

**O Medo de Progressão da Doença em
Sobreviventes de Cancro na região da Beira
Interior**
A relação com a sintomatologia de ansiedade e de depressão
e com a qualidade de vida

Versão Final Após Defesa

Andreia Maria Fernandes Carrança

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

O Medo de Progressão da Doença em Sobreviventes de Cancro na região da Beira Interior

A relação com a sintomatologia de ansiedade e de depressão
e com a qualidade de vida

Versão Final Após Defesa

Andreia Maria Fernandes Carrança

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

Orientadora: Prof. Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires
Co-orientadora: Prof. Doutora Paula Saraiva Carvalho

dezembro de 2024

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Andreia Maria Fernandes Carrança, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M12553 do Curso de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 05 / 12 / 2024

Andreia M. F. Carrança

Folha em branco

Agradecimentos

Os meus pais, que mais uma vez me apoiaram incondicionalmente e me asseguraram de que o seu colo será sempre meu.

À minha irmã, que por entre picardias e abraços, está sempre ao meu lado para me reconfortar.

Ao António, a verdadeira definição de companheirismo, carinho e cuidado.

À Professora Doutora Ana Torres, pela paciência infinita e por puxar por mim, evocando capacidades que nem eu sabia que tinha.

À Professora Doutora Paula Carvalho, pela generosidade sempre presente que sabe a muito em momentos de maior stress.

À Ana Rita, à Cátia, e à Lobo, aquelas que nunca saíram da minha beira, por muito esquecida que eu fosse a responder, ou por muito stressada que eu estivesse.

À Andy, a colega de tema de dissertação, mas acima de tudo, amiga com quem pude partilhar frustrações.

A todos os outros que, mesmo sem saberem, aliviaram os meus dias e me fizeram sentir um pouco mais capaz.

Ao Hospital de Dia por toda a ajuda e paciência e em especial, a todos os sobreviventes com quem tive o prazer de falar e ouvir.

Ao avô Raúl e à avó Quina, espero que consigam testemunhar aí em cima tudo aquilo que sempre sonhei que vissem aqui embaixo, inclusive este momento.

Folha em branco

Resumo

O presente estudo dedicou-se sobre a avaliação do medo de progressão da doença, relacionando-o com variáveis sociodemográficas e clínicas, sintomatologia de ansiedade e de depressão e a relação destas com a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro da região da Beira Interior. Para tal, foi recolhida uma amostra de conveniência numa unidade hospitalar e num projeto comunitário da região. Os inquiridos deveriam responder ao protocolo de avaliação composto pelos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP- Q-SF) e Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30). A amostra revelou níveis de medo da progressão da doença inseridos nos valores normativos, exibindo ainda diferenças entre sexos e níveis de habilitações literárias. Foi também assinalada a presença de uma relação entre a sintomatologia de depressão, de ansiedade e o medo da progressão da doença, além de associações negativas entre a qualidade de vida e essas variáveis. Estudos focados na avaliação de domínios como o medo de progressão da doença permitem conhecer o grupo de sobreviventes oncológicos de forma mais aprofundada e adaptar as intervenções e serviços prestados às suas necessidades.

Palavras-chave

Sobrevivente de cancro; beira interior; sintomatologia de ansiedade; sintomatologia depressiva; medo de progressão da doença

Folha em branco

Abstract

The present study focused on the assessment of the fear of disease progression, relating it to sociodemographic and clinical variables, anxiety and depression symptoms and their relationship with the quality of life of cancer survivors in the Beira Interior region. To this end, a convenience sample was collected in a hospital unit and in a community project in the region. The respondents had to answer the evaluation protocol composed of the following instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Fear of Progression Questionnaire - Short Form (FoP-Q-SF) and Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30). The sample revealed levels of fear of disease progression included in the normative values, also showing differences between sexes and levels educational levels. The presence of a relationship between the symptoms of depression, anxiety and fear of disease progression was also indicated in addition to negative associations between quality of life and these variables. Studies focused on assessing domains such as fear of disease progression allow for a deeper understanding of the group of cancer survivors and adapt the interventions and services provided to their needs.

Keywords

Cancer survivor;beira interior;anxiety symptomatology;depressive symptomatology;fear of disease progression

Folha em branco

Índice

Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
Lista de Anexos	xix
Introdução	1
Estado da Arte	3
Método	5
Participantes e Desenho de Investigação.....	5
Instrumentos.....	5
Questionário Sociodemográfico e Clínico	5
Patient Health Questionnaire (PHQ-9).....	5
Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)	6
Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP- Q-SF).....	6
Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30).....	6
Procedimento	7
Análise Estatística	7
Resultados	9
Discussão	13
Conclusões	17
Referências Bibliográficas	18

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos da Amostra.

Tabela 2 – Resultados da Regressão Linear.

Tabela 3 - Análise de Confiabilidade EORTC QLQ-C30.

Tabela 4 – Descrição Clínica da Amostra.

Tabela 5 – Sintomatologia de Depressão.

Tabela 6 – Sintomatologia de Ansiedade.

Tabela 7 – Qualidade de Vida.

Tabela 8 – Níveis de Medo de Progressão da Doença.

Tabela 9 – Análise das Diferentes Metodologias de Tratamento.

Tabela 10 – Qualidade de Ajuste do Modelo.

Folha em branco

Lista de Acrónimos

APA	American Psychological Association
CRI	Cancer Research Institute
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FCSH	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
FoP- Q-SF	Fear of Progression Questionnaire-Short Form
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale
GRP	Gabinete de Relações Públicas
IPO	Instituto Português de Oncologia
NCI	National Cancer Institute
NCCS	National Coalition for Cancer Survivorship
NHS	National Health Service
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
QLQ C-30	Quality of Life Questionnaire Core-30
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UBI	Universidade da Beira Interior
ULSCB	Unidade Local de Saúde da Cova da Beira
WHO	World Health Organization

Folha em branco

Lista de Anexos

ANEXO A - Referências Bibliográficas da Introdução.

ANEXO B - Complemento ao Estado da Arte.

ANEXO C - Tabelas Submetidas para Integração no Artigo Científico.

ANEXO D – Autorização da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar.

ANEXO E - Complemento à Descrição dos Instrumentos.

ANEXO F – Complemento ao Procedimento.

ANEXO G - Tabela 3: Análise de Confiabilidade EORTC QLQ-C30.

ANEXO H - Tabela 4: Descrição Clínica da Amostra.

ANEXO I - Tabela 5: Sintomatologia de Depressão, Tabela 6: Sintomatologia de Ansiedade e Tabela 7: Qualidade de Vida.

ANEXO J - Tabela 8: Níveis de Medo de Progressão da Doença, Tabela 9: Análise das Diferentes Metodologias de Tratamento e Tabela 10: Qualidade de Ajuste do Modelo.

ANELO K – Informação Adicional: Discussão, Implicações Práticas e Estudos Futuros.

Introdução

O presente trabalho dedicou-se sobre o estudo da saúde mental no sobrevivente de cancro, particularmente, sobre a avaliação do medo de progressão da doença, presença de sintomatologia de depressão e de ansiedade e a relação destas variáveis com a qualidade de vida dos sobreviventes oncológicos da região da Beira Interior. Este campo da Psicologia tem sido alvo de especial atenção, na medida em que, com o aumento do número de sobreviventes de cancro, graças aos avanços na medicina e investigação, tornou-se perceptível a importância de avaliar este grupo que sofre impactos da doença a curto e longo prazo (Bach et al., 2022). Este tipo de investigações é fundamental para que os prestadores de cuidados de saúde e cuidadores consigam responder às necessidades dos sobreviventes oncológicos e contribuam, consequentemente, para a redução do distress físico e psicológico por estes sentido (Bach et al., 2022; Ellis et al., 2021; Kuang et al., 2022; Petrella et al., 2023).

Para além disso, sabe-se que o medo de progressão da doença exerce influência sobre os comportamentos e atitudes adotados pelos sobreviventes, no entanto, não são ainda conhecidos de forma consistente o grau e os domínios deste impacto. Neste sentido, é reforçada, mais uma vez, a necessidade de estudar estas variáveis, visando providenciar informações viáveis e capacitando os sobreviventes para uma tomada de consciência e decisão sobre as suas ações e respetivos impactos ao nível da saúde (Luigjes-Huizer et al., 2022; Reed et al., 2020). O aumento da literacia sobre a relação entre o medo de progressão da doença e os domínios supramencionados, poderá refletir-se num melhor entendimento, individualização dos cuidados clínicos e consideração de potenciais obstáculos não só por parte dos próprios sobreviventes, mas também por parte dos prestadores de cuidados de saúde, profissionais de saúde, agentes políticos, entre outros (Haraldstad et al., 2019; Mahendran et al., 2021; Reed et al., 2020).

Algumas ações que podem ser motivadas pelos resultados de estudos deste cariz passam pelo desenho e adaptação de programas de intervenção que contemplem as variáveis em estudo, expansão dos períodos de follow-up e até agilização do processo de encaminhamento para serviços de acompanhamento psicológico (He et al., 2023).

Em adição aos fatores mencionados, destaca-se a falta de estudos contemplando estas variáveis no contexto português, especialmente em populações e variáveis pouco estudadas, ao contrário do que é recomendado no estudo da sobrevivência ao cancro por autores de referência nesta área como Chan e colegas (2021). Esta lacuna demonstra-se ainda mais evidente quando restringidos os critérios de pesquisa ao interior de Portugal, visto que a maioria dos estudos realizados em contexto português

conta com amostras recolhidas sobretudo no litoral do país, no Instituto Português de Oncologia [IPO] Porto, IPO Lisboa e IPO Coimbra.

O presente trabalho, redigido no âmbito da conclusão do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior, foi preparado e estruturado de acordo com as indicações da revista científica portuguesa “Análise Psicológica”. Neste sentido, o corpo deste trabalho é coincidente com o corpo do artigo enviado para submissão. Adicionalmente, e de forma a complementar a informação neste contida, assim como, empregar as referências consultadas, foram criadas secções complementares que se encontram em anexo, nomeadamente, uma revisão da literatura mais aprofundada, uma descrição exhaustiva dos instrumentos utilizados e um complemento a alguns aspetos da discussão.

No âmbito do XIV Congresso Nacional e III Congresso Luso-Brasileiro de Psico-Oncologia, o presente trabalho foi apresentado em formato de poster e um resumo do mesmo será publicado na *BMC Proceedings (In Press)*.

Estado da Arte

Na presença de um quadro oncológico, vários são os aspetos a definir e considerar, tais como, o tipo de cancro, o respetivo estágio e qual, ou quais, as metodologias de tratamento mais adequadas (Cancer Research UK, 2023; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023). Ainda que a doença oncológica seja a segunda principal causa de morte em Portugal, o grupo de sobreviventes de cancro tem registado um aumento ao longo dos anos, associado ao progresso científico (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2023). Todavia, o conceito “sobrevivente de cancro” suscita uma falta de consenso no que diz respeito à sua definição. Considerando os resultados obtidos numa investigação que analisou o entendimento e sentimento de pertença dos sobreviventes de cancro relativamente à definição do conceito (National Coalition for Cancer Survivorship [NCCS], 2023), e ainda, à luz dos objetivos que guiam o presente trabalho, foi adotada a definição defendida pelo National Cancer Institute [NCI] (2024) e pela NCCS (2023) que considera o sobrevivente de cancro enquanto todo o indivíduo com um quadro oncológico, desde o momento do diagnóstico, até ao fim da sua vida.

A partir da receção do diagnóstico, até mesmo após a finalização dos tratamentos, os sobreviventes de cancro são expostos a um conjunto de stressores de ordem física, psicológica, financeira e social que se refletem em domínios das suas vidas como a qualidade de vida e o nível de sobrevivência (Więckiewicz et al., 2024; World Health Organization [WHO], 2024). Nesta linha, estudos comprovam que este grupo apresenta maior suscetibilidade para o desenvolvimento de sintomatologia de ansiedade e de depressão, comparativamente à população geral, sendo estas comorbidades frequentes da doença oncológica (Lopes et al., 2022; Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, 2023; Więckiewicz et al., 2024).

Usualmente associado à ansiedade nos sobreviventes de cancro, surge o conceito de “medo de progressão da doença”, um dos sintomas de *distress* mais comum nos sobreviventes de cancro (Meissner et al., 2021). Segundo Dinkel e Herschbach (2018), este corresponde a uma resposta adequada direcionada a uma ameaça real, neste caso, o cancro e todas as suas consequências biopsicossociais. Estes sentimentos são experienciados a nível emocional, cognitivo, comportamental e psicológico e, por conseguinte, quando presentes em níveis desadaptativos, exercem influência sobre domínios como a qualidade de vida, flutuações emocionais, escolhas e adesão ao tratamento e bem-estar geral dos sobreviventes (He et al., 2023; Kuang et al., 2022; Reed et al., 2020). Evidências relatam a existência de alguns fatores preditores do medo de progressão da doença, tais como, ansiedade (Kim et al., 2022; Meissner et al., 2021), depressão (Meissner et al., 2021; Muldbücker et al., 2021), sexo (Muldbücker et

al., 2021; Pang & Humphris, 2021) e nível educacional (Halbach et al., 2016; Meissner et al., 2021).

As variáveis supramencionadas exercem, inevitavelmente, um forte impacto sobre a qualidade de vida desta população. Apesar da controvérsia que rodeia este conceito, a WHO (2012) define qualidade de vida enquanto a percepção do sujeito sobre a sua posição na vida, envolvendo o contexto cultural e o sistema de valores, objetivos, expectativas e preocupações em que este se insere. Segundo Kuang e colegas (2022) e Liu e colegas (2021), um dos obstáculos mais frequentemente enfrentado pelos sobreviventes de cancro é a baixa qualidade de vida, tendência que pode ser explicada pela experiência de sentimentos e pensamentos característicos do quadro clínico e respetivos tratamentos, e ainda, pela experiência de medo de progressão da doença. Para além disso, estudos relatam a existência de uma relação entre a presença de sintomatologia de depressão e de ansiedade, medo de progressão da doença, e um nível inferior de qualidade de vida (Kim et al., 2022; Liu et al., 2021).

No contexto português, embora a investigação no ramo da psico-oncologia seja ainda escassa, especialmente contemplando as variáveis em estudo, existem alguns resultados que merecem destaque. Nesta linha, Cruz (2024) verificou que a presença de níveis elevados de medo de progressão da doença estava associada a manifestações sintomatológicas de depressão e ansiedade. Por sua vez, Marinho (2015) ao avaliar o medo de progressão da doença em sobreviventes oncológicos, obteve taxas de prevalência na ordem dos 24% a 70%, que demonstraram refletir-se negativamente em alguns domínios biopsicossociais, e conseqüentemente, na qualidade de vida da amostra. Também, Monteiro (2021) obteve resultados interessantes no estudo da qualidade de vida nesta população. Em relação à região da Beira Interior, não foram identificados trabalhos que avaliassem as variáveis em estudo.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o medo de progressão da doença em sobreviventes de cancro na região da Beira Interior em Portugal considerando e relacionando-o com variáveis sociodemográficas, sintomatologia psicopatológica e com a qualidade de vida. Para tal, hipotetizou-se que o medo de progressão da doença assumia uma expressão significativa na amostra, revelando ainda diferenças ao nível da sua expressão entre sexos, níveis de habilitações literárias, estágio da doença, conhecimento sobre o estágio da doença e tipo de tratamento realizado. Adicionalmente, foi hipotetizado que indivíduos com sintomatologia de ansiedade e depressão apresentariam maior medo de progressão da doença e ainda, que estas variáveis exerciam impacto sobre a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro da região da Beira Interior.

Método

Participantes e Desenho de Investigação

A amostra de conveniência recolhida num meio hospitalar da região e num programa comunitário dedicado a esta população, promovido pelo Departamento de Ciências do Desporto da Universidade da Beira Interior, contou com 55 sobreviventes de cancro portugueses da região da Beira Interior, 69.1% do sexo feminino (n = 38) e 30.9% do sexo masculino (n= 17) com uma idade média de 62.27 (DP= 11.91). Conforme indicado na Tabela 1., 56.4% da amostra indicou estar “casado(a)” e 38.2% integrava o estatuto socioeconómico “baixo-médio”. No que toca às habilitações literárias, 25.5% da amostra completou o 1º ciclo e, com a mesma percentagem, 14 inquiridos referiram ter completado o ensino secundário.

No que concerne à situação profissional atual, 45.5% da amostra encontrava-se “reformado(a)”. Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: 1) Idade superior a 18 anos; 2) Diagnóstico oncológico, independentemente da localização anatómica ou tipo de tumor; 3) Residentes na Beira Interior.

Instrumentos

De forma a dar resposta aos objetivos delineados, foi construído um protocolo de avaliação composto pelos seguintes instrumentos: 1) Questionário Sociodemográfico e Clínico; 2) PHQ-9 (Patient Health Questionnaire); 3) GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale); 4) FoP- Q-SF (Fear of Progression Questionnaire-Short Form) e 5) EORTC QLQ C-30 (Quality of Life Questionnaire Core-30).

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário permitiu recolher informações de cariz sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, estatuto socioeconómico, habilitações literárias, situação profissional atual), caracterizar o quadro oncológico (data do diagnóstico, tipo de cancro, estágio e fase da doença, metodologias de tratamento) e ainda, auscultar a existência de acompanhamentos clínicos (diagnósticos psicológicos/ psiquiátricos e/ou neurológicos prévios).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Este instrumento permitiu avaliar a presença de sintomatologia depressiva, sendo composto por 9 itens clínicos, e um item adicional, dedicado à avaliação do impacto das dificuldades enfrentadas pelo respondente em vários domínios (Torres et al., 2016). O formato de resposta assentou numa escala de tipo Likert de três pontos e

assim, a pontuação total pode oscilar entre 0 e 27 (Kroenke et al., 2001; Torres et al., 2016). De forma a prover uma avaliação da gravidade dos sintomas depressivos, foram estabelecidos, na sua versão original, pontos de corte que correspondem a: 0-4 sintomas mínimos; 5-9 sintomas leves; 10-14 sintomas moderados; 15-19 sintomas severo-moderado; 20-27 sintomas severos (Torres et al., 2016). No estudo de validação do instrumento para o contexto português, foi reportada uma boa consistência interna ($\alpha = .86$) (Torres et al., 2016), sendo que o mesmo cenário se verificou no seio do presente estudo ($\alpha = .88$).

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

Este questionário permitiu avaliar a presença de sintomatologia de ansiedade generalizada (Spitzer et al., 2006). É composto por sete itens, aos quais é dada resposta por meio de uma escala de Likert, de quatro pontos, que varia entre “não de todo” e “quase todos os dias” (Sousa et al., 2015). Assim, a pontuação final é obtida pela soma das pontuações do questionário (Sousa et al., 2015). Os pontos de corte permitem classificar a gravidade da sintomatologia de ansiedade enquanto nenhuma/ normal (0-4); média (5-9), moderada (10-14) ou severa (15-21) (Sousa et al., 2015). No estudo de validação do instrumento para o contexto português, foi reportada uma boa consistência interna ($\alpha = .88$) (Sousa et al., 2015), sendo que o mesmo cenário se verificou no seio do presente estudo ($\alpha = .90$).

Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP- Q-SF)

A versão reduzida deste instrumento é composta por 12 itens com uma escala de resposta de tipo Likert de cinco pontos (Silva et al., 2022). A pontuação total é obtida através da soma das pontuações alcançadas sendo que, quanto mais alta a pontuação, maior o medo de progressão da doença (Silva et al., 2022). No estudo de validação do instrumento para o contexto português, foi reportada uma boa consistência interna ($\alpha = .86$) (Silva et al., 2022), sendo que o mesmo cenário se verificou no seio do presente estudo ($\alpha = .91$).

Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30)

O EORTC QLQ C-30 é um instrumento composto por 30 itens que permite obter uma avaliação multidimensional do conceito “qualidade de vida” (Pais-Ribeiro et al., 2008). Engloba cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, uma escala que avalia a qualidade de vida geral e ainda, itens individuais dedicados à avaliação de sintomas frequentemente relatados pelos sobreviventes de cancro (Aaronson et

al.,1993; Pais-Ribeiro et al., 2008). O seu sistema de pontuação assenta numa escala de Likert de quatro pontos, variando entre 1 - “não, de todo” e 4- “muito”. No estudo de validação do instrumento para o contexto português, foi reportada uma boa consistência interna para a maioria das escalas (Pais-Ribeiro et al., 2008), sendo que o mesmo cenário se verificou no presente estudo, quer ao nível das escalas, quer ao nível da consistência interna de todos os itens que constituem o instrumento ($\alpha = .83$).

Procedimento

Para dar início ao processo de recolha de dados, foi primeiramente obtida a aprovação da comissão de ética da unidade hospitalar (Parecer nº 17/2024). Posto isto, foi dado início ao processo de recolha de dados, durante a qual foram entregues os protocolos de avaliação em formato de papel aos sobreviventes de cancro. Todas as respostas foram usadas unicamente para fins de investigação e sempre analisadas de forma anónima.

Análise Estatística

Os dados foram trabalhados com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics 28*, onde foi possível obter uma análise descritiva dos mesmos (estatística descritivas, médias, desvio-padrão, mínimos e máximos), analisar a consistência interna de cada instrumento (Alfa de *Cronbach*), testar pressupostos como a normalidade, através do Teste *Kolmogorov-Smirnov*, a homogeneidade, através do Teste de *Levene* e a Multicolineariedade, através de Diagnósticos de Colinearidade, e ainda, realizar a testagem dos objetivos delineados através dos seguintes procedimentos estatísticos: Teste t de *Student* para uma amostra, Teste t de *Student* para amostras independentes, Coeficiente de Correlação de *Spearman*, Teste *Kruskall-Wallis*, Teste *Mann-Whitney U* e Teste de Regressão Linear.

Os valores utilizados na interpretação do tamanho do efeito das correlações, foram os propostos por Cohen (1988), que definiu que os coeficientes .10, .30 e .50 representam tamanhos do efeito pequenos, médios e elevados, respetivamente.

Resultados

Em relação aos aspetos clínicos, 42.6% (n = 23) da amostra havia recebido o diagnóstico oncológico há um ano ou menos, enquanto 40.7% (n = 22) foi diagnosticada entre dois e cinco anos antes do momento da resposta ao protocolo. Os tipos de cancro mais prevalentes foram o cancro da mama (n = 26; 47.3%), o cancro do cólon e do reto (n = 13; 23.6%) e o cancro do pulmão (n = 7; 12.7%), no entanto, 40% da amostra relatou não conhecer o estágio da sua doença aquando do diagnóstico (n = 22). No momento da resposta ao protocolo, 38.9% da amostra encontrava-se em fase de tratamentos (n = 21) e 53.7% em fase de remissão da doença (n = 29). No tocante aos tratamentos já realizados, 16.4% relatou já ter realizado cirurgia (n = 9), 23.6% cirurgia e quimioterapia (n = 13) e 16.4% cirurgia e hormonoterapia (n = 2). Em relação aos acompanhamentos clínicos, foi possível verificar que mais de metade da amostra não tinha, ou teve, qualquer tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (n = 43; 78.2%).

Sintomatologia de Depressão

No que diz respeito ao PHQ-9, as pontuações obtidas variaram entre 0 e 27, sendo obtida uma média de 6.75 ($DP = 5.84$). Relativamente às categorias de intensidade sintomatológica, a mais prevalente foi a sintomatologia depressiva mínima (n = 27; 49.1%), seguida da sintomatologia depressiva leve (n = 12; 21.8%) e sintomatologia depressiva moderada (n = 11; 20%). Ao estabelecer uma comparação com o estudo de validação deste instrumento para a população portuguesa (Torres et al., 2016), foi possível constatar que a presente amostra relatou índices sintomatológicos mais elevados do que os obtidos no estudo de Torres e colegas (2016), que apresentou uma média de 4.92 ($DP = 4.63$).

Sintomatologia de Ansiedade

No que concerne ao GAD-7, a pontuação variou entre 0 e 18, sendo obtida uma média de 4.65 ($DP = 4.72$). Relativamente às categorias de intensidade sintomatológica, a maioria da amostra revelou níveis sintomatológicos normais (n = 31; 56.4%), enquanto 27.3% apresentou níveis sintomatológicos médios (n = 15) e 12.7% níveis sintomatológicos moderados (n = 7). Comparativamente aos resultados obtidos no estudo Sousa e colegas (2015), foi possível verificar que a presente amostra reportou índices de ansiedade mais baixos, uma vez que este obteve uma média de 15.7 ($DP = 4.6$).

Medo de Progressão da Doença

Pela aplicação do FoP-Q-SF, foram obtidas pontuações entre os 12 e os 54, resultando numa média de 32.18 ($DP = 11.12$). De forma a analisar a expressão do medo de progressão da doença na amostra, foram utilizados os valores da média e desvio-padrão obtidos no estudo de Silva e colegas (2022) para a criação de categorias. Assim, obteve-se que 54.5% da amostra apresentava níveis normativos de medo de progressão da doença ($n = 30$). Ao realizar um Teste t de *Student* para uma amostra, foi possível comprovar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a expressão de medo de progressão da doença na população do presente estudo e na população do estudo de Silva e colegas (2022), onde a média de resposta foi mais elevada ($M = 40.4$; $DP = 9.15$; $t(54) = -5.48$, $p = .00$, bilateral).

Qualidade de Vida

O EORTC QLQ C-30 apurou que, em relação à qualidade de vida global, a presente amostra exibiu uma média de 58.79 ($DP = 22.01$). Pela realização de um Teste t de *Student* para uma amostra, foi possível verificar a inexistência de uma diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida relatada pela amostra avaliada no presente estudo e a amostra do estudo de Pais-Ribeiro e colegas (2008) ($M = 62.00$; $DP = 22.60$; $t(54) = -1.08$, $p = .28$, bilateral).

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Posteriormente e visando avaliar a existência de diferenças entre sexos na expressão do medo de progressão da doença, foi aplicado um Teste t de *Student* para amostras independentes, através do qual foi possível comprovar a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino ($M = 35.45$; $DP = 10.37$) e o sexo masculino ($M = 24.88$; $DP = 9.31$; $t(53) = 3.60$, $p = .00$, bilateral). A diferença média registada entre os grupos foi de 10.57, com um medo mais elevado das participantes do sexo feminino.

De forma a testar a existência de diferenças na expressão do medo de progressão da doença entre sujeitos com um baixo nível de habilitações literárias (até ao 1º ciclo do ensino obrigatório) e sujeitos com nível médio/ alto de habilitações literárias (igual ou superior ao 2º ciclo do ensino obrigatório), foi realizado um Teste *Mann-Whitney U*. Assim, foi possível comprovar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($Md_{baixas\ habilitações} = 24.50$, $n = 16$; $Md_{médias/altas\ habilitações} = 37.00$, $n = 39$, $U = 466.00$, $z = 2.86$, $p = .00$), com os participantes com mais habilitações a apresentar medo de progressão mais elevado.

Ao testar a relação entre a presença de sintomatologia de ansiedade e de depressão e o medo de progressão da doença, através de um Coeficiente de Correlação de *Spearman*, foi possível constatar a existência de uma correlação positiva média entre a sintomatologia de depressão e o medo de progressão da doença, ($r_s = .43$, $n = 55$, $p < .00$) e uma correlação positiva alta entre a sintomatologia de ansiedade e o medo de progressão da doença ($r_s = .66$, $n = 55$, $p < .00$). Neste sentido, foi ainda calculado o coeficiente de determinação para cada associação, sendo possível apurar que 18% da variância do medo de progressão da doença é explicada pela sintomatologia de depressão e, por sua vez, 44% da variância é explicada pela sintomatologia de ansiedade. De forma a obter conclusões mais aprofundadas, foi ainda realizado um Teste *Kruskal-Wallis* permitindo estabelecer comparações entre as categorias de intensidade sintomatológica em relação à expressão do medo de progressão da doença. Assim, revelou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as categorias sintomatológicas de depressão e o medo de progressão da doença ($H(4) = 8.47$, $p = .08$). Contrariamente, foi possível assinalar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da sintomatologia de ansiedade e o medo de progressão da doença ($H(3) = 21.13$, $p = .00$). Estabelecida a comparação entre as categorias, foi possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as categorias normal e média ($H = -14.40$, $p = .03$) e as categorias normal e moderada ($H = -25.77$, $p = .00$).

Para analisar a existência de uma relação entre o estágio da doença e o medo de progressão realizou-se um Coeficiente de Correlação de *Spearman*, através do qual foi verificada a inexistência de uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($r_s = -.31$, $n = 33$, $p < .08$). De forma semelhante, através da realização de um Teste *t* de *Student* para amostras independentes, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sobreviventes que conheciam o estágio da sua doença e os que não conheciam ($M_{conheciam\ o\ estágio} = 33.91$; $DP = 10.62$; $M_{nãoconheciam\ o\ estágio} = 29.59$; $DP = 11.59$; $t(53) = -1.43$, $p = .16$).

Visando entender o papel do tipo de tratamento realizado sobre o medo de progressão da doença, e segundo os resultados obtidos pela aplicação de um Teste *Kruskal-Wallis*, foi possível verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($H(12) = 17.79$, $p = .12$).

De forma a investigar a existência de uma relação entre a qualidade de vida e o medo de progressão da doença, a sintomatologia de depressão e de ansiedade, foi realizado um Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Neste sentido, comprovou-se que o medo de progressão da doença e a sintomatologia de ansiedade revelaram uma correlação negativa média com a qualidade de vida (Medo de Progressão da Doença-

Qualidade de Vida: $r_s = -.35$, $n = 55$, $p < .01$; Ansiedade- Qualidade de Vida: $r_s = -.41$, $n = 55$, $p < .00$) e, por sua vez, a sintomatologia de depressão, apresentou uma correlação negativa alta com a qualidade de vida (Depressão- Qualidade de Vida: $r_s = -.50$, $n = 55$, $p < .00$). Posto isto, foi calculado o coeficiente de determinação, com base no qual foi possível constatar que 25% da variação da qualidade de vida é explicada pela sintomatologia de depressão, 16% pela sintomatologia de ansiedade e 12% pelo medo de progressão da doença. Visando perceber o quão determinada era a qualidade de vida pelas variáveis independentes, foi realizado um Teste de Regressão Linear, cujos resultados revelaram que, apesar de nenhuma das variáveis independentes revelar um impacto significativo individual na predição da qualidade de vida ($\beta_{PHQ} = -.32$, $p = .06$; $\beta_{FOP} = -.25$, $p = .14$; $\beta_{GAD} = -.01$, $p = .96$), conforme apresentando na Tabela 2, o conjunto dessas variáveis revelou-se preditor da variável dependente ($F(3) = 4.58$, $p = .01$). Ao examinar a qualidade de ajuste do modelo, foi possível verificar que 21% da variabilidade da qualidade de vida, era explicada pelo mesmo.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender o medo de progressão da doença oncológica, investigando a sua relação com fatores sociodemográficos, sintomatologia de ansiedade e de depressão e o impacto destas variáveis na qualidade de vida dos sobreviventes de cancro da região da Beira Interior.

Sendo o medo de progressão da doença uma das necessidades mais acentuadas dos sobreviventes de cancro é fundamental avaliar e compreender o fardo emocional a este inerente (Luigjes-Huizer et al., 2022; Meissner et al., 2021). Neste sentido, a amostra em estudo revelou níveis de medo de progressão da doença mais baixos, comparativamente aos resultados obtidos por Cruz (2024), Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021), Machado (2017) e Silva e colaboradores (2022) ao analisarem sobreviventes de cancro portugueses. A heterogeneidade dos resultados obtidos entre estudos no que se refere à expressão do medo de progressão da doença, pode estar associada, em parte, ao uso de diferentes instrumentos de avaliação, sendo que cada um apresenta diferentes pontos de corte (Luigjes-Huizer et al., 2022).

Perturbações de ansiedade e depressão são comorbilidades frequentemente enfrentadas pelo sobrevivente oncológico, devido à maior suscetibilidade deste grupo para a experiência de sintomatologia deste cariz (Bach et al., 2022; Więckiewicz et al., 2024). A presente amostra exibiu esta propensão, uma vez que, 60.9% dos inquiridos relataram algum tipo de sintomatologia depressiva, e, por sua vez, 43.6% dos inquiridos relataram algum tipo de sintomatologia de ansiedade. Estes achados vão ao encontro de resultados previamente obtidos (Lopes et al., 2022; Więckiewicz et al., 2024).

Relativamente às diferenças entre sexos na expressão do medo de progressão da doença, embora esta relação não seja completamente clara, estudos aludem para a existência de diferenças (Luigjes-Huizer, et al., 2022; Muldbücker et al., 2021; Pang & Humphris, 2021), predisposição verificada nos sobreviventes de cancro da região da Beira Interior. Como possível justificação para esta tendência, Pang e Humphris (2021) postularam que o sexo feminino tende a exprimir maior necessidade de suporte social e mental, uma vez que manifestam maiores prevalências e consequências associadas a vários tipos de perturbações psicológicas e psiquiátricas e ainda, que este grupo revela maior abertura para procurar ajuda e expressar os seus sentimentos.

Na tentativa de compreender o medo de progressão da doença, vários estudos debruçam-se sobre a sua relação com diversas variáveis sociodemográficas e clínicas, visando identificar possíveis fatores de risco, de forma a agilizar o processo de sinalização e acompanhamento dos sujeitos mais vulneráveis (Pang & Humphris, 2021). Aquando da existência de uma relação entre o nível de escolaridade e o medo de

progressão da doença, têm predominado duas possíveis justificações: quando verificada uma associação positiva entre as variáveis, como é o caso do presente estudo, assume-se que os maiores níveis de conhecimento e capacidade de procura de informação adicional sobre o quadro clínico, tratamentos e prognóstico, podem favorecer o desenvolvimento de pensamentos catastróficos que, conseqüentemente, se refletem em níveis mais elevados de medo de progressão da doença (Mahendran et al., 2021). Por outro lado, quando verificada uma associação negativa entre as variáveis, é concedido um papel protetor ao conhecimento, assumindo que a falta deste, favorece a catastrofização (Calderon et al., 2024; He et al., 2023). Ademais, existem ainda investigações que não revelam qualquer associação entre as variáveis (Cruz, 2024; Oztas, Ugurlu & Kurt, 2022).

No que concerne à associação entre o estágio da doença e o medo de progressão, alguns resultados aludem para a existência de uma relação positiva entre as variáveis (Halbach et al., 2016; He et al., 2023). Halbach e colegas (2016) justificam esta tendência postulando que estádios mais altos podem ser interpretados pelos sobreviventes enquanto indicadores de um desenvolvimento e prognóstico mais reservado, o que por sua vez, se poderá refletir no medo de progressão da doença. Em contrapartida e à semelhança do presente estudo, autores como Calderon e colaboradores (2024) e Oztas, Ugurlu e Kurt (2022), relatam a inexistência de qualquer tipo de associação entre as variáveis.

Analogamente, os achados relativos à associação entre o tipo de tratamento realizado e o medo de progressão não traduzem uma tendência clara e consistente, facto verificado no presente estudo, onde não foram encontradas associações entre as variáveis. No entanto, alguns resultados comprovam a existência de uma associação positiva entre a realização de radioterapia e o medo de progressão da doença (Luo et al., 2020; Zheng et al., 2022;). Essa relação poderá dever-se aos impactos emocionais e físicos decorrentes da experiencição de radioterapia, uma metodologia de tratamento que acarreta diversos efeitos secundários, que em alguns casos, podem ser percebidos enquanto um lembrete constante do quadro oncológico, ou até mesmo, enquanto indicadores de um agravamento ou recorrência (Lou et al., 2020; National Health Service [NHS], 2020; Zheng et al., 2022).

Divergindo das associações previamente discutidas, a relação entre o medo de progressão, a sintomatologia de depressão e a sintomatologia de ansiedade, encontra-se bem documentada e consolidada, sendo que vários autores reportam a existência de uma associação positiva entre as variáveis (Calderon et al., 2024; Kim et al., 2022). Curiosamente, alguns dados ilustram uma maior correlação entre a sintomatologia de depressão e o medo de progressão, comparativamente à sintomatologia de ansiedade,

tendência verificada também no presente estudo (Cruz, 2024; Muldbücker et al., 2021). Apesar desta relação se encontrar bem consolidada, não são ainda claras as causas que a justificam, no entanto, alguns autores avançam possíveis explicações. Neste sentido, pesquisas comprovam que a vivência de experiências, potencialmente traumáticas, inerentes ao quadro oncológico, poderá favorecer o desenvolvimento de sintomatologia de depressão, de ansiedade e medo de progressão da doença (Bach et al., 2022). Adicionalmente, este medo engloba um conjunto de sinais e sintomas característicos de outras perturbações psicológicas e, ao exercer um forte impacto sobre o humor desta população, poderá aumentar a sua vulnerabilidade para a experiência de sintomatologia deste cariz (Cruz et al., 2024; Meissner et al., 2021).

Sendo a qualidade de vida uma interpretação subjetiva sobre a posição na vida, que reflete as expectativas e preocupações do sujeito (WHO, 2012) e trazendo à luz os aspetos supramencionados acerca da carga emocional e psicológica acarretada pelo quadro oncológico, é esperado que este grupo relate impactos negativos ao nível da sua qualidade de vida, existindo já vários estudos que comprovam esta tendência (Kuang et al., 2022; Liu et al., 2021; Więckiewicz et al., 2024). Seguindo uma abordagem mais extensiva, algumas investigações dedicaram-se sobre a análise da relação entre qualidade de vida, sintomatologia de depressão, sintomatologia de ansiedade e medo de progressão da doença, descrevendo a existência de uma associação negativa entre a qualidade de vida e as restantes variáveis (Goebel & Mehdorn, 2019; Mahendran et al., 2021). Neste sentido, os resultados obtidos no presente estudo corroboram esta tendência. Não obstante, alguns estudos analisarem a existência de associações entre estas variáveis, são escassos aqueles que investigam o poder preditivo de cada uma delas. Assim, para além do estudo de Mahendran e colegas (2021), que apresenta resultados semelhantes aos obtidos no presente estudo, os restantes trabalhos identificados que efetivamente analisam estes fatores, reportam há 10 anos ou mais, o que destaca a necessidade de compreender a interação entre estas, e outras variáveis, assim como, de perceber o impacto individual de cada uma delas, permitindo sinalizar os indivíduos com maiores fatores de riscos e respetivas necessidades.

Limitações

O presente estudo revela as seguintes limitações: 1) carácter transversal, o que não permite estabelecer qualquer associação causal e/ou temporal; 2) tamanho e composição da amostra, sendo uma amostra clínica, as características dos elementos que a compõem podem não corresponder às características da população geral. Para além disso, esta amostra é marcada pela heterogeneidade, visível na sua distribuição

entre sexos e níveis de habilitações literárias, o que exige a devida cautela na interpretação e generalização dos resultados obtidos; 3) efeitos da desejabilidade social; 4) viés de memória e autorrelato; 5) escassa bibliografia sobre algumas temáticas e variáveis adaptadas e avaliadas para o contexto português.

Conclusões

O presente estudo permitiu apurar que os sobreviventes de cancro da região da Beira Interior apresentam, na sua maioria, níveis normativos de medo de progressão da doença, assumindo maior expressão em indivíduos do sexo feminino, com habilitações literárias médias a altas e com manifestações sintomatológicas de ansiedade e de depressão. Para além disso, foi ainda possível apurar a natureza e força da relação entre estas variáveis e a qualidade de vida nesta população. Estes resultados revelam-se fundamentais para a melhoria dos serviços prestados, permitindo identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento dos quadros retratados e, consequentemente, sinalizar os sobreviventes que apresentam maior vulnerabilidade. Investigações futuras devem investigar o medo de progressão da doença, especialmente na população portuguesa, assim como a sua associação com outras variáveis e respetivos comportamentos ao longo do tempo.

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A. Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal Of The National Cancer Institute*, 85(5), 365- 376. <https://academic.oup.com/jnci>
- Bach, A., Knauer, K., Graf, J., Schäffeler, N., & Stengel, A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 12(4), 623–635. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i4.623>
- Calderon, C., Gustems, M., Galán-Moral, R., Muñoz-Sánchez, M. M., Ostios-García, L., & Jiménez-Fonseca, P. (2024). Fear of Recurrence in Advanced Cancer Patients: Sociodemographic, Clinical, and Psychological Correlates. *Cancers*, 16(5). <https://doi.org/10.3390/cancers16050909>
- Cancer Research UK. (2023). *Stages of Cancer*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/stages-of-cancer>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cruz, A., (2024). *Qualidade de Vida no Cancro: Autocompaixão e Medo de Progressão da Doença* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Portal FPCEUP. https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=197893
- Dinkel, A., Herschbach, P. (2018). Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. In: U. Goerling, & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology: Recent Results in Cancer Research* (Vol. 210, pp. 13-33). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Goebel, S., & Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3521–3529. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04665-9>
- Halbach, S. M., Enders, A., Kowalski, C., Pfortner, T. K., Pfaff, H., Wesselmann, S., & Ernstmann, N. (2016). Health literacy and fear of cancer progression in elderly women newly diagnosed with breast cancer-A longitudinal analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 855–862. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.012>

- He, J. L., Xu, H. Q., Yang, J., Hou, D. J., Gong, X. Y., Lu, X. Y., Wang, W., Cai, M., Yu, Y., & Gao, J. (2023). Fear of disease progression among breast cancer patients in China: a meta-analysis of studies using the fear of progression questionnaire short form. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1222798>
- Kim, H., Cho, I. K., Lee, D., Kim, K., Lee, J., Cho, E., Park, C., & Chung, S. (2022). Effect of Cancer-Related Dysfunctional Beliefs About Sleep on Fear of Cancer Progression in the Coronavirus Pandemic. *Journal of Korean Medical Science*, 37(36). <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e272>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal Of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuang, X., Long, F., Chen, H., Huang, Y., He, L., Chen, L., Xie, L., Li, J., Luo, Y., & Tao, H. (2022). Correlation research between fear of disease progression and quality of life in patients with lung cancer. *Annals Of Palliative Medicine*, 11(1), 35- 44. <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2821>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2021). *Impacto Económico e Psicossocial do Cancro da Mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/impactocamama/>
- Liu, Q. Wei, Qin, T., Hu, B., Zhao, Y. ling, & Zhu, X. li. (2021). Relationship between illness perception, fear of progression and quality of life in interstitial lung disease patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 3493–3505. <https://doi.org/10.1111/jocn.15852>
- Lopes, C., Conceição, L., Fontes, F., Ferreira, A., Pereira, S., Lunet, N., & Araújo, N. (2022). Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis—The NEON-BC Prospective Study. *Current Oncology*, 29(3), 2141–2153. <https://doi.org/10.3390/currencol29030173>
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., Wit, N. J., Fisher, P. L., Galica, J., Garland, S. N., Helsper, C, W., Jeppesen, M. M., Liu, J., Mititelu, R., Monninkhof, E. M., Russell, L., Savard, J., Speckens, A., Helmond, S., Vantandoust, S., Zdenkowski, N., & Van der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(6), 879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- Luo, X., Li, W., Yang, Y., Humphris, G., Zeng, L., Zhang, Z., Garh, S., Zhang, B., & Sun., H. (2020). High Fear of Cancer Recurrence in Chinese Newly Diagnosed Cancer

- Patients. *Frontiers in Psychology*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01287>
- Machado, R. (2017). *Adaptação psicológica à doença oncológica: o medo da progressão da doença*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Sigarra.
https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=197893
- Mahendran, R., Liu, J., Kuparasundram, S., Simard, S., Chan, Y., Kua, E., & Griva, K. (2021). Fear of cancer recurrence among cancer survivors in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 62 (6). 305 – 310.
<https://doi.org/10.11622/smedj.2020007>
- Marinho, S. (2015). *Medo de Recorrência e Medo de Progressão em Doentes Oncológicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Lisboa]. Repositório ul.
<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29484/1/SaraDMarinho.pdf>
- Meissner, V. H., Olze, L., Schiele, S., Ankerst, D. P., Jahnen, M., Gschwend, J. E., & Herkommer, K., A. (2021). Fear of Cancer Recurrence and Disease Progression in Long-Term Prostate Cancer Survivors After Radical Prostatectomy: A Longitudinal Study. *Wiley Online Library*, 127(22), 4140- 414.
<https://doi.org/10.1002/cncr.33836>
- Monteiro, L. (2021). *Resiliência e Distress Psicológico em Doentes Oncológicos: Uma revisão sistemática da literatura* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/11914>
- Muldbücker, P., Steinmann, D., Christiansen, H., de Zwaan, M., & Zimmermann, T. (2021). Are women more afraid than men? Fear of recurrence in couples with cancer—predictors and sex-role-specific differences. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(1), 89–104. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1762823>
- National Cancer Institute [NCI]. (2024). *Definitions – Survivorship Terms*. <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions>
- National Coalition for Cancer Survivorship [NCCS]. (2023). *State of Survivorship – Survey: 2023*. <https://canceradvocacy.org/2023-state-of-cancer-survivorship-survey/>
- National Health Service [NHS]. (2020). Overview: Chemotherapy. <https://www.nhs.uk/conditions/chemotherapy/>
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2023). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*. OECD.
<https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>

- Oztas, B., Ugurlu, M., & Kurt, G. (2022). Fear of cancer recurrence and coping attitudes of breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 31(6). <https://doi.org/10.1111/ecc.13742>
- Pais-Ribeiro, J. L. P., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89–102. <https://sp-ps.pt/site/detalhe/11870>
- Pang, C., & Humphris, G. (2021). The Relationship Between Fears of Cancer Recurrence and Patient Gender: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. *Frontiers Media S.A.*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.640866>
- Reed, S., Bell J., Miglioretti, D., Nekhlyudov, L., Fairman, N., & Joseph, J. (2020). Relationships between fear of cancer recurrence and lifestyle factors among cancer survivors. *J Cancer Educ*, 35. 669-677. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01509-2>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023). *Cancro*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/cancro/#o-que-e-o-estadio-do-cancro>
- Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2023). *Cancro, o impacto psicológico da doença*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/cancro-o-impacto-psicologico-da-doenca/>
- Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) in Portuguese Cancer Survivors. *Healthcare (Switzerland)*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). Reliability and Validity of the PHQ-9 in Portuguese Women with Breast Cancer. *Future Academy*, 411-423. <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.39>

- Więckiewicz, G., Weber, S., Florczyk, I., & Gorczyca, P. (2024). Socioeconomic Burden of Psychiatric Cancer Patients: A Narrative Review. *Cancers*, 16(6). <https://doi.org/10.3390/cancers16061108>
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Tools and toolkits/WHOQOL: WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Cancer*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Zheng, M., Wan, H., Zhu, Y., & Xiang, L. (2022). The Correlation between Radiotherapy and Patients' Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 24(3), 186-198. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000848>

ANEXOS

ANEXO A – Referências Bibliográficas da Introdução

- Bach, A., Knauer, K., Graf, J., Schäffeler, N., & Stengel, A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, *12*(4), 623–635. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i4.623>
- Chan, R., Nekhlyudov, L., Duijts, S., Hudson, S., Jones, J., Keogh, J., Love, B., Lustberg, M., Mehnert-Theuerkauf, A., Nathan, P., & Ness, K. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*, 659–667. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Ellis, S., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., Pakenham, K. I., & Perrott, C. (2021). Quality of life and fear of cancer recurrence in patients and survivors of non-Hodgkin lymphoma. *Psychology, Health and Medicine*, *27*(8), 1649–1660. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1913756>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C.R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T.A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V.A., Larsen, M.H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L.G., Moons, P., Norekvål, T. M., Ribu, L., Rohde, G. E., Urstad, K. H., Helseth, S., & Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- He, J. L., Xu, H. Q., Yang, J., Hou, D. J., Gong, X. Y., Lu, X. Y., Wang, W., Cai, M., Yu, Y., & Gao, J. (2023). Fear of disease progression among breast cancer patients in China: a meta-analysis of studies using the fear of progression questionnaire short form. *Frontiers in Psychology*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1222798>
- Kuang, X., Long, F., Chen, H., Huang, Y., He, L., Chen, L., Xie, L., Li, J., Luo, Y., & Tao, H. (2022). Correlation research between fear of disease progression and quality of life in patients with lung cancer. *Annals Of Palliative Medicine*, *11* (1), 35- 44. <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2821>
- Luigjes-Huizer, Y., Tauber, N., Humphris, G., Kasparian, N., Lam, W., Lebel, S., Simard, S., Smith, A., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, J., Custers, J., Wit, N., Fisher, P., Galica, J., Garland, S., Helsper, C., Jeppesen, M., Liu, J., Mititelu, R., Monninkhof, E., Russell, L., Savard, J., Speckens, A., Van Helmond, S., Vatandoust, S., Zdenkowski, N., Van der Lee, M. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*. John Wiley and Sons Ltd, *31* (6). 879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>

- Mahendran, R., Liu, J., Kuparasundram, S., Simard, S., Chan, Y., Kua, E., & Griva, K. (2021). Fear of cancer recurrence among cancer survivors in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 62(6), 305 – 310. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020007>
- Petrella, A., Storey, L., Hulbert-Williams, N., Fern, L., Lawal, M., Gerrand, C., Windsor, R., Woodford, J., Bradley, J., O’Sullivan, H., Wells, M., & Taylor, R. (2023). Fear of Cancer Recurrence in Patients with Sarcoma in the United Kingdom. *Cancers*, 15 (3). <https://doi.org/10.3390/cancers15030956>
- Reed, S. C., Bell, J. F., Miglioretti, D. L., Nekhlyudov, L., Fairman, N., & Joseph, J. G. (2020). Relationships Between Fear of Cancer Recurrence and Lifestyle Factors Among Cancer Survivors. *Journal of Cancer Education*, 35(4), 669–677. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01509-2>

ANEXO B – Complemento ao Estado da Arte

O ser humano é composto por trilhões de células, cuja organização é baseada num processo de divisão celular que permite a sua multiplicação e crescimento de forma ordeira. Assim, consoante as necessidades do corpo humano, as células danificadas e antigas são eliminadas e, por sua vez, novas células são produzidas (NCI, 2021b; SNS, 2023a). No entanto, por vezes este processo sofre uma desregulação, fazendo com que as células danificadas, ao invés de serem eliminadas, cresçam e se multipliquem (NCI, 2021b; SNS, 2023a). Desse crescimento podem surgir tumores, que consistem em nódulos de tecido celular (NCI, 2021b).

Nesta linha, surge o termo “Cancro”, que engloba um vasto conjunto de doenças, que podem ter início na maioria dos órgãos e tecidos do corpo humano, marcadas pelo crescimento anormal e descontrolado das células (Cancer Research UK, 2023a; Fung, 2020; SNS, 2023a; WHO, 2024). Este crescimento tende a resultar na formação de massas tumorais, no entanto, existem alguns tipos de cancro, como aqueles que ocorrem a nível sanguíneo, que não originam este tipo de massas (SNS, 2023a).

De forma a promover uma melhor compreensão dos conteúdos que serão posteriormente apresentados, considera-se relevante estabelecer uma distinção entre os termos tumor, cancro e neoplasia, muitas vezes utilizados, erroneamente, como sinónimos. O primeiro termo alude à ampliação de massa, associada ao aumento e acúmulo de um tecido ou região (SNS, 2023a). Assim sendo, um tumor pode estar presente: na sequência de uma reação inflamatória, como uma queimadura ou infeção; pelo aumento de fluídos em determinada região, ou, na sequência do surgimento de uma neoplasias (SNS, 2023a). Por sua vez, o termo “neoplasia” representa uma massa anormal de tecido, gerada pelo processo descontrolado de crescimento celular (SNS, 2023a). Logo, “Cancro” é o termo usado para referenciar neoplasias malignas (SNS, 2023a). Enquanto as neoplasias benignas não invadem os tecidos adjacentes, sendo que, quando removidas, não tendem a ressurgir, as neoplasias malignas, ou cancros, tendem a invadir os tecidos adjacentes, podendo expandir-se para outras zonas e órgãos do corpo, levando à formação de novas massas tumorais (NCI, 2021b; SNS, 2023a). Metastização é o nome dado a este processo, marcado pela disseminação do cancro, através da corrente sanguínea ou do líquido presente nos tecidos corporais, para outras regiões do corpo (WHO, 2024). Este processo constitui a principal causa de morte associada a quadros oncológicos (WHO, 2024).

Atualmente sabe-se que existe uma relação entre a genética individual e o aparecimento de cancro (SNS, 2023a). Assim, esta é uma doença genética, ou seja, causada, em parte, por alterações a nível genético (NCI, 2021b). Estas mutações podem ter lugar nas células reprodutivas, sendo transmitidas intergeracionalmente, mas

também podem dever-se a fatores externos, conhecidos como carcinogénicos, conceito que engloba elementos químicos que apresentam algum tipo de relação com o aparecimento de um quadro oncológico (Fung, 2020). Alguns elementos conhecidos pelas suas propriedades carcinogénicas são o tabaco, a exposição a vírus, raios ultravioleta e substâncias químicas (Fung, 2020; SNS, 2023a).

Tendo em conta a complexidade dos processos descritos e a investigação realizada, sabe-se que existem mais de 200 tipos de cancro, uma vez que cada tipo de célula gera um tipo de neoplasia, com um curso e um prognóstico específico (Cancer Research UK, 2023a; Fung, 2020). De forma a distingui-los e otimizar o desenho dos protocolos de tratamento, a nomenclatura dos tipos de cancro tende a estar associada aos órgãos e tecidos de origem (NCI, 2021b). Assim, alguns dos tipos de cancro mais comuns são: 1) Carcinoma: tipo de cancro mais comum, com origem em células epiteliais (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). Estas cobrem as superfícies interiores e exteriores dos órgãos; 2) Sarcoma: tipo de cancro com origem em ossos ou tecidos moles; 3) Leucemia: tipo de cancro com origem em tecidos sanguíneos da medula óssea (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). Apesar ser considerado um tipo de cancro, a leucemia não envolve a formação de tumores sólidos (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). Por outro lado, gera disrupções ao nível dos glóbulos brancos que passam a estar presentes na corrente sanguínea e medula óssea (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). Esta disrupção dos níveis sanguíneos, dificulta o transporte de oxigénio pelo corpo, controlo de sangramentos e até, o combate a infeções (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b); 4) Linfoma: tipo de cancro com início nos linfócitos, glóbulos brancos encarregues da defesa do organismo, tendo por isso impacto no sistema imunitário (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). Na presença de um linfoma, os linfócitos crescem de forma anormal e descontrolada nos nódulos e vasos linfáticos, assim como noutros órgãos do corpo (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b); 5) Mieloma Múltiplo: tipo de cancro com início em células plasmáticas, responsáveis pela produção de anticorpos (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). Na presença deste quadro clínico, as células plasmáticas anormais, que ganham o nome de células mieloma, acumulam-se na medula óssea, formando massas tumorais nos ossos ao longo do corpo (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b); 6) Melanoma: tipo de cancro com origem em melanócitos, células responsáveis pela produção de melanina (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b). A maioria dos melanomas forma-se na pele, no entanto, existem registos do desenvolvimento deste quadro clínico em tecidos pigmentados, tais como o olho; por fim, 7) Cancro do Cérebro e Medula Espinal: tipos de cancro com início no sistema nervoso central (Cancer Research UK, 2023c; NCI, 2021b).

De forma a melhorar o entendimento dos profissionais de saúde em relação a cada caso clínico e respetivas particularidades, permitindo, conseqüentemente, selecionar as opções de tratamento e antever o prognóstico da forma mais acertada possível, surge a necessidade de determinar o estágio da doença (Cancer Research UK, 2023b; Fundação Champalimaud, 2023; NCI, 2022a; SNS, 2023a). O estadiamento do cancro consiste num sistema médico de classificação dos tumores que envolve informação sobre o tamanho, a localização, a rapidez de crescimento e a sua disseminação pelo organismo (Cancer Research UK, 2023b; NCI, 2022a; SNS, 2023a). Tendo isto em vista, foi criado e adaptado ao longo dos anos, um sistema de estadiamento geral do cancro, passível de ajustes consoante o quadro clínico específico. Este sistema é composto por cinco categorias que correspondem a: Estádio 0 / Carcinoma in Situ: representa a presença de células anormais no local de origem (Cancer Research UK, 2023b; NCI, 2022a). Neste estágio, ainda não existe um cancro, mas as células presentes podem vir a evoluir para tal (Cancer Research UK, 2023b; NCI, 2022a); Estádios I, II e III: assinalam a presença de um tumor, sendo que, quanto mais alto o estágio, maior a massa tumoral e respetiva difusão pelos tecidos circundantes (Cancer Research UK, 2023b; NCI, 2022a); Estádio IV: assinala a difusão do cancro para outras localizações que não a de origem (Cancer Research UK, 2023b; NCI, 2022a).

No que diz respeito aos tratamentos que podem ser levados a cabo na presença de um quadro oncológico, é fundamental ter em mente que esta escolha deve ser feita por uma equipa multidisciplinar, composta por profissionais de saúde especializados em diferentes áreas (cirurgia, oncologia, radioterapia, entre outras) tendo sempre em consideração o próprio diagnóstico, visto que, cada caso é marcado pelas suas particularidades (IPO, 2023). Para além disso, existem algumas variáveis que influenciam a escolha da metodologia de tratamento a adotar, tais como o tipo e tamanho do tumor; o estágio; a localização; a idade do sobrevivente; a existência, ou não, de disseminação; o historial médico e o estado geral de saúde (American Cancer Society, 2019c; Cancer Research UK, 2021; IPO, 2023; SNS, 2023d). Ainda neste sentido e demonstrando a especificidade de cada caso, enquanto alguns quadros oncológicos podem ser mitigados com recurso a apenas um tipo de tratamento, outros podem requerer a combinação de várias modalidades (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). Algumas das opções de tratamento que podem ser adotadas na presença de um quadro oncológico são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia, transplante de células estaminais, entre outras (IPO, 2023; Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). Estas modalidades de tratamento podem ser distinguidas consoante a sua atuação que pode assumir um carácter 1) Local: usadas no

tratamento de um tumor ou área corporal específica (American Cancer Society, 2019c; Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). São exemplos desta metodologia a cirurgia e a radioterapia; ou 2) Sistémica: tratamentos administrados através da corrente sanguínea, impactando, conseqüentemente, todo o organismo (American Cancer Society, 2019c; Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). São exemplos desta metodologia a quimioterapia, a imunoterapia e a terapia hormonal (American Cancer Society, 2019c; Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

São agora descritas em maior detalhes as opções terapêuticas apresentadas:

Cirurgia

A cirurgia no contexto oncológico não é usada unicamente para fins curativos, podendo ser empregue como ferramenta de auxílio ao diagnóstico (permitindo recolher informações relativas à difusão do cancro), como ferramenta de prevenção de futuros tumores e como ferramenta para o alívio de sintomatologia incapacitante (American Cancer Society, 2019b; Cancer Research UK, 2022; IPO, n.d.). Assim, a cirurgia pode assumir um carácter 1) curativo; 2) paliativo e/ou 3) profilático (American Cancer Society, 2019b; Cancer Research UK, 2022; IPO, n.d.). A cirurgia curativa é a mais utilizada, consistindo, na sua generalidade, na remoção do tumor que se encontra confinado no órgão de origem e de algum tecido circundante, de forma a prevenir o seu reaparecimento (American Cancer Society, 2019b; IPO, n.d.; Meric-Bernstam et al., 2015). Esta metodologia de tratamento utiliza a denominação “curativa”, uma vez que o seu propósito é remover o cancro por completo, sendo nestes casos, a metodologia de tratamento principal. No entanto, esta pode ser combinada com outros tratamentos como a quimioterapia e a radioterapia (American Cancer Society, 2019b). Por sua vez, a cirurgia paliativa visa melhorar a qualidade de vida e aliviar os sintomas incapacitantes causados pelos quadros oncológicos avançados, em que o cancro se encontra disseminado ou é irressecável (IPO, n.d.; Meric-Bernstam et al., 2015). A cirurgia paliativa pode ser conjugada com outros tratamentos, tendo em vista promover o máximo de conforto possível ao sobrevivente (American Cancer Society, 2019b). Por fim, a cirurgia profilática é realizada em indivíduos com alto risco de desenvolvimento de tumor no futuro, como por exemplo, por influência hereditária (Cancer Research UK, 2022; IPO, n.d.).

Radioterapia

A radioterapia, tal como o nome indica, assenta no uso de raios de elevada energia para matar as células cancerígenas, sendo aplicável não só em fases iniciais da doença, mas também aquando da existência de expansão da mesma (NHS, 2023).

Existem três tipos de radiação que podem ser utilizados: 1) radiação externa; 2) radiação interna e 3) radiação sistêmica. A radiação externa é emitida por equipamentos eletrônicos (Majeed & Gupta, 2023; NHS, 2023), sendo que, para receber este tratamento, a maioria dos sobreviventes desloca-se até uma unidade de saúde (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). Geralmente, os ciclos de tratamentos têm uma periodicidade semanal, com uma duração de cinco dias (SNS, 2023c). Por sua vez, a radiação interna assume a forma de sementes, agulhas ou tubos de plástico que contêm o material radioativo (Majeed & Gupta, 2023; Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.; SNS, 2023c). Estes elementos são implantados diretamente no local do tumor ou nas proximidades, sendo que, para realizar este tipo tratamento o sobrevivente fica internado na unidade de saúde, uma vez que os implantes permanecem no local durante vários dias, sendo retirados apenas no final da sessão (NHS, 2023). Já a radiação sistêmica, assume a forma de um líquido, ou cápsulas, composto por material radioativo, que circulará por todo o organismo (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). O sujeito deve engolir o líquido, ou, em alternativa, este é-lhe administrado em formato injetável (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). A radioterapia pode ser aplicada com a finalidade de 1) curar a doença; 2) tornar outros tratamentos mais eficazes; 3) reduzir o risco de reincidência e/ou 4) avaliar sintomas (Morgan et al., 2016; NHS, 2023; Zeman et al., 2020).

Quimioterapia

A quimioterapia é uma opção de tratamento frequentemente selecionada, quer individualmente, quer em combinação com outras metodologias (Olsen et al., 2019). Segundo o Dicionário de Termos de Cancro do NCI (n.d.), a quimioterapia consiste numa metodologia que faz uso de fármacos para travar o crescimento das células cancerígenas, não só no seu lugar de origem, mas também nas suas localizações secundárias, aquando da existência de processos de metastização (Cancer Institute NSW, 2023; American Cancer Society, 2019a). Assim, alguns dos formatos de administração mais utilizados são: 1) via oral (o fármaco assume o formato de cápsula ou líquido), 2) intravenosa (o fármaco é injetado diretamente na corrente sanguínea), 3) subcutânea (o fármaco é injetado logo abaixo da pele) ou 4) intramuscular (o fármaco é injetado no músculo com recurso a uma agulha), consoante as características específicas do caso clínico (Cancer Institute NSW, 2023; NCI, 2022a). Desta forma, consiste numa metodologia de tratamento sistêmica (Olsen et al., 2019). A escolha da quimioterapia tende a ser guiada por um dos seguintes objetivos: 1) curar o cancro, através da sua destruição; 2) controlar o cancro, diminuindo a sua área, impedindo que se difunda; e/ou 3) perspectiva paliativa, visando melhorar os sintomas causados pela

doença (NCI, 2022a). A maioria dos sobreviventes realiza este tratamento em regime ambulatorio, apesar de existirem algumas exceções (Cancer Institute NSW, 2023).

Hormonoterapia

A hormonoterapia recorre a agentes hormonais para o tratamento de neoplasias hormonalmente responsivas (Göetz et al., 2016). Assim, é provocada uma alteração na quantidade de hormonas produzidas pelo organismo que potenciam o desenvolvimento de determinados tipos de cancro, diminuindo a probabilidade de crescimento e expansão dos mesmos (SNS, 2023b). Esta metodologia pode ser administrada oral ou subcutaneamente (SNS, 2023b).

Imunoterapia

A imunoterapia está assente no princípio de mobilizar o próprio corpo, mais especificamente, o sistema imunitário, para combater, prevenir e controlar o cancro, pela administração de substâncias que promovem a sua ação contra o mesmo (Cancer Research Institute [CRI], n.d.; Olsen et al., 2019). Assim, esta metodologia permite: 1) ajudar o sistema imunitário a identificar os ataques específicos das células cancerígenas; 2) fornecer recursos adicionais ao organismo, potenciando a resposta do sistema imunitário e 3) agir sobre as células imunitárias, capacitando-as para o combate ao cancro (CRI, n.d.).

Transplante de Células Estaminais

O transplante de células estaminais, normalmente, não age de forma direta sobre a neoplasia (NCI, 2023; NHS, 2022). Em contrapartida, este procedimento visa restaurar as células sanguíneas danificadas, substituindo-as por novas células sanguíneas (NCI, 2023; NHS, 2022). No entanto, existem tipos de cancro, como a leucemia, em que esta metodologia de tratamento pode trabalhar diretamente contra o cancro (NCI, 2023; NHS, 2022). Estes transplantes são realizado em formato intravenoso, e as células transplantadas podem ter origem na corrente sanguínea ou na medula espinal do sobrevivente ou de um doador (NCI, 2023; NHS, 2022).

Dois conceitos frequentemente abordados ao falar da doença oncológica são a remissão, a recidiva, a recorrência e o cuidado paliativo. A remissão sinaliza um período de redução, ou até inexistência, dos sinais e sintomas do cancro, podendo ser parcial, quando o sobrevivente apresenta uma resposta positiva ao tratamento durante um período limitado, ou completa, sendo que, neste caso os sinais e sintomas desaparecem por completo (Gerschenfeld, 2022b; NCI, 2024b). A remissão é considerada completa, quando o portador do quadro oncológico sobrevive mais de

cinco anos sem manifestações sintomatológicas (Gerschenfeld, 2022b; NCI, 2024b). No entanto, não existe forma de assegurar a cura completa, uma vez que podem estar ainda presentes algumas células cancerígenas, contribuindo para o reaparecimento do quadro (NCI, 2024b). Por sua vez, a recidiva delimita o reaparecimento dos sintomas, como efeito do tratamento, após um período de ausência dos mesmos (Gerschenfeld, 2022a). Nestes casos, estão ainda presentes no organismo células cancerígenas, capazes de evocar a sintomatologia característica da doença (Gerschenfeld, 2022a). Já a recorrência do cancro assinala o seu regresso após uma fase de remissão completa, cuja duração é superior a cinco anos (American Cancer Society, 2023; SNS, 2023a). Esta pode ocorrer na primeira localização ou numa outra parte do corpo (American Cancer Society, 2023; SNS, 2023a).

No que diz respeito aos cuidados paliativos, estes são guiados pelo propósito de melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes, independentemente da fase da doença em que se encontrem (NCI, 2021a). Assim, no seio destes cuidados, procura-se prevenir e tratar o mais cedo possível, os sinais e sintomas da doença e respetivos tratamentos (NCI, 2021a).

Apesar da taxa de mortalidade associada à doença oncológica em Portugal, a taxa de incidência nacional é uma das mais baixas da União Europeia (OECD, 2023). Somente no ano de 2020, foram diagnosticados 60 567 novos casos de cancro em Portugal, sendo as neoplasias do cólon, da mama e da próstata os três tipos mais prevalentes a nível nacional (Ferlay et al., 2024). Por sua vez, foram registados 33 762 óbitos com a mesma causa associada (Ferlay et al., 2024). Alguns comportamentos adotados pela população portuguesa, como o consumo de álcool, excesso de peso e obesidade, contribuem para a maior expressão desta problemática, representando preocupações de saúde pública (OECD, 2023).

Ao abordar a temática da doença oncológica, é fundamental realçar os seus sobreviventes. Segundo o Relatório da OECD (2023), Portugal apresenta uma taxa de sobrevivência acima da média europeia. Numa perspetiva internacional, os Estados Unidos da América, o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia, a Finlândia, a Islândia, a Noruega e a Suécia são os países que apresentam maiores taxas de sobrevivência (Allemani et al., 2018). Todavia, o crescimento assinalado neste grupo deu lugar à controvérsia no tocante à sua definição. A primeira abordagem ao conceito “sobrevivente de cancro”, remonta ao ano de 1985 e estava assente na ideia de que a sobrevivência ao cancro, corresponde a um período da vida que se inicia numa fase de sobrevivência aguda e culmina num momento de sobrevivência prolongada (Marzorati et al., 2017). 40 anos depois, o NCI (2024a) apresentou uma proposta de definição que, para além da abordagem relativa ao próprio sobrevivente, pondera o impacto associado

à experiência oncológica por parte de familiares, amigos e cuidadores. Assim, estes são também incluídos nesta definição, de forma a dar destaque ao papel daqueles que são próximos ao sobrevivente de cancro e que, muitas vezes, acabam por ser sobreviventes secundários (NCI 2024a). No entanto, este grupo não é incluído em análises de dados focadas em sobreviventes oncológicos, assumindo apenas um carácter simbólico (Twombly, 2004). Segundo o Relatório “State of Survivorship – Survey: 2023”, da autoria da NCCS (2023), este é o conceito com o qual os doentes oncológicos mais se identificam, sendo que 85% dos inquiridos, ainda em tratamento, relataram considerar-se sobreviventes de cancro. Em contrapartida, Garcíá-Vivar (2022) defende que a definição acima apresentada, deturpa o entendimento do conceito, podendo levar ao esquecimento e desvalorização dos sujeitos que estão em fase de remissão, terminaram os tratamentos e poderão enfrentar os desafios associados à fase de sobrevivência, tais como, dor crónica, depressão, medo de progressão da doença, entre outros. Assim, esta autora considera que o conceito de sobrevivente de cancro denota todos os sujeitos que completaram os tratamentos e se encontram em fase de remissão há pelo menos um ano (Garcíá-Vivar, 2022).

Tendo em conta a variação intercultural desta definição, as opiniões recolhidas ao longo do processo de recolha de dados, assim como as próprias características da amostra recolhida, a definição utilizada no presente trabalho foi a defendida pela NCI (2024a). O uso desta definição permite incluir toda a população com historial oncológico, fomentando o seu sentido de pertença num grupo em que esta já sentem fazer parte, como constatado ao longo do processo de recolha de dados e comprovado pelo relatório supramencionado, ao invés de utilizar uma definição com a qual os próprios sobreviventes não se identificam (NCCS, 2023).

Considerando a maior exposição desta população a elementos stressores, o Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (2023) postula que a saúde mental dos sobreviventes oncológicos é um fator a ter em consideração, na medida em que esta população apresenta maior vulnerabilidade neste sentido (Bach et al., 2022; Kuang et al., 2022; Smith et al., 2019; WHO, 2024; Wang et al., 2019). Estudos como os de Brandenburg e colegas (2019), Götze e colegas (2020), Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021), Lopes e colegas (2022), Santos e colegas (2022) e Yu e Li (2021) comprovam esta tendência ao avaliarem a prevalência de sintomatologia de depressão e ansiedade nesta população. Adicionalmente, e associado à presença do quadro oncológico, as perturbações psiquiátricas podem ser ainda mais complexas comparativamente a casos regulares, fator que enfatiza a necessidade de estudo e proximidade com este público (Yu & Li, 2021).

Uma das perturbações mentais mais prevalentes nesta população é a depressão. Esta está associada a estados de humor deprimido ou perda de prazer e/ou interesse na realização de atividades durante um longo período, no entanto, esta alteração e perda de interesse é distinta das alterações do humor e sentimentos vivenciados diariamente em relação à vida (American Psychiatric Association, 2023; WHO, 2023b). Para além disso, são também sintomas característicos a fadiga ou perda de energia; a diminuição da capacidade de pensamento e concentração; pensamentos de morte recorrentes, entre outros (American Psychiatric Association, 2023; WHO, 2023b). A presença desta perturbação gera um mal-estar clinicamente significativo, ou défices de natureza social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento (American Psychiatric Association, 2023; WHO, 2023b). Dados comprovam esta tendência, sendo frequentemente demonstrado que os sobreviventes de cancro apresentam maior probabilidade de desenvolverem uma perturbação depressiva em relação à população geral (Doege et al., 2020; Lopes et al., 2022; Yu & Li, 2021). Nesta linha, Götze e colaboradores (2020) ao avaliarem 1002 sobreviventes de cancro, constataram que 17% da amostra apresentava sintomatologia de depressão moderada/severa, relatando níveis gerais de depressão mais elevados comparativamente à população geral. Já no contexto português, uma investigação realizada pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021) demonstrou que 41% da amostra avaliada sentiu a necessidade de recorrer a apoio psicológico devido ao quadro oncológico enfrentando, sendo que, em metade destes indivíduos, foram preenchidos os critérios para a presença de algum nível de sintomatologia de depressão. Na mesma linha, uma investigação da autoria de Santos e colegas (2022) contactou que 43% da amostra analisada apresentava sintomatologia depressiva.

Por sua vez, a ansiedade representa um estado que, em níveis adaptativos, é fundamental para a sobrevivência humana ao despoletar respostas de ação ou fuga (Signorini, 2019). No entanto, quando a ansiedade passa a ser generalizada, pode dar lugar a uma perturbação de ansiedade, caracterizada pela experienciação sistemática de medo e preocupação intensa e excessiva, que adaptativa (American Psychiatric Association, 2023; López-Moraga et al., 2022; WHO, 2023a). Estes sentimentos tendem a ser acompanhados por tensão física e outros comportamentos e sentimentos, que se prolongam por grandes períodos e causam mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2023; WHO, 2023a). De forma semelhante, a ansiedade generalizada envolve sentimentos persistentes e duradouros de preocupação e ansiedade, direcionados a diversos acontecimentos e atividades, com uma duração, intensidade e frequência desproporcionais em relação à probabilidade real de ocorrência dos mesmos (American Psychiatric Association, 2023; National Institute of

Mental Health, 2022). Alguns sintomas característicos desta perturbação são a agitação e/ ou nervosismo, dificuldades de concentração, tensão muscular e irritabilidade, acarretando um mal-estar clinicamente significativo para o sujeito (American Psychiatric Association, 2023; National Institute of Mental Health, 2022).

Segundo uma revisão da literatura da autoria de Brandenbarg e colegas (2019), a prevalência de sintomatologia de ansiedade entre sobreviventes de cancro nos estudos analisados, oscilou entre 3.4% e 43.0%. Por sua vez, Yu e Li (2021), ao avaliarem uma população de sobreviventes de cancro ao longo de três anos, comprovaram que as taxas de ansiedade demonstradas aumentaram gradualmente ao longo do período de avaliação, passando de 43.2% para 51.5%. No que toca ao contexto português, uma investigação que contou com uma amostra recolhida no IPO Porto, composta por 506 mulheres avaliadas longitudinalmente demonstrou que, da porção da amostra que não relatava sintomatologia de ansiedade antes do tratamento (62%), 12.1% desenvolveu ansiedade no primeiro ano de avaliação, 7% no terceiro ano e 4.2% no quinto ano (Lopes et al., 2022). Assim, no final desta avaliação 23.3% da percentagem inicial da amostra que não relatava sintomatologia de ansiedade, passou a reportar tais sintomas (Lopes et al., 2022). Para além disso, verificaram que o pico de ansiedade foi atingido antes do início dos tratamento, estando presente em 38% da amostra (Lopes et al., 2022).

Os conceitos “Medo de Progressão da Doença” e “Medo de Recorrência da Doença” são frequentemente evocados como sinónimos, pairando a dúvida sobre quais as diferenças e semelhanças entre eles. Conceitualmente, estes termos são idênticos e, segundo Dinkel e Herschbach (2018) a única diferença assenta na abrangência de cada um, uma vez que o termo “Medo de Progressão da Doença” expressa um carácter mais amplo, sendo aplicável a um vasto leque de doenças com cursos diferentes. Em contrapartida o conceito “Medo de Recorrência da Doença” foi desenvolvido no campo da psico-oncologia (Dinkel & Herschbach, 2018). Tendo esta explicação em conta, o presente trabalho utiliza estas definições de forma indiscriminada, integrando fontes que fazem menção a ambos os termos. De forma a manter a coerência, foi selecionado o conceito “Medo de Progressão da Doença”, apenas para ir de acordo com o nome do instrumento aplicado na avaliação desta dimensão. O Medo de Progressão da Doença é esperado e adaptativo quando em níveis moderados, permitindo aos sobreviventes adotarem estilos de vida mais saudáveis, manterem um maior nível de alerta em relação aos seus sintomas e darem continuidade aos tratamentos e seguimentos médicos (Mutsaers et al., 2019; Peng et al., 2019; Reed et al., 2020b). No entanto, quando este medo passa a ter uma expressão mais elevada, assume um carácter desadaptativo. Nesta linha, Reed e colegas (2020b) hipotetizam que níveis elevados de

medo de progressão da doença levam à adoção de comportamentos como baixa adesão ao tratamento, adoção de um estilo de vida menos saudável e desconsideração das recomendações de saúde, devido aos baixos níveis de autoeficácia que geram nos sobreviventes a crença de não exercer qualquer influência sobre o futuro do seu quadro oncológico e, conseqüentemente, os afasta da adoção de comportamentos preventivos e saudáveis. Também Firouzbakht e colaboradores (2020) e Mahendran e colaboradores (2021), comprovaram que a presença de níveis desadaptativos de medo de progressão da doença, juntamente com a falta de confiança na eficácia dos tratamentos, culmina no aumento da sobrecarga psicológica das amostras avaliadas refletindo-se, por sua vez, numa maior probabilidade de desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão.

O medo de progressão da doença deve ser distinguido do conceito de perturbação de ansiedade. Uma das características centrais das perturbações de ansiedade, assenta no carácter irracional e irreal do medo (Dinkel & Herschbach, 2018; He et al., 2023; Silva et al., 2022), facto que não se verifica no contexto oncológico, onde os sobreviventes são confrontados com ameaças reais e definidas, sendo as suas respostas adequadas à situação vivenciada (Dinkel & Herschbach, 2018; He et al., 2023). Desta forma, estes sentimentos surgem da experienciação e perceção pessoal em relação à doença e das ameaças e perdas que esta acarreta (Dinkel & Herschbach, 2018).

Segundo um estudo realizado por Machado (2017), que contou com uma amostra de 75 sobreviventes de cancro do sexo feminino recolhida na clínica da mama do IPO Porto, mais de metade da amostra (78.67%) apresentou níveis moderados a elevados de medo de progressão da doença. Por sua vez, um estudo realizado por Reed e colaboradores (2020a), que contou com uma amostra composta por 1032 sobreviventes de cancro na fase de pós tratamento nos Estados Unidos, concluiu que 54% relatava níveis baixos de medo de progressão da doença; 11% relatava níveis elevados e apenas 34% não apresentava qualquer relato desta experienciação. Ainda neste sentido, James e colegas (2022) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o tema e verificaram que a prevalência média de medo de progressão da doença foi significativa (16%). Para além disso, neste mesmo estudo, os autores assinalaram a existência de uma associação entre altos níveis de medo de progressão da doença e baixos níveis de saúde mental (James et al., 2022). Alguns estudos comprovam que a intensidade do medo de progressão da doença se revela mais acentuada em sujeitos recém-diagnosticados (Beesley et al., 2020) e/ou que experienciam sintomatologia de depressão (Ellis et al., 2021) Por sua vez, Lakhiani e colaboradores (2024) constataram que, na amostra analisada, 46% dos sobreviventes que apresentavam medo de

progressão da doença em níveis disfuncionais experienciavam, simultaneamente, níveis moderados a severos de sintomatologia de ansiedade.

O termo “Qualidade de Vida” é também ele rodeado de controvérsia no tocante à sua definição, havendo uma ambivalência denotada em relação ao mesmo, facto que pode estar associado ao uso frequente deste termo no dia a dia da sociedade, sem uma explicação clara dos seus limites (Barofsky, 2012; Kaplan & Hays, 2022).

Nesta linha, segundo Teoli & Bhardwaj (2023) a qualidade de vida representa um conceito que visa englobar o bem-estar geral, incluindo os aspetos positivos e negativos da vida do sujeito num determinado momento. Segundo a WHO (2012) a qualidade de vida é um termo subjetivo e moldado por aspetos culturais.

É fundamental estabelecer limites e diferenças entre a qualidade de vida e outros conceitos semelhantes, tais como qualidade de vida relacionada à saúde (Teoli & Bhardwaj, 2023). Este último conceito, marcado pela sua multidimensionalidade, diz respeito à perceção do doente sobre o efeito da doença e respetivo tratamento nos domínios físicos, psicológicos e sociais da sua vida diária (Bottomley et al., 2019; Kaplan & Hays, 2022). Assim, enquanto a qualidade de vida abrange vários domínios da vida do indivíduo, para além da saúde, a qualidade de vida relacionada à saúde pode ser considerada enquanto uma medida que explora a relação entre saúde e qualidade de vida (Kaplan & Hays, 2022; Teoli & Bhardwaj, 2023).

Estudos realizados em Portugal comprovam a tendência da baixa qualidade de vida neste grupo, sendo que, numa amostra composta por 34 participantes recolhidos nas Unidades da Liga Portuguesa Contra o Cancro, foi possível verificar uma perceção geral baixa em relação à qualidade de vida (Mendes, 2015). Por sua vez, uma outra investigação que contou com uma amostra composta por 20 sobreviventes de cancro do distrito de Bragança, distribuídos por seis unidades de cuidados continuados, veio demonstrar uma qualidade de vida pouco satisfatória, apresentando um valor médio global do estado de saúde geral e qualidade de vida de 37.08% (Albino, 2017). Ainda nesta investigação foi possível perceber que, quando questionados sobre a sua qualidade de vida global durante as duas semanas anteriores à avaliação, a amostra reportou uma média de respostas com valores muito baixos (3.20) (Albino, 2017). Por sua vez, um estudo realizado na Polónia, que contou com uma amostra de 800 pacientes do *Podkarpackie Oncology Centre*, permitiu verificar que a doença oncológica tem um impacto negativo inegável sobre a qualidade de vida dos pacientes (Lewandowska et al., 2020). Nesta mesma linha, Liu e colaboradores (2021) verificaram que a presença de medo de progressão da doença tende a culminar em níveis de qualidade de vida mais baixos. Adicionalmente, Ellis e colegas (2021), ao avaliarem uma amostra composta por 192 sobreviventes de cancro, constataram que,

aqueles que apresentavam sintomatologia de depressão e medo de progressão da doença, relatavam níveis mais baixos de qualidade de vida.

Para alcançar os objetivos a que o presente estudo se propôs, foram elaboradas as seguintes hipóteses de estudo: H1: O medo de progressão da doença assume uma expressão significativa nos sobreviventes oncológicos da região da Beira Interior; H2: O medo de progressão da doença assume maior expressão em indivíduos do sexo feminino comparativamente a indivíduos do sexo masculino; H3: O medo de progressão da doença apresenta diferenças significativas entre sujeitos com baixas habilitações literárias e sujeitos com médias / altas habilitações literárias; H4: O medo de progressão da doença assume maior expressão em sujeitos com sintomatologia de ansiedade e de depressão; H5: Existe uma associação entre o estágio da doença e a expressão de medo de progressão da doença; H6: Sobreviventes sem conhecimento sobre o estágio da doença apresentam níveis maiores de medo de progressão da doença; H7: O medo de progressão da doença varia consoante o tipos de tratamento já realizados; H8: Níveis elevados de medo de progressão da doença, sintomatologia de ansiedade e sintomatologia de depressão estão associados a níveis de qualidade de vida menores; H9: A qualidade de vida é determinada pelo medo de progressão da doença, pelos níveis de sintomatologia de depressão e sintomatologia de ansiedade.

Referências Bibliográficas

- Albino, E. (2017). *Qualidade de Vida do Doente Oncológico nas Unidades de Cuidados Continuados no Distrito de Bragança* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14357>
- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., Bonaventure, A., Valkov, M., Johnson, C., Estève, J., Ogunbiyi, O., Azevedo e Silva, G., Chen, W., Eser, S., Engholm, G., Stiller, C., Monnereau, A., Woods, R., Visser, O., Lim, G., Aitken, J., Weir, H., Coleman, M., & CONCORD Working Group. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet*, 391 (10125), 1023- 1075. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)
- American Cancer Society. (2019a). *How Is Chemotherapy Used to Treat Cancer?*. <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/chemotherapy/how-is-chemotherapy-used-to-treat-cancer.html>

- American Cancer Society. (2019b). *How Surgery Is Used for Cancer*. <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/surgery/how-surgery-is-used-for-cancer.html>
- American Cancer Society. (2019c). *Treatment Types*. <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types.html>
- American Cancer Society. (2023). *What is Cancer Recurrence?*. <https://www.cancer.org/cancer/survivorship/long-term-health-concerns/recurrence/what-is-cancer-recurrence.html>
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM- V- TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ªed.). Climepsi Editores.
- Bach, A., Knauer, K., Graf, J., Schäffeler, N., & Stengel, A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World Journal of Psychiatry, 12*(4), 623–635. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i4.623>
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of Life Research, 21*. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9961-0>
- Beesley, V. L., Hughes, M. C. B., Smithers, B. M., Khosrotehrani, K., Malt, M. K., von Schuckmann, L. A., & Green, A. C. (2020). Anxiety and depression after diagnosis of high-risk primary cutaneous melanoma: a 4-year longitudinal study. *Journal of Cancer Survivorship, 14*(5), 712–719. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00885-9>
- Bottomley, A., Reijneveld, J., Koller, M., Flechtner, H., Tomaszewski, K., & Greimel, E. (2019). Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. *European Journal of Cancer, 121*, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.08.016>
- Brandenburg, D., Maass, S., Geerse, O., Stegmann, M., Handberg, C., Schroevers, M., & Duijts, S. (2019). A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: Implications for primary care. *European Journal of Cancer Care, 28*(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.13086>
- Cancer Research Institute [CRI]. (n.d.). *Immunotherapy In-Depth*. <https://www.cancerresearch.org/what-is-immunotherapy>
- Cancer Research UK. (2021). *Treatment for Cancer*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/treatment>
- Cancer Research UK. (2022). *What is cancer surgery?*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/treatment/surgery/about>
- Cancer Research UK. (2023a). *How does cancer start?*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer>
- Cancer Research UK. (2023b). *Stages of Cancer*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/stages-of-cancer>

- Cancer Research UK. (2023c). *Types of cancer*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/how-cancer-starts/types-of-cancer>
- Cancer Institute NSW. (2023). *Common questions about chemotherapy*. <https://www.eviq.org.au/getmedia/6ed5f5cc-7b2f-46fd-9d0f-595720d3abbc/ID-3096-Common-questions-about-chemotherapy-2023-v-2.pdf.aspx?ext=.pdf>
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018). Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. In U. Goerling (Ed.), *Psycho-Oncology (Recent Results in Cancer Research)* (2nded. Vol. 210, pp. 13–33). Springer New York LLC. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Doege, D., Thong, M. S. Y., Koch-Gallenkamp, L., Jansen, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Pritzkeleit, R., Waldmann, A., Zeissig, S., Brenner, H & Arndt, V. (2020). Age-specific prevalence and determinants of depression in long-term breast cancer survivors compared to female population controls. *Cancer Medicine*, 9(22), 8713–8721. <https://doi.org/10.1002/cam4.3476>
- Ellis, S., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., Pakenham, K. I., & Perrott, C. (2021). Quality of life and fear of cancer recurrence in patients and survivors of non-Hodgkin lymphoma. *Psychology, Health and Medicine*, 27(8), 1649–1660. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1913756>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today - Portugal*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheet.pdf>
- Firouzbakht, M., Hajian-Tilaki, K., & Moslemi, D. (2020). Analysis of quality of life in breast cancer survivors using structural equation modelling: the role of spirituality, social support and psychological well-being. *International Health*, 12(4), 354-363. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz108>
- Fundação Champalimaud. (2023). *Check Up #12 - Estadiamento do cancro -O que é e como funciona?*. <https://fchampalimaud.org/pt-pt/news/check-up-12-estadiamento-do-cancro>
- Fung, J. (2020). *The Cancer Code – A Revolutionary New Understanding of a Medical Mystery*. Harper Wave. <https://www.careforcancer.org.za/wp-content/uploads/2021/08/The-Cancer-Code -A-Revolutionary-New-Understanding-of-a-Medical-Mystery-by-Jason-Fung.pdf>
- García-Vivar, C. (2022). The Use and Misuse of the Concept of Cancer Survivor. *Cancer Nursing*, 45(6), 419-420. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001167>

- Gerschenfeld, A. (2022a). *Check up # 1 - Recidiva, recorrência, reincidência. É tudo a mesma coisa?*. Fundação Champalimaud. <https://fchampalimaud.org/pt-pt/news/check-up-1-recidiva-recorrencia-reincidencia-e-tudo-mesma-coisa>
- Gerschenfeld, A. (2022b). *Check Up #7 - Sobrevivência, cura ou remissão? – A que corresponde cada um destes termos?*. Fundação Champalimaud. <https://fchampalimaud.org/pt-pt/news/check-7-sobrevivencia-cura-ou-remissao>
- Göetz, M, Erlichman, C., Loprinzi, C., & Kohli, M. (2016). Hormonal Agents. In V. De Vita, T. Lawrence, & S. Rosenberg (Ed.), *Cancer Principles & Practice of Oncology* (10th ed., pp. 278 – 289).
- He, J. L., Xu, H. Q., Yang, J., Hou, D. J., Gong, X. Y., Lu, X. Y., Wang, W., Cai, M., Yu, Y., & Gao, J. (2023). Fear of disease progression among breast cancer patients in China: a meta-analysis of studies using the fear of progression questionnaire short form. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1222798>
- Instituto Português de Oncologia Lisboa [IPO]. (n.d.). *Cirurgia*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/sobre-o-cancro/tratamento/cirurgia/>
- Instituto Português de Oncologia Lisboa [IPO]. (2023). *Tratamento*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/sobre-o-cancro/tratamento/>
- James, C., Brunckhorst, O., Eymech, O., Stewart, R., Dasgupta, P., & Ahmed, K. (2022). Fear of cancer recurrence and PSA anxiety in patients with prostate cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer, 30*, 5577-5589. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06876-z>
- Kaplan, R. M., & Hays, R. D. (2022). Annual Review of Public Health - Health-Related Quality of Life Measurement in Public Health. *Annual Reviews Inc, 43*. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052120-012811>
- Kuang, X., Long, F., Chen, H., Huang, Y., He, L., Chen, L., Xie, L., Li, J., Luo, Y., & Tao, H. (2022). Correlation research between fear of disease progression and quality of life in patients with lung cancer. *Annals Of Palliative Medicine, 11* (1), 35- 44. <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2821>
- Lakhiani, A., Cummins, C., Kumar, S., Long, J., Arora, V., Balega, J., Broadhead, T., Duncan, T., Edmondson, R., Fotopoulou, C., Glasspool, R., Kolomainen, D., Manchanda, R., McNally, O., Morrison, J., Mukhopadhyay, A., Naik, R., Wood, N., & Sundar, S. (2024). Analysis of Anxiety, Depression and Fear of Progression at 12 Months Post-Cytoreductive Surgery in the SOCQER-2 (Surgery in Ovarian Cancer—Quality of Life Evaluation Research) Prospective, International, Multicentre Study. *Cancers, 16*(1). <https://doi.org/10.3390/cancers16010075>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., & Brudniak, J. (2020). Quality of life of cancer patients treated with

- chemotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (n.d.). *Métodos de Tratamento*. <https://www.ligacontracancro.pt/metodos-de-tratamento/>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2021). *Impacto Económico e Psicossocial do Cancro da Mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/impactocamama/>
- Lopes, C., Conceição, L., Fontes, F., Ferreira, A., Pereira, S., Lunet, N., & Araújo, N. (2022). Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis—The NEON-BC Prospective Study. *Current Oncology*, 29(3), 2141–2153. <https://doi.org/10.3390/curroncol29030173>
- López-Moraga, A., Beckers, T., & Luyten, L. (2022). The effects of stress on avoidance in rodents: An unresolved matter. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.983026>
- Machado, R. (2017). *Adaptação psicológica à doença oncológica: o medo da progressão da doença*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica do Porto.
- Mahendran, R., Liu, J., Kuparasundram, S., Simard, S., Chan, Y., Kua, E., & Griva, K. (2021). Fear of cancer recurrence among cancer survivors in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 62 (6), 305 – 310. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020007>
- Majeed, H., & Gupta, V. (2020). Adverse Effects Of Radiation Therapy. *StatPearls*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33085406>
- Marzorati, C., Riva, S., & Pravettoni, G. (2017). Who Is a Cancer Survivor? A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Cancer Education*, 32, 228-237. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-0997-2>
- Mendes, A. (2015). *Adaptação à Doença Oncológica e Qualidade de Vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20544>
- Meric-Bernstam, F., & Pollock, R. (2015). Oncology. In F. Brunicardi, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, J. Hunter, J. Matthews, & R. Pollock (Ed.), *Schwartz's Principles of Surgery* (10th ed., pp. 273- 320). Mc Graw Hill Education. <https://ia600908.us.archive.org/23/items/SchwartzsPrinciplesOfSurgery10thEdition/Schwartz%27s%20Principles%20of%20Surgery%2C%2010th%20Edition.pdf>
- Morgan, M., Haken, R., & Lawrence, T. (2016). Essentials of Radiation Therapy. In V. De Vita, T. Lawrence, & S. Rosenberg (Ed.), *Cancer Principles & Practice of Oncology* (10th ed., pp. 136 – 157).
- Mutsaers, B., Buttow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A., Thewes, B., & Lebel, S. (2019). Identifying the key characteristics of

- clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psycho-Oncology*, 29(2). 430-436. <http://doi.org/10.1002/pon.5283>
- National Cancer Institute [NCI]. (n.d.). *NCI Dictionary of Cancer Terms - Chemotherapy*. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chemotherapy>
- National Cancer Institute [NCI]. (2021a). *Palliative Care in Cancer*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>
- National Cancer Institute [NCI]. (2021b). *What is Cancer?*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- National Cancer Institute. (2022a). *Cancer Staging*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
- National Cancer Institute (NCI). (2023). *Stem Cell Transplants in Cancer Treatment*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/stem-cell-transplant>
- National Cancer Institute [NCI]. (2024a). *Definitions – Survivorship Terms*. <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions>
- National Cancer Institute [NCI]. (2024b). *Understanding Cancer Prognosis*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/prognosis#understanding-the-difference-between-cure-and-remission>
- National Coalition for Cancer Survivorship [NCCS]. (2023). *State of Survivorship – Survey: 2023*. <https://canceradvocacy.org/2023-state-of-cancer-survivorship-survey/>
- National Health Service [NHS]. (2020). *Overview: Chemotherapy*. <https://www.nhs.uk/conditions/chemotherapy/>
- National Health Service (NHS). (2022). *Overview-Stem cell and bone marrow transplants*. <https://www.nhs.uk/conditions/stem-cell-transplant/>
- National Health Service [NHS]. (2023). *Overview – Radiotherapy*. <https://www.nhs.uk/conditions/radiotherapy/>
- Olsen, M., LeFebvre, K., & Brassil, K. (2019). Chemotherapy In *Chemotherapy and Immunotherapy Guidelines – and Recommendations for practice*. (pp. 61-90). Oncology Nursing Society.
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2023). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>
- Peng, Li., Huang, W., Zhang, W., Xu, Y., Lu, F., Zhong, L., Chen, X., Xu, S., Chen, W., & Li, M. (2019). Psychometric Properties of the Short Form of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) in Chinese Breast Cancer Survivors. *Frontiers In Psychiatry*, 537(10). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00537>
- Reed, S. C., Bell, J. F., Miglioretti, D. L., Nekhlyudov, L., Fairman, N., & Joseph, J. G. (2020a). Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual

- characteristics among cancer survivors: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(2), 125–142. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1649338>
- Reed, S. C., Bell, J. F., Miglioretti, D. L., Nekhlyudov, L., Fairman, N., & Joseph, J. G. (2020b). Relationships Between Fear of Cancer Recurrence and Lifestyle Factors Among Cancer Survivors. *Journal of Cancer Education*, 35(4), 669–677. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01509-2>
- Santos, P., Cavalli, L., Santos, R., Encarnação, S., Teixeira, J., Forte, P., & Monteiro, A. (2022). *Síntomas depressivos em mulheres sobreviventes do cancro de mama* [Apresentação em Poster]. VII Encontro de Jovens Investigadores, Instituto Politécnico de Braga, Braga.
- Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2023). *Cancro, o impacto psicológico da doença*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/cancro-o-impacto-psicologico-da-doenca/>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023a). *Cancro*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/cancro/#o-que-e-o-estadio-do-cancro>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023b). *Hormonoterapia*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-tratamento-do-cancro/hormonoterapia/>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023c). *Radioterapia*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-tratamento-do-cancro/radioterapia/>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023d). *Tipos de Tratamento do Cancro*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-tratamento-do-cancro/>
- Signorini, G. (2019). When fear does not serve survival: anxiety disorders viewed within a developmentally appropriate context. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 1-3. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01277-w>
- Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) in Portuguese Cancer Survivors. *Healthcare (Switzerland)*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- Smith, G. L., Lopez-Olivo, M. A., Advani, P. G., Ning, M. S., Geng, Y., Giordano, S. H., & Volk, R. J. (2019). Financial burdens of cancer treatment: A systematic review of risk factors and outcomes. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.7305>
- Teoli D, Bhardwaj A. (2023) Quality Of Life. In Treasure Island (FL) (Ed.), *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>

- Twombly, R. (2004). What's in a name: Who is a cancer survivor? *Journal of the National Cancer Institute*, 96(19), 1414-1415. <https://doi.org/10.1093/jnci/96.19.1414>
- Wang, Y., Li, J., Shi, J., Que, J., Liu, J., Lappin, J., Leung, J., Ravindran, A., Chen, W., Qiao, Y., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. (2019). *Molecular Psychiatry*, 25. 1487–1499. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Tools and toolkits/WHOQOL: WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization [WHO]. (2023a). *Anxiety disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- World Health Organization [WHO]. (2023b). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Cancer*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Yu, R., & Li, H. (2021). Longitudinal Assessment of Prevalence and Risk Factors of Anxiety and Depression among Prostate Cancer Survivors Post-Resection. *Psychiatric Quarterly*, 92(3), 995–1009. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09869-5>
- Zeman, E., Schreiber, E., & Tepper, J. (2020). Basics of Radiation Therapy In J. Niederhuber, J. Armitage, J. Doroshow, M. Kastan, J. Tepper (Ed.), *Abeloff's Clinical Oncology* (pp. 999-1033). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2015-0-05400-4>

**ANEXO C – Tabelas Submetidas para
Integração no Artigo Científico**

Tabela 1.*Dados Sociodemográficos da Amostra*

	<i>n</i>	%
Solteiro (a)	5	9.1
Casado (a)	31	56.4
União de Facto	6	10.9
Divorciado (a) ou Separado (a)	8	14.5
Viúvo (a)	5	9.1
Baixo	9	16.4
Baixo-Médio	21	38.2
Médio	15	27.3
Médio-Alto	4	7.3
Alto	6	10.9
Menos de 4 anos de escolaridade	2	3.6
1º ciclo do ensino básico	14	25.5
2º ciclo do ensino básico	2	3.6
3º ciclo do ensino básico	9	16.4
Ensino secundário	14	25.5
Ensino Superior – Licenciatura	9	16.4
Completa		
Ensino Superior – Mestrado	3	5.5
Completo		
Ensino Superior – Doutoramento	2	3.6
Completo		
Ativo (a)	16	27.3
Baixa Médica	12	21.8
Desempregado (a)	2	3.6
Reformado (a)	25	45.5
Outro	1	1.8

Tabela 2.*Resultados da Regressão Linear*

	<i>QLV</i>					
	β	Erro Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	Intervalo de Confiança (95%)
PHQ	-.32	.63	-1.91	.06	.36	[-2.46; .06]
FOP	-.25	.33	-1.49	.14	.17	[-1.15; .17]
GAD	.01	.97	.05	.96	.03	[-1.89; 1.99]

**ANEXO D - Autorização da Comissão de Ética
da Unidade Hospitalar**

Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº 07/2024 "Avaliação do Medo de Progressão da Doença e de presença de sintomatologia psicopatológica em sobreviventes de cancro no interior de Portugal: o impacto da prática do exercício físico na qualidade de vida" a realizar no CHUCB informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.

Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data: 01/04/2024

EPD - Encarregada de Proteção de Dados



RAI – Responsável de Acesso à Informação



Dra. Rosa Ballesteros
Responsável pelo acesso à Informação
CHUCB, E.P.E.

ANEXO E – Complemento à Descrição dos Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi desenhado especificamente para ir ao encontro dos objetivos do presente estudo. Este protocolo apresentava um tempo de realização estimado de 5 minutos e, para o seu preenchimento, apenas foram necessárias uma caneta e uma folha.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Este instrumento é composto por nove itens através dos quais é possível identificar oito distúrbios específicos tendo por base os critérios de diagnóstico presentes na DSM-IV (American Psychiatric Association, 2023). Para que seja identificada uma Perturbação Depressiva Major, o respondente deve preencher cinco ou mais dos nove sintomas ditados pelos critérios. Para além disso, estes sintomas devem estar presentes em, pelo menos, mais de metade dos dias das últimas duas semanas, sendo um dos sintomas obrigatório para este diagnóstico, o humor deprimido ou anedonia (Kroenke et al., 2001). Outras perturbações depressivas podem ser identificadas na presença de dois, três ou quatro sintomas depressivos, seguindo a mesma lógica de consistência temporal (Kroenke et al., 2001). A validade diagnóstica deste instrumento foi estabelecida através de estudos que envolveram oito unidades básicas de saúde e sete clínicas obstétricas (APA, 2020). As pontuações inferiores a 10 demonstraram uma sensibilidade e especificidade de 88% para a Perturbação Depressiva Major (APA, 2020). Por sua vez, a confiabilidade e a validade do instrumento demonstraram que este possui propriedades psicométricas sólidas (APA, 2020). A consistência interna do PHQ-9 mostrou-se elevada, sendo que, em estudos envolvendo duas populações diferentes foram apresentados alfas de Cronbach de .86 e .89 (APA, 2020). Por fim, a validade de critério foi avaliada por meio da realização de 580 entrevistas estruturadas por um profissional de saúde mental (APA, 2020). Com base nos resultados dessas entrevistas, percebeu-se que os indivíduos que pontuaram alto (≥ 10) no PHQ-9, revelaram entre 7 e 13.6 vezes mais chances de serem diagnosticados com depressão (APA, 2020). Por outro lado, indivíduos com uma pontuação baixa (≤ 4) apresentaram menos de 1 em 25 chances de serem diagnosticados com depressão (Kroenke et al., 2001; APA, 2020). A validação desta escala para o contexto português contou com uma amostra composta por 63 mulheres portuguesas com cancro da mama, sendo que, em 45 destas foi conduzido um teste-reteste após oito semanas (Torres et al., 2016). As pontuações da escala PHQ-9 apresentam uma média de pontuações de 4.92 (Torres et al., 2016). Para além disso, demonstrou uma boa validade de construto e, no geral, pontuações e níveis de

severidade fortemente associados com subescalas funcionais e de sintomas. A principal análise de componentes explica 48.42% da variância (Torres et al., 2016).

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

O GAD-7 consiste num questionário de autoadministração, utilizado, regra geral, enquanto instrumento de *screening* e avaliação da severidade dos sintomas em pacientes com perturbação de ansiedade generalizada, mostrando fortes critérios de validade para a identificação destes casos (Spitzer et al., 2006). Apresenta uma estrutura unidimensional, visto que todos os itens medem o mesmo construto na mesma direção (Sousa et al., 2015). A constituição deste questionário foi orientada com base nos critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR e assim surgiram os seus sete itens (Sousa et al., 2015). Em relação às suas qualidades psicométricas, o GAD-7 apresenta uma boa confiabilidade teste-reteste (Spitzer et al., 2006). Já ao nível da validade de construto, verificou-se uma forte associação entre oscilações na pontuação no GAD-7 e o estado do nível de funcionamento, sendo que, maiores pontuações no GAD-7 demonstraram-se associadas a um estado de funcionamento mais declinado (Spitzer et al., 2006). Foi validado para o contexto português contando com uma amostra de 100 pacientes recolhidos, durante um período de cinco meses, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (Sousa et al., 2015). Com este estudo de validação, obteve-se que o tempo de preenchimento do questionário variava entre 2.3 a 1.3 minutos (Sousa et al., 2015). No que diz respeito à confiabilidade do instrumento, apresentou uma Alfa de Cronbach excelente ($\alpha = 0.88$) mantendo este valor mesmo com a exclusão de itens (Sousa et al., 2015). Todos os itens demonstraram valores correlacionais elevados e uma correlação de coeficientes teste-reteste elevada (Sousa et al., 2015). Em relação à validade de construto, foi possível concluir que, não existem diferenças significativas entre os valores do GAD-7 quando avaliados diferentes géneros, estatutos sociais e diferentes históricos clínicos e psiquiátricos (Sousa et al., 2015). Bártolo e colegas (2017) realizaram um estudo com o propósito de avaliar os seus aspetos psicométricos e constataram que, ao nível dos modelos fatoriais, uma estrutura multidimensional não era a mais adequada para este instrumento, sugerindo assim um modelo de um fator, que se demonstrou mais parcimonioso. Ao nível da invariância fatorial entre géneros, esta foi confirmada pelos autores e, por fim, ao nível da validade de construto foi possível perceber que as pontuações no GAD-7 estavam fortemente associadas com as pontuações obtidas no HADS, sendo que, os participantes que demonstraram altos sintomas de ansiedade generalizada, tendiam a pontuar mais alto no HADS, sugerindo que o GAD-7 avalia o estado de ansiedade e pode ainda ser sensível a sintomas depressivos entre estudantes (Bártolo et al., 2017).

Fear of Progression Questionnaire-Short Form (Fop – Q-SF)

O Questionário “Fear Of Progression Questionnaire”, desenvolvido por Herschbach e colegas (2005) num contexto marcado pela falta de instrumentos destinados à avaliação do Medo de Progressão da Doença, consiste num questionário de autorresposta multidimensional constituído por 43 itens avaliados numa escala de Likert de cinco pontos que varia entre “nunca” e “muito frequentemente” (Silva et al., 2022). No que toca à sua composição, os itens estão agrupados em cinco dimensões, sendo elas, 1) reações afetivas, 2) problemas familiares, 3) ocupação, 4) perda de autonomia e 5) *coping* com a ansiedade (Herschbach et al., 2005; Silva et al., 2022). A versão reduzida deste instrumento, da autoria de Anja Mehnert, Peter Herschbach, Petra Berg, Gerhard Henrich e Uwe Koch, foi validada recorrendo a uma amostra alemã que incluía doentes com diferentes tipos de cancro e, assim, no que toca às suas propriedades psicométricas, este questionário demonstrou uma confiabilidade alta ($\alpha = 0.90$) e uma análise fatorial exploratória suportada por uma estrutura unidimensional (Herschbach et al., 2005; Silva et al., 2022). Por sua vez, esta versão foi traduzida e adaptada para o contexto português por Silva e colaboradores (2022) contando com uma amostra de conveniência composta por 220 voluntários que deviam ter recebido um diagnóstico de doença oncológica há pelo menos 6 meses. Esta versão apresentou uma estrutura fatorial unidimensional e uma análise correlacional com outros instrumentos, o que sugeriu uma validade adequada (Silva et al., 2022). Este foi o primeiro questionário válido, confiável e clinicamente viável para o contexto e população oncológica em Portugal (Silva et al., 2022).

Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30)

No ano de 1987, marcado pela falta de instrumentos dedicados à avaliação da qualidade de vida, especialmente em sobreviventes oncológicos, surge a primeira versão do Questionário QLC (EORTC QLQ-C36) (Aaronson et al., 1993). Este instrumento de autoadministração, composto por 36 itens, apresenta uma estrutura multidimensional e é aplicável a um vasto leque de configurações culturais (Aaronson et al., 1993). Por sua vez, foi desenvolvido o QLC-C30, um módulo genérico que permite avaliar a qualidade de vida em pacientes com todos os tipos de cancro (Pais-Ribeiro et al., 2008). Complementarmente, apresenta módulos suplementares que devem ser administrados em conjunto com o módulo principal, caso seja pretendido avaliar tipos de cancros específicos e respetivas características (Pais-Ribeiro et al., 2008). 24 dos 30 itens que o constituem, formam nove escalas multi-item, enquanto os restantes reportam informações individuais, permitindo avaliar sintomas específicos

relatados por cada respondente (Dispneia, Insónia, Perda de Appetite, Obstipação, Diarreia e Dificuldades financeiras) (Pais-Ribeiro et al., 2008). Assim, este instrumento incorpora cinco escalas funcionais (Papel Funcional, Físico, Cognitivo, Emocional e Funcionamento Social), três escalas de sintomas (Fadiga, Dor e Náuseas/Vómitos), uma escala que avalia a qualidade de vida geral e ainda, itens individuais que avaliam sintomas adicionais frequentemente relatados por sobreviventes de cancro, tais como dispneia, perda de apetite, distúrbios ao nível do sono, obstipação e diarreia e ainda, um item que avalia a perceção do impacto do quadro oncológico e respetivo tratamento na vida financeira (Aaronson et al.,1993; Pais-Ribeiro et al., 2008). Tal como a versão original, quando aplicado em amostras culturalmente distintas, este instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias (Aaronson et al.,1993). Em relação à correlação entre escalas, demonstrou que a escala de qualidade de vida geral estava correlacionada substancialmente com a maioria das outras escalas (Aaronson et al.,1993). Este instrumento foi traduzido e adaptado para o contexto português e para tal, contou com uma amostra composta por 933 indivíduos que deviam ter recebido o diagnóstico de cancro há pelo menos 1 mês (Pais-Ribeiro et al., 2008). No que toca aos seus atributos psicométricos concluiu-se que, ao nível da correlação entre dimensões, é possível estabelecer uma distinção adequada entre escalas funcionais e de sintomas (Pais-Ribeiro et al., 2008). Assim, existe estabilidade na correlação entre escalas funcionais e, por sua vez, variabilidade na correlação entre escalas de sintomas, aspeto fundamental para que possam ser estabelecidas comparações entre grupos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Já em relação à confiabilidade, a versão traduzida demonstrou ter uma consistência interna apropriada para ambas as escalas (Pais-Ribeiro et al., 2008). Assim e em suma, este instrumento é adequado para medir a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro portugueses, sendo sensível a diferentes tipos de cancros e às suas características (Pais-Ribeiro et al., 2008). No entanto, destaca-se o facto de este instrumento não demonstrar sensibilidade em relação aos diferentes estádios de sobrevivência (Pais-Ribeiro et al., 2008).

Referências Bibliográficas

Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A. D., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology.

- Journal Of Te National Cancer Institute*, 85(5), 365- 376.
<https://academic.oup.com/jnci>
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM- V- TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5^aed.). Climepsi Editores.
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2)*.
<https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>
- Bártolo, A., Monteiro, S., & Pereira, A. (2017). Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00212716>
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases Psychometric Properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal Of Psychosomatic Research*, 58(6), 505–511.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal Of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Pais-Ribeiro, J. L. P., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89–102.
<https://sp-ps.pt/site/detalhe/11870>
- Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) in Portuguese Cancer Survivors. *Healthcare (Switzerland)*, 10(12).
<https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). Reliability and Validity of the PHQ-9 in Portuguese Women with Breast Cancer. *Future Academy*, 411-423. <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.39>

ANEXO F – Complemento ao Procedimento

Procedimento

O presente estudo assume um carácter correlacional, pois procura explorar as potenciais relações existentes entre as variáveis em estudo; carácter descritivo, pois procura analisar a frequência com que os fenómenos ocorrem, a relação entre eles e as suas características e natureza, sem que haja manipulação dos mesmos. Já em relação à recolha de dados junto da amostra, este estudo assume uma tipologia transversal, na medida em que a informação foi recolhida num único momento junto de indivíduos de diferentes grupos etários.

O programa Mama Move representa um projeto criado na Universidade da Beira Interior e que visa oferecer um programa de prática de exercício físico acompanhado a sobreviventes de cancro, especialmente da mama, permitindo contribuir para a reabilitação da aptidão física e bem-estar geral (Universidade da Beira Interior [UBI], 2022).

No que diz respeito aos critérios de exclusão, estes foram: 1) Indivíduos com distúrbios psiquiátricos graves diagnosticados, nomeadamente perturbações psicóticas e abuso de substâncias; 2) Indivíduos que tenham sofrido lesões cerebrais / sem capacidade de juízo e julgamento. No presente estudo, foi decidido não colocar um limite máximo na variável “idade”, devido à maior prevalência de indivíduos pertencentes a faixas etárias mais avançadas no interior de Portugal, e ainda, de forma a combater a falta de estudos que abranjam esta população.

Após uma familiarização e recolha inicial da informação existente sobre o tema e variáveis a avaliar, foi elaborado o Questionário Sociodemográfico e Clínico. Este, foi um dos cinco instrumentos que integrou o protocolo de avaliação que apresentava um tempo de preenchimento estimado de 20 a 25 minutos, tendo sido entregue e explicado pelas investigadoras, a todos os respondentes em formato de papel.

Posto isto, no início do presente ano civil, foi estabelecido o primeiro contacto com o Gabinete de Investigação e Inovação da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, de forma a agilizar o processo de obtenção de autorização para a realização da recolha de dados na instituição. No mês de maio foi obtida a autorização por parte do Conselho de Administração e logo foi estabelecido o contacto com os profissionais de saúde do Hospital de Dia, de forma a dar início a esta recolha. Assim, a recolha de dados nesta instituição teve lugar entre 5 de junho a 18 de julho. Por sua vez, o processo de recolha de dados no projeto mencionado decorreu nos dias 1, 3 e 4 de julho.

Inicialmente, idealizava-se recolher respostas em mais unidades hospitalares, no entanto, devido a dificuldades encontradas ao nível da colaboração com as mesmas, foi dada primazia à Unidade que demonstrou disponibilidade para a realização do estudo.

Referências Bibliográficas

Universidade da Beira Interior [UBI]. (2022). *Mama Move*.
https://www.ubi.pt/Pagina/mama_move

**ANEXO G – Tabela 3: Análise de
Confiabilidade EORTC QLQ-C30**

Tabela 3.*Análise de Confiabilidade Eorte QLQ-C30*

	α	<i>Estudo de Pais-Ribeiro et al. (2008)- α</i>
<i>Qualidade de Vida Geral</i>	.86	.88
<i>Escalas Funcionamento</i>		
Funcionamento Físico	.76	.74
Funcionamento Cognitivo	.62	.57
Funcionamento Emocional	.89	.87
Funcionamento Social	.86	.78
Papel do Funcionamento	.82	.85
<i>Escalas Sintomas</i>		
Fadiga	.85	.84
Dor	.81	.81
Naúsea / Vômito	.77	.84

**ANEXO H – Tabela 4: Descrição Clínica da
Amostra**

Tabela 4.*Descrição Clínica da Amostra*

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Data do diagnóstico</i>		
1 ano ou menos	23	42.6
2 a 5 anos	22	40.7
6 a 10 anos	2	3.7
Mais de 10 anos	7	13.0
Omisso	1	
<i>Tipo de Cancro</i>		
Cólon e Reto	13	23.6
Estômago	3	5.5
Mama	26	47.3
Ovário	1	1.8
Próstata	3	5.5
Leucemia	1	1.8
Pulmão	7	12.7
Outros	1	1.8
<i>Estádio da doença</i>		
Estádio 0 ou carcinoma in situ	6	10.9
Estádio I	5	9.1
Estádio II	10	18.2
Estádio III	9	16.4
Estádio IV	3	5.5
Não sei	22	40
<i>Recidiva</i>		
Sim	5	9.1
Não	43	78.2
Não sei	7	12.7
<i>Fase da doença</i>		
A aguardar tratamentos	1	1.9
Em tratamento	21	38.9
A aguardar resultados	2	3.7
Em remissão	29	53.7
Em recidiva	1	1.9
Omisso	1	
<i>Metástases</i>		
Sim	3	5.8
Não	49	94.2
Omisso	3	
<i>Tratamentos já realizados</i>		
Cirurgia	9	16.4
Radioterapia	1	1.8
Quimioterapia	5	9.1
Cirurgia e Radioterapia	1	1.8
Cirurgia e Quimioterapia	13	23.6
Cirurgia e Hormonoterapia	2	3.6
Cirurgia e Imunoterapia	1	1.8
Cirurgia, Radioterapia e Hormonoterapia	2	3.6
Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia	9	16.4
Cirurgia, Quimioterapia e Imunoterapia	1	1.8
Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia e Hormonoterapia	8	14.5
Cirurgia, Quimioterapia, Hormonoterapia e Imunoterapia	1	1.8
Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia, Hormonoterapia e Imunoterapia	2	3.6
<i>Tratamentos a realizar</i>		
Quimioterapia	15	27.3
Hormonoterapia	15	27.3
Imunoterapia	2	3.6

Hormonoterapia e Imunoterapia	1	1.8
Nenhum	22	40
<i>Tratamentos Futuros</i>		
Radioterapia	1	1.8
Quimioterapia	6	10.9
Hormonoterapia	7	12.7
Imunoterapia	1	1.8
Radioterapia e Quimioterapia	1	1.8
Radioterapia e Hormonoterapia	3	5.5
Outro	6	10.9
Nenhum	30	54.5
<i>Acompanhamento psicológico?</i>		
Sim	12	21.8
Não	43	78.2
<i>Doença psicológica ou psiquiátrica</i>		
Sim	16	29.1
Não	39	70.9
<i>Este diagnóstico psicológico/psiquiátrico foi</i>		
Anterior ao diagnóstico oncológico	11	73.3
Posterior ao diagnóstico oncológico	4	26.7
Omisso	40	
<i>Se sim, recebeu acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?</i>		
Sim	12	63.2
Não	7	36.8
Omisso	36	

**ANEXO I – Tabela 5: Sintomatologia de
Depressão, Tabela 6: Sintomatologia de
Ansiedade e Tabela 7: Qualidade de Vida**

Tabela 5.*Sintomatologia de Depressão*

	<i>n</i>	%	Estudo de Torres et al., (2016) - %
Sintomas Mínimos	27	49.1	53.1
Sintomas Leves	12	21.8	34.4
Sintomas Moderados	11	20.0	9.4
Sintomas Severo- Moderados	3	5.5	0
Sintomas Severos	2	3.6	1.6

Tabela 6.*Sintomatologia de Ansiedade*

	<i>n</i>	%	Estudo de Sousa et al., (2015) - %
Sintomatologia Normal	31	56.4	4.0
Sintomatologia Média	15	27.3	7.1
Sintomatologia Moderada	7	12.7	18.2
Sintomatologia Severa	2	3.6	17.7

Tabela 7.*Qualidade de Vida*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Estudo de Ribeiro et al., (2008) – μ ; <i>DP</i>
<i>Escalas de Funcionais</i>			
Funcionamento Físico	76.85	19.66	79.15; 18.71
Papel do Funcionamento	83.97	23.56	75.89; 26.83
Emocional	76.52	22.80	62.00; 27.71
Cognitivo	76.97	21.87	78.12; 23.40
Social	82.42	26.72	77.62; 25.77
<i>Escalas de Sintomas</i>			
Fadiga	30.66	23.93	29.54; 25.37
Náusea e vômito	7.58	18.93	9.17; 21.73
Dor	31.21	29.41	21.74; 26.15
<i>Itens Individuais</i>			
Dispneia	5.45	15.40	8.51; 19.88
Insónia	40.61	37.78	33.22; 34.45
Falta de Apetite	12.73	22.67	16.63; 28.25
Constipação	15.76	26.34	17.57; 28.92
Diarreia	6.79	18.74	7.57; 19.96
Dificuldades Financeiras	18.18	30.64	22.22; 30.94

**ANEXO J – Tabela 8: Níveis de Medo de
Progressão da Doença, Tabela 9: Análise das
Diferentes Metodologias de Tratamento e
Tabela 10: Qualidade de Ajuste do Modelo**

Tabela 8.*Níveis de Medo de Progressão da Doença*

	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Níveis Abaixo	24	43.6		
Níveis Normativos	30	54.5		
Níveis Acima	1	1.8		
			32.18	11.12

Tabela 9.*Análise das Diferentes Metodologias de Tratamento*

	<i>n</i>	<i>MD</i>
Cirurgia	9	26.00
Radioterapia	1	16.00
Quimioterapia	5	30.00
Cirurgia e Radioterapia	1	34.00
Cirurgia e Quimioterapia	13	37.00
Cirurgia e Hormonoterapia	2	41.50
Cirurgia e Imunoterapia	1	33.00
Cirurgia, Radioterapia e Hormonoterapia	2	19.00
Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia	9	25.00
Cirurgia, Quimioterapia e Imunoterapia	1	12.00
Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia e Hormonoterapia	8	40.00
Cirurgia, Quimioterapia, Hormonoterapia e Imunoterapia	1	45.00
Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia, Hormonoterapia e Imunoterapia	2	30.50

Tabela 10.*Qualidade de Ajuste do Modelo*

Medida	Valor
R^2	.21
<i>Erro Padrão</i>	20.11
<i>p</i>	.006

ANEXO K – Informação Adicional: Discussão, Implicações Práticas e Estudos Futuros

Expressão do Medo de Progressão da Doença

Assim, é possível assumir que este medo não está presente de forma significativa nos sobreviventes de cancro da região da Beira Interior. Esta tendência pode ser explicada pelo facto de uma grande porção da amostra se encontrar em fase de tratamento, o que, segundo os resultados obtidos por Smith e colaboradores (2020) pode levar a uma menor expressão do medo de progressão da doença comparativamente aos resultados apresentados por sobreviventes em fase de remissão.

Sintomatologia de Ansiedade e de Depressão na população em estudo

Segundo o Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (2023), a sintomatologia de depressão mais relatada por esta população passa por: sentimentos de inutilidade, baixa autoestima, tristeza, apatia, entre outros. Por sua vez, a sintomatologia de ansiedade mais relatada por esta população passa por: tensão muscular, dores no peito e cabeça, alterações nos padrões de sono, palpitações, entre outros. Neste sentido, achados prévios relatam expressões significativas de ansiedade e depressão em amostras de sobreviventes de cancro (Aminisani et al., 2022; Baden et al., 2020; Cho & Hwang, 2021; Fardell et al., 2023; Götze et al., 2020; Lopes et al., 2022; Naser et al., 2021; Osmani et al., 2023; Pu, Zeng & Shang, 2024; Santos et al., 2022).

Diferenças entre sexos na expressão de Medo de Progressão da Doença

Para além das diferenças biológicas e genéticas inerentes ao sexo biológico, também aspetos emocionais, psicológicos e sociais influenciam a experienciação e interpretação do quadro clínico (Arcand et al., 2020; Chu, 2022; Kumar, 2023; Rubin et al., 2020). Neste sentido, determinados tipos de cancro apresentam uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, assim como outros apresentam uma maior expressão em indivíduos do sexo masculino (Rubin et al., 2020). Os quatro tipos de cancro mais prevalentes em Portugal são o cancro do cólon, o cancro da próstata, o cancro da mama, e o cancro do pulmão sendo que os dois últimos tipos de cancro mencionados, apresentam maiores prevalências no sexo feminino e no sexo masculino, respetivamente (Instituto Português de Oncologia do Porto IG, 2023; OECD, 2023; Ferlay et al., 2024). Esta taxa de prevalência foi verificada na presente amostra, quer ao nível do tipo de cancro, quer ao nível da sua distribuição entre sexos.

Estádio da doença e o Medo de Progressão da Doença

Os estudos que relatam a ausência de uma associação entre o estágio da doença e o medo de progressão da doença, como é o caso do presente trabalho, suscitam a curiosidade, na medida em que, sendo o estágio da doença um indicador do seu desenvolvimento e evolução, seria de esperar que houvesse uma associação positiva entre esta variável e o medo de progressão da doença. Neste sentido, estes resultados evidenciam o facto de que nem sempre o medo de progressão da doença é direcionado a ameaças definidas e objetivas, suscitando, mais uma vez, a necessidade de compreender este medo e tudo aquilo que envolve, assim como, de promover a literacia em saúde e o conhecimento dos sobreviventes em relação ao seu quadro oncológico.

Papel do conhecimento sobre o estágio da doença na expressão de Medo de Progressão da Doença

Considerando o debate previamente mencionado a respeito do papel do conhecimento e informação adicional sobre o medo de progressão da doença, destaca-se o resultado obtido no seio do presente estudo ao comparar indivíduos que não conheciam e indivíduos que conheciam o estágio da doença. Tendo estes dados em consideração, é possível questionar e provocar pesquisas futuras que avaliem a relação entre o conhecimento de cada paciente sobre a sua doença e respetivo impacto sobre o medo de progressão da doença. Autores sublinham a importância de garantir que o sobrevivente conhece o seu quadro clínico, tratamentos e respetivos efeitos secundários, assim como o medo de progressão da doença, sintomatologia de ansiedade e de depressão, visando reduzir a desinformação e, conseqüentemente, garantir a aderência aos tratamentos e a comportamentos saudáveis (He et al., 2023; Luigjes-Huizer et al., 2022).

Papel e Manifestações do Medo de Progressão da Doença

Considerando que o medo de progressão da doença representa uma resposta adequada a uma ameaça real, com taxas de prevalência (Cruz, 2024; Dinkel & Herschbach, 2018; He et al., 2023; Li et al., 2023; Luigjes-Huizer et al., 2022; Pellegrini et al., 2022; Reed et al., 2020; Silva et al., 2022; Sun et al., 2019) e impactos emocionais significativos, que desencadeiam a experiência de flutuações emocionais intensas nos sobreviventes e que, conseqüentemente, se reflete em todos os domínios da sua vida, torna-se fundamental compreender quais os fatores de risco associados, permitindo reduzir a carga emocional acarretada pelos sobreviventes (Dinkel & Herschbach, 2018; Kuang et al., 2022; Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa 2023).

Mutsaers e colegas (2020) analisaram manifestações tipicamente presentes em sobreviventes de cancro e assinalaram as mais frequentes em indivíduos com medo de progressão da doença, identificando-as enquanto características chave para o diagnóstico de medo de progressão da doença, sendo elas 1) altos níveis de preocupação; 2) persistência desta preocupação; 3) hipervigilância dos sintomas corporais. Liu e colegas (2018) sinalizam ainda os pensamentos ruminativos enquanto uma manifestação frequentemente encontrada em sobreviventes oncológicos com níveis moderados a elevados de medo de progressão da doença.

Qualidade de Vida, Medo de Progressão da Doença e Sintomatologia de Ansiedade e de Depressão

Por sua vez, autores como Cruz (2024), Kuang e colegas (2022), Osann e colegas (2023), Pellegrini e colegas (2022) e Silva e colegas (2022), apuraram sobre a existência de uma associação negativa entre o medo de progressão da doença e a qualidade de vida, sendo este último um preditor significativo desta. Já Kállay e colegas (2023) e Mai Tran e colegas (2022) relataram a existência de associações negativas entre a sintomatologia de ansiedade, e sintomatologia de depressão, respetivamente, o medo de progressão da doença e a qualidade de vida.

Implicações Práticas

A principal implicação do presente estudo assenta no facto de permitir aumentar o conhecimento sobre as necessidades dos sobreviventes de cancro da região da Beira Interior, possibilitando adequar e melhorar os serviços oferecidos a esta população (Pellegrini et al., 2022). Ao analisar aspetos como as habilitações literárias e o conhecimento sobre o estágio da doença, destaca-se a necessidade de assegurar que o sobrevivente conhece e compreende o seu diagnóstico e respetivos efeitos físicos e psicológicos (He et al., 2023). Neste sentido, a adoção de estratégias psicoeducativas sobre o impacto psicológico do quadro clínico, onde sejam abordados temas como o medo de progressão da doença, a sintomatologia de ansiedade e a sintomatologia de depressão, permite normalizar o medo sentido pelos sobreviventes e dotá-los de estratégias para lidar com o mesmo, contribuindo para a redução do mal-estar psicológico (Aminisani et al., 2022; Bentley et al., 2023; Calderon et al., 2024; Luigjes-Huizer et al., 2022; Meissner et al., 2021; Pellegrini et al., 2022).

O presente estudo visa ainda, de alguma forma, atribuir destaque ao papel do Psicólogo e da Psico-oncologia, sendo já largamente comprovada a eficácia de intervenções terapêuticas, especialmente integradas na Terapia Cognitivo-Comportamental, *mindfulness*, sessões de grupo, psicoeducação e terapia de aceitação,

na redução do medo de progressão da doença assim como de outros sintomas psicológicos comórbidos, o que se reflete, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dos sobreviventes oncológicos (Ardizzone et al., 2022; Luigjes-Huizer et al., 2022; Lyu et al., 2022; Maheu et al., 2023; Paperák, Javůrková, & Raudenská, 2023).

Adaptar as intervenções consoante as necessidades e especificidades de cada sobrevivente (habilitações literárias, sintomatologia experienciada, sexo, entre outras) permite não só, reduzir as probabilidades de *dropout* prematuro, como ainda, melhorar os ganhos terapêuticos obtidos (Aminisani et al., 2022; Chu, 2022; Goebel & Mehdorn, 2019; Paperák, Javůrková & Raudenská, 2023).

Para além dos impactos ao nível da prática da Psicologia, estudos deste cariz geram informação relevante que deve ser levada em consideração aquando da elaboração de legislações e gestão de recursos nesta área, permitindo desenvolver intervenções e fornecer os cuidados adequados a este grupo (Aminisani et al., 2022; Luigjes-Huizer et al., 2022; Więckiewicz et al., 2024). Adicionalmente, deve ser fomentada uma colaboração interdisciplinar entre os psico-oncologistas, profissionais de saúde, mental e física, e as entidades gestoras das unidades prestadoras de serviço, de forma a desenvolver planos focados no paciente, com maior adequabilidade, proximidade e monitorização (Butow et al., 2021; Więckiewicz et al., 2024).

Estudos Futuros

O estudo de variáveis como o medo de progressão é fundamental para estimar a sobrecarga emocional sentida pelos sobreviventes e, conseqüentemente, delinear planos de intervenção adequados (Luigjes-Huizer et al., 2022). Assim, investigações futuras devem passar pelo estudo da associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o medo de progressão da doença, visando assinalar fatores de risco e fatores protetores para o seu desenvolvimento e conseqüentemente, permitir a sinalização dos casos mais vulneráveis (Bach et al., 2022; Calderon et al., 2024; Luigjes-Huizer et al., 2022; Pang et al., 2021).

Tendo em consideração a pesquisa realizada no âmbito do presente estudo, destaca-se a necessidade de apurar qual a relação entre o medo de progressão da doença e o nível de escolaridade, assim como as metodologias de tratamento, uma vez que as evidências existentes até ao momento são reduzidas e pouco consensuais.

Esta temática deve ser alvo de maior aprofundamento, especialmente na população portuguesa, devido às suas elevadas taxas de prevalência, assim como aos impactos negativos associados. Estudos longitudinais que avaliem esta variável e o seu comportamento ao longo do tempo podem revelar resultados interessantes e com implicações ao nível do processo de acompanhamento e monitorização.

O estudo comparativo da expressão destas variáveis entre populações de diferentes regiões pode também demonstrar potencial na associação dos resultados com estilos de vida característicos de cada região, contribuindo assim e mais uma vez, para a identificação de fatores de risco. Poderá também ser interessante compreender quais as metodologias de intervenção psicológica mais eficazes para a população portuguesa.

Referências Bibliográficas

- Aminisani, N., Nikbakht, H. A., Shojaie, L., Jafari, E., & Shamshirgaran, M. (2022). Gender Differences in Psychological Distress in Patients with Colorectal Cancer and Its Correlates in the Northeast of Iran. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 53(2), 245–252. <https://doi.org/10.1007/s12029-020-00558-x>
- Arcand, M., Juster, R. P., Lupien, S. J., & Marin, M. F. (2020). Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers. *Anxiety, Stress and Coping*, 33(6), 661–674. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1774560>
- Ardizzone, A., Bavetta, D., Garo, M. L., Santangelo, D., Bongiorno, A., & Bono, M. (2022). Impact of the Cognitive–Behavioral Approach and Psychoeducational Intervention in Breast Cancer Management: A Prospective Randomized Clinical Trial. *Healthcare (Switzerland)*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare10040629>
- Bach, A., Knauer, K., Graf, J., Schäffeler, N., & Stengel, A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 12(4), 623–635. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i4.623>
- Baden, M., Lu, L., Drummond, F. J., Gavin, A., & Sharp, L. (2020). Pain, fatigue and depression symptom cluster in survivors of prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*, 28(10), 4813–4824. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05268-0>
- Bentley, G., Zamir, O., Dahabre, R., Perry, S., Karademas, E. C., Poikonen-Saksela, P., Mazzocco, K., Sousa, B., & Pat-Horenczyk, R. (2023). Protective Factors against Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Patients: A Latent Growth Model. *Cancers*, 15(18). <https://doi.org/10.3390/cancers15184590>
- Butow, P., Müller, F., Napier, C. E., Bartley, N., Ballinger, M. L., Biesecker, B., Juraskova, I., Meiser, B., Schlub, T., Thomas, D., Goldstein, D., & Best, M. (2021). Longitudinal patterns in fear of cancer progression in patients with rare, advanced cancers undergoing comprehensive tumour genomic

- profiling. *Psycho-Oncology*, 30(11), 1920–1929.
<https://doi.org/10.1002/pon.5764>
- Calderon, C., Gustems, M., Galán-Moral, R., Muñoz-Sánchez, M. M., Ostios-García, L., & Jiménez-Fonseca, P. (2024). Fear of Recurrence in Advanced Cancer Patients: Sociodemographic, Clinical, and Psychological Correlates. *Cancers*, 16(5).
<https://doi.org/10.3390/cancers16050909>
- Cho, O. H., & Hwang, K. H. (2021). Association between sleep quality, anxiety and depression among Korean breast cancer survivors. *Nursing Open*, 8(3), 1030–1037. <https://doi.org/10.1002/nop2.710>
- Chu, T. (2022). Psychological Differences between Men and Women: Nature vs. Nurture. *Journal of Student Research*, 11(4).
<https://doi.org/10.47611/jsrhs.v11i4.3549>
- Cruz, A. (2024). *Qualidade de Vida no Cancro: Autocompaixão e Medo de Progressão da Doença* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Portal FPCEUP.
https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=197893
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018). Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. In U. Goerling (Ed.), *Psycho-Oncology (Recent Results in Cancer Research)* (2nded. Vol. 210, pp. 13–33). Springer New York LLC.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Fardell, J. E., Irwin, C. M., Vardy, J. L., & Bell, M. L. (2023). Anxiety, depression, and concentration in cancer survivors: National Health and Nutrition Examination Survey results. *Supportive Care in Cancer*, 31(5).
<https://doi.org/10.1007/s00520-023-07710-w>
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today - Portugal*. International Agency for Research on Cancer.
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheet.pdf>
- Goebel, S., & Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3521–3529. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04665-9>
- Götze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert, A. (2020). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 28(1), 211–220.
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04805-1>

- He, J. L., Xu, H. Q., Yang, J., Hou, D. J., Gong, X. Y., Lu, X. Y., Wang, W., Cai, M., Yu, Y., & Gao, J. (2023). Fear of disease progression among breast cancer patients in China: a meta-analysis of studies using the fear of progression questionnaire short form. *Frontiers in Psychology, 14*. Frontiers in Psychology SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1222798>
- Instituto Português de Oncologia do Porto FG. (2023). *Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2020*. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>
- Kállay, É., Medrea, F., Müller-Fábián, A., & Dégi, L. C. (2023). Which type of fear of cancer progression contributes to the quality of life of Romanian cancer patients during the COVID-19 pandemic? *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1122339>
- Kuang, X., Long, F., Chen, H., Huang, Y., He, L., Chen, L., Xie, L., Li, J., Luo, Y., & Tao, H. (2022). Correlation research between fear of disease progression and quality of life in patients with lung cancer. *Annals Of Palliative Medicine, 11*(1), 35- 44. <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2821>
- Kumar, P. (2023). An Investigative Account of Psychological differences among Sexes. *RESEARCH REVIEW International Journal of Multidisciplinary, 8*(11), 27–31. <https://doi.org/10.31305/rrijm.2023.v08.n11.005>
- Li, Y., Xiao, T., Liao, H., Qu, H., Ren, P., & Chen, X. (2023). Fear of progression, loneliness, and hope in patients with gastrointestinal cancer: a cross-sectional relational study. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1279561>
- Liu, J., Peh, C. X., Simard, S., Griva, K., & Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 111*, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.004>
- Lopes, C., Lopes-Conceição, L., Fontes, F., Ferreira, A., Pereira, S., Lunet, N., & Araújo, N. (2022). Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis—The NEON-BC Prospective Study. *Current Oncology, 29*(3), 2141–2153. <https://doi.org/10.3390/currncol29030173>
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., Wit, N. J., Fisher, P. L., Galica, J., Garland, S. N., Helsper, C. W., Jeppesen, M. M., Liu, J., Mititelu, R., Monninkhof, E. M., Russell, L., Savard, J., Speckens, A., Helmond, S., Vantandoust, S., Zdenkowski, N., & van

- der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(6), 879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- Lyu, M. M., Siah, R. C. J., Lam, A. S. L., & Cheng, K. K. F. (2022). The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10), 3069-3082. <https://doi.org/10.1111/jan.15321>
- Mai Tran, T. X., Jung, S. Y., Lee, E. G., Cho, H., Kim, N. Y., Shim, S., Kim, H. Y., Kang, D., Cho, J., Lee, E., Chang, Y. J., & Cho, H. (2022). Fear of Cancer Recurrence and Its Negative Impact on Health-Related Quality of Life in Long-term Breast Cancer Survivors. *Cancer Research and Treatment*, 54(4), 1065-1073. <https://doi.org/10.4143/crt.2021.835>
- Maheu, C., Lebel, S., Bernstein, L., Courbasson, C., Singh, M., Ferguson, S. E., Harris, C., Jolicoeur, L., Baku, L., Muraca, L., Ramanakumar, A., Lamonde, F., Lefebvre, M., Tomei, C., Mutsaers, B., Secord, S., Power, J., Drummond, N., Hébert, M., Wani, R. (2023). Fear of Cancer Recurrence Therapy (FORT): A Randomized Controlled Trial. *Health Psychology*, 42(3), 182-194. <https://doi.org/10.1037/hea0001253>
- Meissner, V. H., Olze, L., Schiele, S., Ankerst, D. P., Jahnen, M., Gschwend, J. E., & Herkommer, K., A. (2021). Fear of Cancer Recurrence and Disease Progression in Long-Term Prostate Cancer Survivors After Radical Prostatectomy: A Longitudinal Study. *Wiley Online Library*, 127(22), 4140- 414. <https://doi.org/10.1002/cncr.33836>
- Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Thewes, B., & Lebel, S. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psycho-Oncology*, 29(2), 430-436. <https://doi.org/10.1002/pon.5283>
- Naser, A. Y., Hameed, A. N., Mustafa, N., Alwafi, H., Dahmash, E. Z., Alyami, H. S., & Khalil, H. (2021). Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2023). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>
- Osmani, V., Hörner, L., Klug, S. J., & Tanaka, L. F. (2023). Prevalence and risk of psychological distress, anxiety and depression in adolescent and young adult

- (AYA) cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Medicine*, 12(7), 18354-18367. <https://doi.org/10.1002/cam4.6435>
- Osann, K., Wenzel, L., McKinney, C., Wagner, L., Cella, D., Fulci, G., Scroggins, M., Lankes, H., Wang, V., Nephew, K., Maxwell, G., Mok, S., Conrads, T., Millher, A., & Birrer, M. (2023). Fear of recurrence, emotional well-being and quality of life among long-term advanced ovarian cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 171, 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.02.015>
- Pang, C., & Humphris, G. (2021). The Relationship Between Fears of Cancer Recurrence and Patient Gender: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. *Frontiers Media S.A.*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.640866>
- Paperák, P., Javůrková, A., & Raudenská, J. (2023). Therapeutic intervention in fear of cancer recurrence in adult oncology patients: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 17, 1017-1035. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01277-x>
- Pellegrini, I., Drabbe, C., Grünhagen, D. J., Van de Sande, M. A. J., de Haan, J. J., Keymeulen, K. B. M. I., Bonenkamo, J. J., Van der Graaf, W. T. A., & Husson, O. (2022). Fear of Cancer Recurrence in Sarcoma Survivors: Results from the SURVSARC Study. *Cancers*, 14(24). <https://doi.org/10.3390/cancers14246099>
- Pu, J., Zhou, W., Zeng, W., & Shang, S. (2024). Trajectories and predictors of anxiety and depression among older cancer survivors: a nationally representative cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01549-8>
- Reed, S. C., Bell, J. F., Miglioretti, D. L., Nekhlyudov, L., Fairman, N., & Joseph, J. G. (2020). Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual characteristics among cancer survivors: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(2), 125–142. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1649338>
- Rubin, J. B., Lagas, J. S., Broestl, L., Sponagel, J., Rockwell, N., Rhee, G., Rosen, S. F., Chen, S., Klein, R. S., Imoukhuede, P., & Luo, J. (2020). Sex differences in cancer mechanisms. *Biology of Sex Differences*, 11(17). <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00291-x>
- Santos, P., Cavalli, L., Santos, R., Encarnação, S., Teixeira, J., Forte, P., & Monteiro, A. (2022). *Sintomas depressivos em mulheres sobreviventes do cancro de mama* [Apresentação em Poster]. VII Encontro de Jovens Investigadores, Instituto Politécnico de Braga, Braga.

- Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2023). *Cancro, o impacto psicológico da doença*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/cancro-o-impacto-psicologico-da-doenca/>
- Silva, S., Bártoło, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) in Portuguese Cancer Survivors. *Healthcare (Switzerland)*, *10*(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., van Helmond, S. J., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the fear of cancer recurrence inventory (Fcri). *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 1257–1268. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S231577>
- Sun, H., Yang, Y., Zhang, J., Liu, T., Wang, H., Garg, S., & Zhang, B. (2019). Fear of cancer recurrence, anxiety and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 857–865. <https://doi.org/10.2147/NDT.S202432>
- Więckiewicz, G., Weber, S., Florczyk, I., & Gorczyca, P. (2024). Socioeconomic Burden of Psychiatric Cancer Patients: A Narrative Review. *Cancers*, *16*(6). <https://doi.org/10.3390/cancers16061108>