,141	5,927
	35-45	14	36,71		3
	45-55	15	26,80		
	55-65	9	25,22		
	+65	17	23,35		
Total		55			
Expressão afetiva				0,548	2,859
	35-45	14	29,21		
	45-55	15	29,10		
	55-65	9	33,11		
	+65	16	23,32		
Total		55			
Coesão mútua				1,105	5,619
	35-45	14	35,43		3
	45-55	15	21,70		
	55-65	9	25,50		
	+65	17	28,76		
Total		55			
Satisfação mútua				0,852	3,548
	35-45	14	32,07		
	45-55	15	21,90		
	55-65	9	31,61		
	+65	17	28,12		
Total		55			
Consenso mútuo				0,818	4,271
	35-45	15	32,32		
	45-55	9	21,40		
	55-65	17	32,00		
	+65	55	28,15		
Total		55			
Depressão				0,456	1,782
	35-45	14	23,39		3
	45-55	15	28,83		

	55-65	9	31,67			
	+65	17	29,12			
Total		55				
Ansiedade				0,395	2,265	3
	35-45	14	27,11			
	45-55	15	29,77			
	55-65	9	33,50			
	+65	17	24,26			
Total		55				

\*p&lt; 0,05

\*\*p&lt;0,01

### 5.7. Discussão

O cancro é uma doença que afeta a vida do doente a todos os níveis, nomeadamente a nível biológico, social ou psicológico, pois apesar do avanço científico, é ainda uma doença ligada à palavra morte (Barbosa, Santos, Amaral, Gonçalves & Bruscatto, 2004). Assim, esta investigação teve como principal objetivo perceber se havia uma relação entre a perceção do estado de saúde, o ajustamento psicológico e o conjugal em mulheres com cancro da mama.

A amostra deste estudo é constituída por 55 mulheres com diagnóstico de cancro da mama com idades compreendidas entre os 35 e os 85 anos, sendo o 4º e o 9º ano os níveis de ensino mais apontados. Sendo o local de recolha o Hospital São Francisco Xavier, os concelhos de residência mais predominantes são da zona da grande Lisboa. Tendo em conta as características da condição clínica, a grande maioria encontra-se em fase de tratamento da doença, sendo a mastectomia a cirurgia mais utilizada e a quimioterapia o tratamento mais frequente.

Segundo Blumer (1986 citado por Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis, 2001) o significado de um fenómeno para o indivíduo dá-se através da interação do eu, da mente e da sociedade; uma interação que resulta da vida social, onde o indivíduo é um ator e não um reator passivo. Com base nessa premissa, podemos afirmar que a mulher mastectomizada terá a possibilidade de recorrência da doença a partir da forma como esse fenómeno se apresenta na sua vida social e da sua interpretação. Segundo Manne e colaboradores (2006 citado por Moreira & Canavarro, 2014) a forma como os casais comunicam, principalmente sobre aspetos relacionados

com a patologia, têm uma grande relevância na adaptação individual e relacional de ambos os parceiros. Nesta investigação, apenas foi possível relacionar a medida sumária física com o consenso mútuo, ou seja, à medida que aumenta a perceção da saúde física, melhor será o grau de concordância do casal em assuntos como por exemplo dinheiro, amigos, lazer, tarefas domésticas, entre outros.

Um estudo realizado por Avelar e colaboradores (2006), as mulheres que obtiveram um pior desempenho nas questões realizadas com o cancro da mama apresentam sintomas de ansiedade e depressão, ou seja, menos ajustadas emocionalmente, mostrando assim, que os problemas mais específicos enfrentados pelas pacientes devem ser valorizados por terem um grande impacto na saúde mental das mesmas. Nesta investigação, foi possível relacionar as dimensões da perceção do estado de saúde com ansiedade e depressão, ou seja, quanto maior a perceção do estado de saúde, maior são os níveis de ansiedade e depressão na mulher, corroborando com o estudo de de Schulz & Schwarzer (2003) que nos dizem que as consequências psicológicas advindas do cancro da mama são inúmeras. Não foi encontrada uma relação entre a ansiedade e depressão e o ajustamento conjugal, o que não vai de encontro com alguns estudos, que têm demonstrado que as relações sexuais dos casais têm sido prejudicadas pelo diagnóstico de cancro, principalmente quando se trata de cancro da mama (Jamison et al., 1978 citado por Lavery & Clarke, 1999). Uma das principais razões que perturbam o padrão de ajustamento conjugal entre o casal é o facto de a doença trazer muitas mudanças físicas e psicológicas (Madhumanti & Sathiyaseelan, 2014). Nesta investigação, não foram encontradas evidências significativas para se afirmar que o ajustamento conjugal é diferente em pelo menos um grupo definido pela idade ou pela fase do processo em que a mulher se encontra.

Através do estudo realizado por Moreira, Silva e Canavarro (2006), foi possível concluir que a investigação de alguns fatores preditores da QdV e do ajustamento conjugal nas diferentes fases da doença, é importante para que a mulher possa perceber melhor todo o processo de doença, possibilitando a implementação de estratégias de *coping* preventivas de uma má adaptação. Segundo os autores, este aspeto é muito importante embora nesta investigação não terem sido encontradas evidências para se puder afirmar que a perceção do estado de saúde é diferente em pelo menos um grupo definido pela fase do processo em que a mulher se encontra ou por um grupo definido pela idade.

Segundo o estudo de Avelar e colaboradores (2006), as taxas de depressão e

ansiedade tende a melhorar após a cirurgia, mostrando assim que o momento anterior à cirurgia, após o diagnóstico da doença é o momento de maior stress. O que foi concluído nesta investigação é que a ansiedade e a depressão não são diferentes em pelo menos um grupo de mulheres definido pela fase do processo em que a mulher se encontra.

### **5.8. Limitações do Estudo**

Após ter sido realizada a discussão do estudo e de refletir acerca do mesmo, foi possível apontar algumas limitações. O facto de ser uma amostra pouco representativa da população é com certeza uma limitação deste estudo. O facto de a recolha ter tido uma duração de quatro semanas foi uma condicionante que juntamente com o facto de ter sido recolhida em apenas um serviço e instituição condicionou bastante esta investigação.



## Capítulo VI – Conclusão

Tendo em conta os mais diversos aspetos pertencentes à complexidade que é todo o processo de cancro da mama, nomeadamente, o impacto pessoal e familiar, o ajustamento psicológico e conjugal e a perceção do estado de saúde, esta investigação teve como principal objetivo perceber a relação entre os mesmos, contribuindo assim para uma melhor perceção e um melhor ajustamento e como tal, estes resultados devem ser tidos em conta em investigações futuras.

O facto deste estudo ser pertinente, prende-se principalmente ao facto de estar ser considerada por muitos a doença do século e por continuar a ser uma das doenças que mais medo provoca na mulher.

Acredita-se ainda que não só os dados apresentados, mas também os estudos descritos, possam contribuir para uma abordagem mais efetiva da perceção do estado de saúde e do ajustamento psicológico e conjugal. Enfatiza-se também a necessidade de um maior foco da investigação científica acerca deste tema, uma vez que foi possível verificar que existem poucos estudos que abordem estas temáticas nesta população em particular, as mulheres com cancro da mama.

Finalmente, é importante alertar não só a mulher mais também os familiares mais próximos de todos os obstáculos que poderão aparecer, para que estejam atentos a possíveis sintomas de inadaptação, permitindo assim, que haja uma intervenção psicológica precoce evitando problemas mais graves no futuro.



## Bibliografia

- Abernethy, A. D., Chang, T., Seidlitz, L., Evinger, J. S. & Duberstein, P. R. (2002). Religious Coping and Depression Among Spouses of People With Lung Cancer. *Psychosomatics*, 43(6), 456-464
- ACS (2015). *What is breast cancer?*, retirado a 6/9/2015 em [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
- ACS (2015). *Causes, Risk factors, and prevention*, retirado a 6/9/2015 em [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
- ACS (2015). *Early detection, diagnosis and staging*, retirado a 14/9/2015 em [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
- ACS (2015). *Trating Breast Cancer*, retirado a 11/9/2015 em [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
- Almeida, A., Mamede, M., Panobianco, M., Prado, M. & Clapis, M. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: A experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista latina-am Enfermagem*, 9(5), 63-69
- Almeida, V. L., Leitão, A., Reina, L. C. B., Montanari, C. & Donnici, C. L. (2005). Câncer e Agentes Antineoplásticos Ciclo-celular Específicos e Ciclo-celular Não Específicos que interagem com o DNA: uma Introdução. *Quim. Nova*, 28(1), 118-129
- Almonza-Muñoz, J. J. & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: Estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206
- Alves, C. & Pereira, H. (2013). Adaptação ao Cancro da Mama e Cancro Ginecológico no Período Pré e Pós-operatório. *Psychology, Community & Health*, 2(3), 317-333
- Amorim, C. M. B. F. (2007). Doença Oncológica da Mama. Vivências de Mulheres Mastectomizadas. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto
- Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G. & Markidis, M. (2004). Coping Strategies of Women With Breast Cancer: a Comparison of Patients With Healthy and Benign Controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 43-52
- Araújo, F. A. (2011). Intervenção Psico-educativa em Sobreviventes de Cancro da

- Mama. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro
- Araújo, T. C. & Arraes, A. R. (1998). A Sobrevivência em Oncologia: Uma Vivência Paradoxal. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 18(2), 2-9
- Avelar, A., Derchain, S., Camargo, C., Lourenço, L. Sarian, L. & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista Ciências Médicas*, 15(1), 11-20
- Barker, N. (1995). The Partner Relationship in Psychological Response to Breast Cancer. *Social, Science & Medicine*, 40(6), 789-797
- Barros, H. & Lunet, N. (2006). Cancro: Uma Perspetiva de Saúde Pública. *Arquivos de Medicina*, 20(1), 31-36
- Beers, M. H. et al. (2008). Manual Merck de Informação Médica (Gispert et al. Trad.). Barcelona: Editorial Ocenano (sd Obra original)
- Barbosa, L. N. F., Santos, D. A., Amaral, M. X., Gonçalves, A. J., & Bruscatto, W. L. (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: Um estudo clínico-qualitativo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 45-58.
- Carlsen, K., Dalton, S. O., Frederiksen, K., Diderichsen, F. & Johansen, C. (2007). Are Cancer Survivors at na Increased Risk For Divorce? A Danish Cohort Study. *European Journal Of Cancer*, 43(2007), 2093-2099
- Coelho, C. (2008). Mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia: Contributos para a compreensão da sua qualidade de vida. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto
- Comin, F. S. & Santos, M. A. (2010). Satisfação com a Vida e Satisfação Diádica: Correlações entre Construtos de Bem-Estar. *Psico-USF*, 15(2), 249-256
- Derogatis, L. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757.
- DGS, (sd). *Recomendações Nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro da*

*mama*. Retirado a 31/08/2015 em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

DGS, (2013). *Portugal, Doenças Oncológicas em números – 2013* – Programa Nacional para as doenças Oncológicas. Retirado a 27/06/2015 em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

DGS, (2014). *Portugal, Doenças Oncológicas em números*. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Retirado a 11/09/2015 em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Du, X., Freeman, D., & Syblik, D. (2000). What drove changes in the use of breast conserving surgery since the early 1980s? The results of the clinical trial, celebrity action, and an NIH consensus statement. *Breast Cancer Research and Treatment*, 62, 71-79.

Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychological*, 38(3), 136-153

Favoreto, C. A., & Cabral, C.C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 7-18.

Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Universidade de Coimbra, Coimbra

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I- Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66

Figueiredo, A. P. R. S. (2007). *Impacto do Tratamento do Cancro Colorrectal no Doente e Cónjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Representações de Doença e Stress Pós-traumático*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga

Frazão, T. A. (2012). *Viver Livremente em Conjunto: Contrastes entre o Casamento e a União de Facto*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra

Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E. & Wyatt, G. E. (1998). Life After Breast Cancer: Understanding Women's Health-Related Quality of Life and Sexual Function. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514

- Gonçalves, S., Arrais, F. & Fernandes, A. (2007). As implicações da Mastectomia no Cotidiano de um Grupo de Mulheres. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Ver. RENE. Fortaleza)*, 8(2), 9-17
- Gonçalves, A. L. (2014). A Satisfação Sexual e Coping em Mulheres Mastectomizadas. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.
- Hagedoorn, M., et al. (2000). Marital Satisfaction in Patients With Cancer: Does Support From Intimate Partners benefit Those Who Need it the Most?, *Health Psychology*, 19(3), 274-282
- Hodges, L. J., Humphris, G. M. & Macfarlane, G. (2005). A Meta-analytic Investigation of the Relationship Between the Psychological Distress of cancer Patients and Their Carrers. *Social, Science & Medicine*, 60(2005), 1-12
- Kravdal, H. & Syse, A. (2011). Changes Over Time In the Effect of Marital Status on Cancer Survival. *BMC Public Health*, 11, 1-13
- Kuijjer, M., DeJong, B. P., Wobbes, T. & Sanderman, R. (2000). Marital Satisfaction in Patients with Cancer: Does Support from Intimate Partners Benefit Those Who Need it the Most?. *Health Psychology*, 19(3), 274-282
- Laureano, R. M. S. (2013). *Teste de Hipóteses com o SPSS: O meu Manual de Consulta Rápida*. Lisboa: Edições Sílabo
- Langer, S. L., Yi, J. C., Storer, B. E. & Syrjala, K. L. (2010). Marital Adjustment, Satisfaction and Dissolution Among Hematopoietic Stem Cell Transplant Patients and Spouses a Prospective, Five-Year Longitudinal Investigation. *Psyco-Oncology*, 19, 190-200
- Lavery, J. F. & Clarke, V. A. (1999). Prostate Cancer: Patients' and Spouses' Coping amd Marital Adjustment. *Psychology, Health & Medicine*, 4(3), 289-302
- Lichtman, R. R., Taylor, S. E. & Wood, J. V. (1987). Social Support and Marital Adjustment After Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 47-74
- Lichtenthal, W., Cruess, D., Clark, V., & Ming, M. (2005). Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body Image*, 2,

41-52.

- Lopes, M. G. P. C. (2005). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores
- Lourenço, A. M. M. (2012). *Cônjuges com e sem filhos. Diferenças e semelhanças na perceção da conjugalidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra
- Macieira, R. C., & Maluf, M. F. (2008 ). *Sexualidade e Câncer*. In. V.A. Carvalho, M.H. Franco, M. J. Kovács, R.P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. Gomes, & L.H. Barros (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*, p. 303-315. São Paulo: Summus Editorial.
- Madhumanti, M. & Sathiyaseelan, A. (2014). *Marital Adjustment in Women After One Year of Mastectomy*. *Global Journal of Biology, Agriculture & Health Sciences*, 3(1), 43-47
- Maluf, M. F. M. (2008). *O Perfil da Sexualidade em Mulheres com Câncer de Mama*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A. (2006). *Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58
- Manne, S., Badr, H., Zaider, T., Nelson, C. & Kissane, D. (2010). *Cancer-Related Communication, Relationship Intimacy, and Psychological Distress Among Couples Coping With Localized Prostate Cancer*. *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 74-85
- Maughan, K. L., Lutterbie, M. A. & Ham, P. S. (2010). *Treatment of Breast Cancer*. *American Family Physician*. 11(81), 1339-1346
- Marotti, J., Galhardo, A., Furuyama, R., Pigozzo, M., Campos, T. & Laganá, D. (2008). *Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra*. *Revista de Odontologia da universidade de São Paulo*, 20(2), 186-194
- McPherson, K., Steel, C. M. & Dixon, J. M. (2000). *ABC of Breast Diseases: Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, and genetics*. *BMJ*, 321, 624-628

- Ming, U. M. W. (2010). Psychological Predictors of Marital Adjustment in Breast Cancer Patients. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 37-51
- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2014). A comunicação entre o casal no contexto do cancro da mama. *Estudos de Psicologia Campinas*, 31(1), 97-105
- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e Imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 169-190
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2009). O Papel da Intimidade Conjugal na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 127-147
- 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
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2011). A adaptação ao cancro da mama nas fases de diagnóstico e sobrevivência: Será o investimento na aparência um factor explicativo relevante?. *Análise Psicológica*, 4(XXIX), 505-520
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184
- Nezu, A. & Nezu, C. (2007). Psychological distress, depression and anxiety. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 323-327). Bethesda: Springer
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação Marital em Casamentos de Longa Duração: Uma Construção Possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584
- Northouse, L. L., Doris, G. & Charron-Moore, C. (1995). Factors Affecting Couples' Adjustment to Recurrent Breast Cancer. *Social, Science & Medicine*, 41(1), 69-76
- Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama*. Lisboa: Climepsi
- Oliveira, A. & Pimentel, F. L. (2006). O desempenho dos cuidadores informais na

avaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos – uma revisão do tema. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), pp. 211-219

Pacheco, A. & Santos, C. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação para português da Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 93-101

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. (2008). Uma questão de «Benefit Finding»? O impacto emocional do cancro da mama. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto

Paredes, T., Canavarro, M. C. & Simões, M. R. (2011). Impacto do Cancro do Osso e Tecidos Moles no Ajustamento Emocional e Qualidade de Vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 35-46

Pereira, H. & Alves, C. (2013). Adaptação ao Cancro da Mama e Cancro Ginecológico no Período pré e pós-operatório. *Psychological, Community & Health*, 2(3), 317-333

Pereira, M. G. & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, Ansiedade e Stress Pós-traumático em Doentes com Cancro Colo-Retal: Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto of Events Scale (IES) numa Amostra de Doentes Oncológicos. *Onco-News*, 5(II), 11-19

Petronis, V., Carver, C., Antoni, M., & Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: Partial replication and extension. *Psychology and Health*, 18(1), 1-13.

Petersson, L-M (2003). Group Rehabilitation for Cancer Patients Effects, Patient Satisfaction, Utilisation and Prediction of Rehabilitation Need. *Acta Universitatis Upsaliensis*. Dissertação de Doutoramento, Uppsala University, Uppsala

Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of Psychological Coping on Survival and Recurrence in People With Cancer: Systematic Review. *BMJ*, 9(325), 1-10

Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almeida, C. (1997).

- Pistrang, N. & Barker, C. (1995). The Partner Relationship in Psychology Response to Breast Cancer. *Social, Science & Medicine*, 40(6), 789-797
- Pistrang, N., Barker, C. & Rutter, C. (1997). Social Support as Conversation: Analysing Breast Cancer Patients' Interactions With Theirs Partners. *Social, Science & Medicine*, 45(5), 773-782
- Pitceathly, C. & Maguire, P. (2003). The Psychological Impact of Cancer on Patients' Partners and Other Key Relatives: A Review. *European Journal Of Cancer*, 39 (2003), 1571-1524
- Ramos, A. S. & Patrão, I. (2005). Imagem Corporal da Mulher com Cancro de Mama: Impacto na Qualidade do Relacionamento Conjugal e na Satisfação Sexual. *Análise Psicológica*, 3(XXIII), 295-304
- Rebello, A., Vicente, A., Gomes, S., & Moisés, C. (2008) Patologia mamária: problemáticas psicológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 17-17.
- Rebello, 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 & Doenças*, 8, 13-32.
- Remondes-Costa, S.; Jimenez, F. & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Imagem Corporal, Sexualidade e Qualidade de Vida no Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 327-339
- Remondes-Costa, S.; Jimenez, F. & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo da vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 238-251
- Remondes-Costa, S.; Jimenez, F. & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Depois do Cancro da Mama: Acontecimentos Significativos no Ciclo da Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 238-251
- Reppold, C. T. (2005). Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes. Tese de Doutoramento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul

- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Social Support*, 1-20
- Silva, P. S. T. (2012). Percepção da Conjugalidade por Casados e Recasados. A inelutável Comparação. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra
- Sousa, C. & Pereira, G. (2008). Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo de Validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 283-298
- Sousa, H., Guerra, M. & Lencastre, L. (2015). Preditores da Qualidade de Vida numa Amostra de Mulheres com Cancro da Mama. *Análise Psicológica*, 1(XXXIII), 39-53
- Sprah, L. & Sostaric, M. (2004). Psychosocial Coping Strategies in Cancer Patients. *Radiol Oncol*, 38(1), 35-42
- Spyjker, A., Trijsburg, R. W. & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-analytical Review of 58 Studies After 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280-293
- Tavares, J. S., & Trad, L. A. (2005). Metáforas e significados do cancro da mama na perspectiva das famílias afectadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 426-435.
- Vernon, S. W., Tilley, B. C., Neale, A. V. & Steinfeldt, L. (1985). Ethnicity, Survival, and Delay in Seeking Treatment for Symptoms of Breast Cancer. *Ethnicity and Delay in Seeking Treatment*, 55(7), 1563-1571
- Vianna, A. M. (2004). Avaliação Psicológica de Pacientes em Reconstrução de Mama: Um Estudo Piloto. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 203-210
- Weihs, K., Enright, T., Howe, G. & Simmens, S. J. (1999). Marital Satisfaction and Emotional Adjustment After Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(1), 33-49
- Zabalegui, A. (1999). Coping Strategies and Psychological Distress in Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26(9), 1511-1518



# Anexos