

## EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM SOBREVIVENTES DE CANCRO DE MAMA

Tânia Correia<sup>1,2</sup>, Sara Monteiro<sup>1,3,4,5</sup>, Ana Torres<sup>1,3,6,7</sup>, Anabela Pereira<sup>1,3,8</sup>, Teresa Caetano<sup>1,9,10</sup>, & Rita Silva<sup>10,11</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal; <sup>2</sup>e-mail: [tania.asc@ua.pt](mailto:tania.asc@ua.pt); <sup>3</sup>CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 4200 - 450 Porto, Portugal; <sup>4</sup>Escola Superior de Educação de Coimbra, 3030-329 Coimbra, Portugal. <sup>5</sup>e-mail: [smonteiro@ua.pt](mailto:smonteiro@ua.pt); <sup>6</sup>Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, 3720-126 Oliveira de Azeméis, Portugal. <sup>7</sup>e-mail: [anatorres@ua.pt](mailto:anatorres@ua.pt); <sup>8</sup>e-mail: [anabelapereira@ua.pt](mailto:anabelapereira@ua.pt);

<sup>9</sup>Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga II, 3810 Aveiro, Portugal.

<sup>10</sup>e-mail: [tecaetano74@gmail.com](mailto:tecaetano74@gmail.com); <sup>11</sup>e-mail: [fritasilva@gmail.com](mailto:fritasilva@gmail.com)

**RESUMO:** O número de sobreviventes de cancro de mama tem vindo a aumentar devido aos avanços alcançados na deteção precoce e no tratamento do cancro da mama. A intervenção multidisciplinar tem demonstrado ser eficaz em sobreviventes de cancro da mama. O presente estudo pretende implementar e avaliar um programa de intervenção multidisciplinar em mulheres sobreviventes de cancro da mama. A amostra foi constituída por 19 sobreviventes de cancro da mama distribuídas por dois grupos: 9 com intervenção multidisciplinar e 10 sem qualquer intervenção. Ambos os grupos de sobreviventes foram sujeitos a dois momentos de avaliação: antes e após a intervenção. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento do Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (EORTC QLQ-C30 e BR-23), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH), o Cancer Coping Questionnaire (CCQ), o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) e o Questionário de Medo de Progressão (QMP). No grupo experimental verificou-se um aumento significativo da subescala função física do domínio da qualidade de vida. No grupo de controlo verificou-se uma diminuição significativa na subescala interpessoal e um aumento significativo no autoconceito total. Conclui-se que o programa multidisciplinar implementado revelou ser eficaz no aumento da qualidade de vida de mulheres portuguesas sobreviventes de cancro da mama.

*Palavras-chave:* Sobreviventes, cancro da mama, intervenção multidisciplinar

## EFFECTIVENESS OF A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION IN BREAST CANCER SURVIVORS

**ABSTRACT:** The number of survivors of breast cancer has been increasing due to advances in early detection and treatment of breast cancer. The multidisciplinary intervention has been shown to be effective in breast cancer survivors. This study aims to implement and evaluate a multidisciplinary intervention program in women survivors of

☒ Rua da Presa, 332, 4415-306, Pedroso. Telf.:918112497. e-mail: [tania.asc@ua.pt](mailto:tania.asc@ua.pt).

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

breast cancer. A sample of 19 breast cancer survivors divided into two groups: 9 were proposed intervention and 10 without intervention. Both groups were monitored within two different moments: before and after intervention. The assessments instruments used were Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire of the European with the Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 and BR-23), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Cancer Coping Questionnaire (CCQ), Self-Concept Clinical Inventory (ICAC) and Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q). Experimental group showed significant increase of physical scale of quality of life domain. In control group showed significant decrease of interpersonal scale and significant increase of total self-concept. Multidisciplinary program implemented reveal effective on quality of life increase of Portuguese women's breast cancer survivors.

*Keywords:* Survivors, breast cancer, multidisciplinary intervention.

---

Recebido em 07 de Fevereiro de 2016/ Aceite em 07 de Novembro de 2016

O cancro é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo sendo previsível a nível mundial que nas próximas duas décadas o número de novos casos de cancro aumente cerca de 70% (WHO, 2015). Os tratamentos e a deteção precoce do cancro da mama têm progredido, refletindo-se num aumento do número de sobreviventes (Akechi et al., 2014). O conceito de sobrevivente de cancro não é um conceito consensual tendo diversas definições. No entanto, os profissionais de saúde definem o sobrevivente de cancro como o indivíduo que não tem evidência de doença (Leigh & Stovall, 2003) sendo esta a definição adotada para o presente estudo.

O cancro confere uma ameaça à integridade física e psíquica confrontando a pessoa com a sua própria vulnerabilidade (Solana, 2005). O diagnóstico de cancro é um momento caracterizado por elevados níveis de *stress* e de angústia para os indivíduos, podendo influenciar diversas áreas da vida (psicológica, física e social) e determinar várias consequências, nomeadamente elevado sofrimento emocional (Pitceathly & Maguire, 2003), que podem persistir após o fim dos tratamentos (Maia & Correia, 2008). Estas consequências nas diversas áreas, principalmente ao nível psicológico, não se verificam apenas no momento de diagnóstico encontrando-se também presentes nos sobreviventes de cancro (Baker, Denniston, Smith, & West, 2005; Hodgkinson et al., 2007). Uma das preocupações mais comuns nos sobreviventes é o medo de recorrência do cancro (Armes et al., 2009). Além desta preocupação, os sobreviventes deparam-se também com problemas como a descoberta de um significado do cancro na própria vida e o lidar com os efeitos dos tratamentos a curto, médio e longo prazo (Oliveira & Monteiro, 2004). Outra das dificuldades dos sobreviventes de cancro está relacionada com a existência de sintomatologia psicopatológica concomitante com o medo de recorrência (Akechi et al., 2011).

O principal trabalho do psicólogo no apoio aos doentes oncológicos é ajudá-los a lidar com as mudanças associadas ao cancro e aos seus tratamentos, sendo de salientar que este trabalho perdura para além do fim dos tratamentos devido às sequelas emocionais que se têm verificado persistir anos após o tratamento (APA Help Center, 2004). As intervenções psicossociais têm tido um contributo positivo no ajustamento emocional e funcional das pacientes com cancro da mama (Antoni et al., 2001). Vários estudos têm demonstrado a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (e.g., Goedendorp, Knoop, Gielissen, Verhagen, & Bleijenbergh, 2014) e da psicoeducação nomeadamente: na redução de sintomas depressivos (Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002); no aumento do conhecimento sobre a doença e tratamentos (Okamura, Fukui, Nagasaka, Koike, & Uchitome, 2003); na minimização do *distress* e ansiedade (Trask, Paterson, Griffith, Riba, & Schwartz, 2003); no

aumento da perceção de autoeficácia (Pereira, Lima, Monteiro, Torres, & Caetano, 2014); na limitação das possibilidades de reincidência (Mishel et al., 2005); na utilização de estratégias de *coping* adaptativas (Souza & Araújo, 2010); e na melhoria da qualidade de vida (QdV) (Trask, Paterson, Griffith, Riba, & Schwartz, 2003). A intervenção psicológica realizada no formato de grupo tem sido a mais utilizada nos indivíduos com cancro sendo a sua eficácia comprovada na literatura (Venâncio, 2004). —Estudos demonstram que as intervenções em grupo conduzem a um aumento da QdV (Gottlieb & Wachala, 2007), à promoção de estratégias de *coping* mais adaptativas e à redução do *distress* (Souza & Araújo, 2010), existindo uma melhoria significativa na saúde mental e funcionamento psicossocial (Gottlieb & Wachala, 2007). No que respeita especificamente à intervenção psicoeducativa em grupo em sobreviventes de cancro, os resultados encontrados indicam uma melhoria do vigor, espírito de luta (Fukui et al., 2000), humor e QdV (Fukui et al., 2000; Simpson, Carlson, & Trew, 2001), sugerindo que esta intervenção é eficaz também nesta população. Em Portugal, a pesquisa relativamente à eficácia da aplicação destas intervenções embora seja escassa tem vindo a aumentar (e.g., Torres, Pereira, Monteiro, & Araújo, 2011; Pereira et al., 2014).

A reabilitação nos pacientes com cancro é baseada na relação entre os aspetos psicológicos, físicos e sociais. Os estudos nesta área são escassos e existe a necessidade de investigações que integrem a reabilitação psicossocial e física em sobreviventes de cancro (Ronson & Body, 2002). Estudos realizados documentam os benefícios que a intervenção multidisciplinar pode acarretar nesta população. Por exemplo, o estudo de Hauken, Holsen, Fismen, & Larsen, em 2015 indicou que a intervenção foi eficaz ao nível da melhoria da QdV e diminuição da fadiga. Num outro estudo sobre a eficácia da intervenção multidisciplinar foram também encontrados resultados benéficos a curto-prazo na QdV, variáveis fisiológicas e *distress* psicológico (Van Weert et al., 2004). Ao nível nacional, destaca-se o estudo de Caetano (2014) que consistiu na aplicação de um programa multidisciplinar em sobreviventes de cancro da mama, tendo-se verificado a sua eficácia no aumento da QdV e do autoconceito, validando a sua exequibilidade. Nas intervenções multidisciplinares, muitas vezes está presente a componente da fisioterapia. A fisioterapia é incluída nestas intervenções por ser considerada a forma mais eficaz de lidar com os problemas músculo-esqueléticos, frequentemente encontrados como uma consequência decorrente do cancro da mama (Beurskens, Van Uden, Strobbe, Oostendorp, & Wobbles, 2007). A utilização de fisioterapia na reabilitação de mulheres em fase de sobrevivência tem evidenciado melhorias, nomeadamente no estado de saúde geral, nos sintomas relacionados com os membros superiores e zona afetada, função física, social e emocional (Duarte, 2010) tendo um impacto positivo na QdV (Beurskens et al., 2007).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da implementação de um programa de intervenção multidisciplinar, que integra a psicoeducação com a fisioterapia em mulheres sobreviventes de cancro da mama, através dos seguintes indicadores: psicopatologia, estratégias de *coping*, autoconceito, QdV e medo de recorrência. De acordo com a revisão de literatura efetuada, espera-se que após a aplicação do programa de intervenção multidisciplinar, as sobreviventes de cancro da mama apresentem níveis mais reduzidos de psicopatologia e de medo de recorrência; níveis mais elevados de autoconceito e de QdV; e que melhorem as estratégias de *coping* utilizadas.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Participaram no presente estudo 19 mulheres sobreviventes de cancro da mama das Unidades de Saúde Familiares (USF) do Centro de Saúde de Aveiro. As participantes foram selecionadas através

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

do encaminhamento dos médicos de família e de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, presença de diagnóstico de cancro da mama e finalização dos tratamentos. Os critérios de exclusão estabelecidos foram a incapacidade de estabelecimento de contacto interpessoal, inaptidão para tarefas de grupo, presença de perturbações psiquiátricas graves e/ou perturbações orgânicas e dependência ou abuso de drogas ou álcool. Foram excluídas duas participantes do estudo, uma por desistência e outra por reincidência do cancro da mama. Da amostra 9 mulheres integraram o grupo experimental (GE) e 10 integraram o grupo de controlo (GC).

O GE e o GC são equivalentes ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas avaliadas (Quadro 1 e 2).

### Quadro 1.

*Características sociodemográficas e clínicas (variáveis contínuas)*

	GE (n=9)			GC (n=10)			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
Idade	60,33	54,00	15,14	56,70	57,50	9,57	40,50	0,720
Anos desde o diagnóstico	3,39	3,00	2,85	5,30	2,25	4,80	31,00	0,278
Meses de sobrevivência	34,44	12,00	37,10	52,11	12,00	58,92	33,50	0,546
Nº sessões de Radioterapia	32,33	33,00	3,06	28,33	25,00	5,77	2,50	0,400
Nº ciclos quimioterapia	9,33	8,00	4,16	6,00	8,00	3,46	5,00	0,571

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, U: Teste de Mann-Whitney

### Quadro 2.

*Características sociodemográficas e clínicas (variáveis categoriais)*

	GE (n=9)		GC (n=10)		$\chi^2$	p
	n	%	N	%		
<b>Estado Civil</b>					4,10	0,146
Casada	5	(55,60)	9	(90,00)		
Divorciada	3	(33,30)	-	-		
Viúva	1	(11,10)	1	(10,00)		
<b>Habilitações literárias</b>					2,29	1,000
Analfabetismo	1	(11,10)	-	-		
1º ciclo (1º-4ºano)	4	(44,40)	4	(40,00)		
2º ciclo (5º-6ºano)	1	(11,10)	1	(10,00)		

3º ciclo (7º-9ºano)	1	(11,10)	2	(20,00)		
Ensino Secundário	-	-	1	(10,00)		
Formação Universitária	2	(22,20)	2	(20,00)		
<b>Categoria Profissional</b>					0,28	1,000
Trabalhadores não qualificados	5	(55,60)	5	(50,00)		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	(22,20)	2	(20,00)		
Pessoal Administrativo	1	(11,10)	2	(20,00)		
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	1	(11,10)	1	(10,00)		
<b>Situação Profissional</b>					0,54	0,650
Ativa	3	(33,30)	5	(50,00)		
Inativa	6	(66,70)	5	(50,00)		
<b>Meio de deteção</b>					8,84	0,085
Auto-exame	4	(44,40)	-	-		
Palpação pelo médico	1	(11,10)	1	(10,00)		
Exames pedidos pelo Médico	1	(11,10)	5	(50,00)		
Rastreio LPCC	2	(22,20)	3	(30,00)		
Outro	1	(11,10)	1	(10,00)		
<b>Tipo de cirurgia</b>						
Tumorectomia	2	(22,20)	2	(20,00)	0,01	1,000
Mastectomia	6	(66,70)	8	(80,00)	0,43	0,628
Quadrantectomia	1	(11,10)	-	-	1,17	0,474
<b>Tipo de tratamento</b>						
Radioterapia	3	(33,30)	4	(40,00)	0,90	1,000
Quimioterapia	4	(44,40)	4	(40,00)	0,38	1,000
Hormonoterapia	7	(77,80)	5	(50,00)	1,57	0,350
Esvaziamento ganglionar	4	(40,00)	4	(40,00)	0,04	1,000

n: tamanho da amostra; %: percentagem;  $\chi^2$ : Teste do Qui-Quadrado

### *Instrumentos*

O questionário sociodemográfico e clínico permitiu recolher dados das participantes referentes à idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, data de diagnóstico do cancro, meio de deteção e tratamentos que foram realizados e/ou que ainda se encontram a ser realizados.

O *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ) (Moorey, Frampton, & Greer, 2003; versão portuguesa de Torres, Pereira, & Monteiro, 2014) é um questionário de auto-resposta de administração fácil e rápida que permite avaliar estratégias de *coping*. É constituído por 21 itens divididos em duas subescalas (subescala individual e subescala interpessoal) (Moorey et al., 2003). Os itens são respondidos numa escala de 1 (“Nunca”) a 4 (“Muito Frequentemente”) sendo as pontuações mais elevadas correspondentes a um maior número de estratégias de *coping* utilizadas (Torres et al., 2014). No estudo original o instrumento apresenta uma consistência interna adequada tendo-se obtido um alfa de Chronbach de 0,87 para a subescala individual e 0,82 para a subescala interpessoal. Na validade teste-reteste obteve-se um resultado de 0,90 (n=25, p<0,001) para a subescala individual e de 0,84 (n=19, p<0,001) para a subescala interpessoal (Moorey et al., 2003). No estudo de validação para a população portuguesa o instrumento demonstrou ter uma boa consistência interna (alfa de Chronbach de 0,80 na escala completa) e fidelidade teste-reteste (correlações de Spearman de 0,59 com p<0,001 na subescala individual e de 0,65 com p<0,001 na subescala interpessoal) (Torres et al., 2014).

O *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) (Aronson et al., 1993; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008), utilizado para avaliar a QdV relacionada com a saúde de indivíduos com doença oncológica, é um questionário de auto-resposta constituído por 30 itens com escalas com multi-itens e itens únicos. O QLQ-C30 é constituído por 5 escalas funcionais (funcionamento físico, emocional, cognitivo, social e de papel), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos) e uma escala de avaliação global (saúde e qualidade de vida). Os itens únicos avaliam sintomas adicionais usualmente relatados numa situação de doença oncológica (dispneia, perda de apetite, perturbações do sono, obstipação e diarreia) e o impacto financeiro percebido na doença e tratamento (Aronson et al., 1993). Os itens são avaliados numa escala de 1 (“Não”) a 4 (“Muito”) pontos à exceção da escala de avaliação global (saúde e qualidade de vida) que é avaliada numa escala de 1 (“Péssima”) a 7 (“Ótima”). Uma pontuação elevada na escala de avaliação global representa um melhor funcionamento e QdV, enquanto uma pontuação elevada na escala de sintomas representa um elevado nível de sintomatologia. A escala de QdV global apresenta uma confiabilidade interna e validade preditiva adequada. No estudo de validação portuguesa o questionário apresenta boas características psicométricas, com um alfa de Cronbach para a escala de avaliação global de 0,88 e valores que variam de 0,57 e 0,87 para as restantes escalas. A escala de funcionamento cognitivo e de funcionamento emocional apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al., 2008).

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007) é constituída por 2 subescalas, uma para avaliar a ansiedade e outra para avaliar a depressão (com 7 itens cada). Cada item é respondido numa escala tipo *likert* de 0 a 3 sendo que quanto maior a pontuação total obtida maior a presença de sintomatologia. No estudo original (Zigmond & Snaith, 1983) o questionário apresenta características psicométricas satisfatórias encontrando correlações elevadas com outras medidas de ansiedade (rs= 0,74) e depressão (rs= 0,70). No estudo de validação portuguesa verificaram-se boas características psicométricas obtendo um alfa de Cronbach de 0,76 para a subescala de ansiedade e de 0,81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC) (Vaz-Serra, 1986) tem como objetivo avaliar o autoconceito e é composto por 20 itens avaliados numa escala tipo *likert* de resposta de 1 (“Não concordo”) a 5 (“Concordo muitíssimo”). As questões negativas são pontuadas de forma inversa (itens 3, 12 e 18). O instrumento avalia os seguintes 4 fatores: aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade-atividade. A pontuação total obtém-se pela soma de todos os itens sendo que quanto maior a pontuação melhor é o autoconceito. No estudo original verifica-se uma boa consistência interna (0,80) e uma boa estabilidade temporal (0,84) (Vaz-Serra, 1986).

O Questionário de Medo de Progressão (QMP) (Herschbach et al., 2005; versão de investigação de Torres, Guimarães, Silva, Monteiro, & Pereira, 2015) é um questionário de auto-resposta constituído por 43 itens cujas respostas são dadas numa escala tipo *likert* de 1 (“Nunca”) a 5 (“Muito frequentemente”). O questionário avalia as seguintes 5 subescalas: reações afetivas, companheiro/família, ocupação, perda de autonomia e lidar com a ansiedade. A pontuação total é calculada pela soma da média das subescalas, excluindo a subescala “lidar com a ansiedade” sendo que quanto mais elevada a pontuação total maior é o medo de recorrência da doença. No estudo original de validação obteve-se uma elevada consistência interna (0,95) (Herschbach et al., 2005).

### *Procedimento*

O presente estudo de investigação foi realizado no ACeS Baixo Vouga. A divulgação da realização do estudo foi realizada pelas USF através de um folheto informativo que continha os objetivos da investigação, critérios de inclusão das participantes e resultados alcançados com um estudo anterior (Caetano, 2014). Este folheto foi enviado para os médicos de família das USF que encaminharam as participantes para o estudo. As participantes encaminhadas foram posteriormente convocadas, por contacto telefónico, para uma entrevista individual. Nesta entrevista foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo solicitando o consentimento informado no caso de interesse de participação voluntária. De seguida foi recolhida a informação sociodemográfica e clínica através de um questionário para o efeito, bem como o interesse e grau de motivação em participar no grupo. Após a recolha da informação sociodemográfica e clínica foi solicitado o auto-preenchimento dos instrumentos de avaliação referentes ao primeiro momento (pré-teste). Após a entrevista as participantes que tinham interesse em participar e cumpriam os critérios de inclusão foram contactadas para iniciar o programa de intervenção constituindo assim o grupo experimental.

O programa de intervenção implementado foi o InMAMAGroup – Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama desenvolvido por Torres, Araújo, Pereira e Monteiro (2015) e complementado com estratégias de intervenção de fisioterapia por Caetano (2014). O objetivo geral do programa de intervenção é familiarizar as participantes com variáveis importantes na fase de sobrevivência e dar informação e treino em técnicas e estratégias para lidar com os efeitos físicos e psicológicos da doença e dos tratamentos. O programa de intervenção é constituído por 8 sessões semanais com uma duração de cerca de 90 minutos tendo sido orientado por uma psicóloga e uma fisioterapeuta com a presença de uma observadora. Em cada sessão foi fornecido material auxiliar e material com a síntese da informação abordada na sessão. Foram realizadas algumas alterações no programa de intervenção aplicado, nomeadamente foi retirada uma atividade prática na sessão da temática da comunicação e a ordem da sessão 6 e 7 foi trocada devido à indisponibilidade de uma das terapeutas.

A primeira sessão consistiu na apresentação das terapeutas, das regras de funcionamento do grupo e das participantes e pretende que exista partilha de dificuldades encontradas no percurso da doença pelas sobreviventes. A segunda sessão tratou do tema “As causas e significado do cancro” e pretende discutir e refletir sobre as possíveis causas para o aparecimento da doença e fatores de risco

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

fomentando o carácter multifatorial do cancro. Posteriormente foram abordados os estilos de vida contra o cancro incidindo no aumento do conhecimento sobre os benefícios da atividade e exercício físicos para a saúde, nomeadamente nas sobreviventes de cancro. Na terceira sessão é abordado o tema das alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o seu impacto na autoestima sendo sugeridas e discutidas estratégias para lidar com as alterações físicas e para aumentar a autoestima. No que diz respeito à fisioterapia abordou-se o tema dos músculos do pavimento pélvico e da prevenção do linfedema. A quarta sessão consiste na temática da gestão das emoções e tem como objetivo abordar as estratégias de gestão do *stress* e as estratégias de *coping*. Em relação à fisioterapia falou-se acerca da incontinência urinária na menopausa indicando estratégias para a sua prevenção. A sessão cinco dá continuidade à sessão quatro abordando mais métodos de gestão de emoções (método de resolução de problemas, relaxamento, meditação e espiritualidade) e na componente da fisioterapia abordou-se novamente os músculos do pavimento pélvico relacionando-os com a sexualidade. A sexta sessão abordou a temática “A comunicação nas relações interpessoais” consistindo na informação e discussão sobre a comunicação e relações interpessoais com familiares, amigos, profissionais de saúde, entre outros. Ao nível da fisioterapia foi treinado novamente com as participantes exercícios dos músculos do pavimento pélvico. Na sétima sessão falou-se sobre o tema “Lidar com a incerteza e com o medo de recorrência da doença” e na componente da fisioterapia foram realizadas recomendações de atividade física específicas para sobreviventes de cancro da mama. A oitava e última sessão consistiu na conclusão do grupo e fomentação dos objetivos para o futuro sendo também realizada a avaliação do grupo e o preenchimento dos instrumentos de avaliação referentes ao segundo momento (pós-teste).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Os dados foram sujeitos a análises descritivas e inferenciais. As análises realizadas utilizaram preferencialmente estatísticas não paramétricas, tendo em conta as características da amostra e hipóteses a serem testadas. Utilizaram-se os testes de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) para a avaliação das diferenças entre as variáveis categoriais dos dois grupos estudados e o de Mann-Whitney (U) para as características contínuas e variáveis psicossociais, com vista a avaliar a equivalência dos grupos no início do estudo. No pós-teste foi novamente utilizado o teste de Mann-Whitney para avaliar se os grupos diferiam significativamente nas variáveis psicossociais. O teste de Wilcoxon foi utilizado para amostras emparelhadas, para comparar os resultados obtidos do pré-teste para o pós-teste nos dois grupos, com o objetivo de avaliar os efeitos da intervenção nas variáveis psicossociais em estudo. O grau de significância estatístico tido em consideração foi de  $p < 0,05$ .

Nesta investigação foi tida em consideração a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), as indicações da American Psychological Association (APA, 2010) e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011) para o tratamento ético das participantes.

## RESULTADOS

### Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo no pré-teste

Nas variáveis psicossociais das subamostras não se observaram diferenças estatisticamente significativas para a sintomatologia psicopatológica, autoconceito, QdV e medo de recorrência. Apenas na subescala individual do *coping* se verifica uma diferença estatisticamente significativa com níveis superiores no GC (Mdn=36,00) em comparação com o GE (Mdn=29,00),  $U=19,00$ ,  $z=-2,13$ ,  $p=0,035$ . Os resultados obtidos encontram-se descritos no Quadro 3 e 4.



**Quadro 3.**

*Características psicossociais das sobreviventes do estudo no pré-teste (coping, sintomatologia, autoconceito e medo de recorrência)*

	GE (n=9)			GC (n=10)			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
<b>Coping</b>								
CCQ individual	30,44	29,00	6,69	37,50	36,00	7,26	19,00	0,035*
CCQ interpessoal	14,60	13,00	6,84	14,78	13,00	4,66	21,50	0,898
<b>Sintomatologia</b>								
Ansiedade	5,44	3,00	5,22	8,00	7,50	4,94	30,00	0,243
Depressão	4,11	4,00	2,03	4,40	4,00	2,76	44,50	0,968
<b>AutoConceito Total</b>								
Aceitação	20,00	20,00	2,96	20,50	20,00	2,51	40,00	0,720
Auto-Eficácia	24,78	24,00	3,07	23,70	24,50	2,75	35,50	0,447
Maturidade	15,56	15,00	2,88	16,50	16,50	1,65	38,50	0,604
Impulsividade	12,44	12,00	2,19	13,10	13,50	1,79	38,00	0,604
<b>MedoRecoorênciaTotal</b>								
Reações afetivas	2,74	2,62	0,58	2,60	2,46	0,63	36,50	0,497
Família/Companheiro	2,49	2,71	0,63	2,38	2,45	0,50	38,00	0,604
Ocupação	2,57	2,29	0,99	2,44	2,64	0,75	41,00	0,780
Perda de autonomia	2,22	2,14	0,70	2,36	2,29	0,61	35,50	0,447
Coping	3,89	4,00	0,58	3,46	3,56	0,48	29,50	0,211

M: Média; Mdn: Mediana; DP: Desvio Padrão; U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

### Quadro 4.

*Características psicossociais das sobreviventes do estudo no pré-teste (QdV)*

	GE (n=9)			GC (n=10)			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
<b>QLQ C30 BR23</b>								
Estado de saúde/QdV	140,74	133,33	33,45	131,67	133,33	55,25	41,00	0,780
Função física	74,07	80,00	15,07	82,67	86,67	15,14	28,00	0,182
Função do papel	92,59	100,00	12,11	80,00	91,67	24,60	33,00	0,356
Função emocional	72,22	75,00	25,69	63,33	66,67	30,48	35,50	0,447
Função cognitiva	85,19	83,33	13,03	75,00	83,33	23,90	34,00	0,400
Função social	96,30	100,00	11,11	85,00	100,00	21,44	31,50	0,278
Náusea e vômito	5,56	0,00	11,79	1,67	0,00	5,27	39,00	0,661
Fadiga	27,16	22,22	16,77	20,00	11,11	30,00	26,00	0,133
Dor	12,96	0,00	18,22	20,00	16,67	25,82	38,00	0,604
Dispneia	0,00	0,00	0,00	6,67	0,00	14,05	36,00	0,497
Insónia	48,15	66,67	41,20	26,67	33,33	30,63	31,50	0,278
Perda de apetite	7,41	0,00	14,70	13,33	0,00	28,11	44,00	0,968
Obstipação	14,81	0,00	17,57	26,67	16,67	34,43	38,50	0,604
Diarreia	11,11	0,00	16,67	3,33	0,00	10,54	34,50	0,400
Dificuldades financeiras	7,41	0,00	14,70	33,33	33,33	28,87	19,50	0,063
Imagem corporal	85,19	91,67	20,74	81,67	83,33	19,56	40,00	0,720
Função sexual	11,11	0,00	16,67	30,00	33,33	21,94	22,50	0,065
Satisfação sexual	50,00	50,00	23,57	60,00	66,67	27,89	4,00	0,857
Perspetivas futuras	48,15	66,67	33,79	40,00	33,33	40,98	39,00	0,661
Efeitos colaterais	15,34	14,29	9,46	16,67	11,90	11,93	43,50	0,905
Sintomas da mama	18,52	16,67	13,68	10,00	8,33	10,24	28,00	0,182
Sintomas do braço	14,81	11,11	16,67	23,33	27,78	17,72	32,50	0,315
Incómodo queda de cabelo	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	44,72	4,00	0,857

M: Média; Mdn: Mediana; DP: Desvio Padrão; U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade

**Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo no pós-teste**

As variáveis psicossociais das subamostras foram analisadas também para o pós-teste verificando-se que, na subescala do autoconceito total, o GC (Mdn=87,50) apresentou valores mais elevados do que o GE (Mdn=75,00),  $U=17$ ,  $z=-2,30$ ,  $p=0,022$ . Os resultados obtidos encontram-se descritos no Quadro 5 e 6.

**Quadro 5.**

*Características psicossociais das sobreviventes no pós-teste (coping, sintomatologia, autoconceito e medo de recorrência)*

	GE (n=9)			GC (n=10)			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
<b>Coping</b>								
CCQ individual	33,33	27,00	11,86	35,60	37,50	5,44	38,00	0,604
CCQ interpessoal	13,57	13,00	7,07	10,10	7,00	6,03	22,00	0,230
<b>Sintomatologia</b>								
Ansiedade	6,11	7,00	2,71	6,60	7,50	4,45	39,00	0,661
Depressão	2,89	3,00	1,36	3,30	1,50	3,65	39,50	0,661
<b>AutoConceito Total</b>								
Aceitação	19,56	20,00	2,79	21,40	22,00	2,01	24,00	0,095
Auto-Eficácia	23,33	23,00	3,46	24,60	25,00	3,10	32,00	0,315
Maturidade	15,33	16,00	3,71	17,50	18,00	1,78	30,00	0,243
Impulsividade	11,56	12,00	3,43	13,30	14,00	1,64	33,50	0,356
<b>MedoRecorrênciaTotal</b>								
Reações afetivas	2,59	2,58	0,48	2,76	2,88	0,87	38,50	0,604
Família/Companheiro	2,65	2,71	0,53	2,45	2,30	0,43	30,00	0,243
Ocupação	2,81	2,43	0,99	2,54	2,62	0,66	41,00	0,780
Perda de autonomia	2,57	2,29	0,81	2,04	1,93	0,74	28,00	0,182
Coping	3,64	3,67	0,67	3,81	3,78	0,62	37,00	0,549

M: Média; Mdn: Mediana; DP: Desvio Padrão; U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

### Quadro 6.

*Características psicossociais das sobreviventes no pós-teste (QdV)*

	GE (n=9)			GC (n=10)			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
<b>QLQ C30 BR23</b>								
Estado de saúde/QdV	159,26	166,67	40,92	148,33	141,67	44,76	37,50	0,549
Função física	86,67	86,67	9,43	78,67	80,00	23,05	39,50	0,661
Função do papel	90,74	100,00	12,11	80,00	100,00	32,20	40,50	0,720
Função emocional	82,41	75,00	14,10	74,17	66,67	24,04	32,50	0,315
Função cognitiva	92,59	100,00	8,78	81,67	83,33	29,87	36,00	0,497
Função social	98,15	100,00	5,56	96,67	100,00	10,54	45,00	1,000
Náusea e vômito	7,41	0,00	12,11	3,33	0,00	10,54	35,50	0,447
Fadiga	18,52	22,22	14,70	22,22	11,11	30,99	43,50	0,905
Dor	14,81	16,67	15,47	23,33	16,67	31,62	41,50	0,780
Dispneia	4,17	0,00	11,79	16,67	0,00	23,57	28,50	0,315
Insónia	25,93	33,33	22,22	20,00	0,00	32,20	34,50	0,400
Perda de apetite	11,11	0,00	16,67	6,67	0,00	14,05	39,00	0,661
Obstipação	14,81	0,00	24,22	20,00	0,00	32,20	42,00	0,842
Diarreia	0,00	0,00	0,00	3,33	0,00	10,54	40,50	0,720
Dificuldades financeiras	11,11	0,00	16,67	33,33	33,33	35,14	28,50	0,182
Imagem corporal	95,37	100,00	11,11	81,67	87,50	19,16	22,50	0,065
Função sexual	22,22	16,67	25,00	28,33	25,00	29,45	40,00	0,720
Satisfação sexual	55,56	33,33	38,49	60,00	66,67	27,89	6,50	0,786
Perspetivas futuras	66,67	66,67	28,87	43,33	33,33	47,27	31,50	0,278
Efeitos colaterais	18,10	19,05	7,47	19,52	16,67	17,88	43,50	0,905
Sintomas da mama	12,04	8,33	9,42	17,50	8,33	20,95	42,50	0,842
Sintomas do braço	14,81	11,11	12,42	28,89	27,78	26,29	32,50	0,315
Incómodo queda cabelo	25,00	16,67	31,91	83,33	83,33	23,57	0,500	0,133

M: Média; Mdn: Mediana; DP: Desvio Padrão; U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade

### Avaliação da eficácia da intervenção no pré e no pós-teste

Comparámos a avaliação efetuada no pré-teste e no pós-teste no GE e no GC. Os resultados obtidos encontram-se descritos no Quadro 7, 8, 9 e 10.

No GC, verificou-se uma diminuição significativa da subescala interpessoal do *coping* do pré-teste (Mdn=13,00) para o pós-teste (7,00),  $z = -2,196$ ,  $p = 0,023$ ,  $r = -0,46$ . Neste grupo verificou-se ainda um aumento significativo no autoconceito total do pré-teste (Mdn=82,00) para o pós-teste (Mdn=87,50),  $z = -1,958$ ,  $p = 0,051$ ,  $r = -0,42$ .

No GE, no domínio da QdV (Função Física), verificou-se um aumento estatisticamente significativo na função física do pré-teste (Mdn=80,00) para o pós-teste (Mdn=86,67),  $z = -2,719$ ,  $p = 0,004$ ,  $r = -0,54$ .

#### Quadro 7.

*Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no GC e GE (coping e sintomatologia)*

	GE (n=9)		Z	p	GC (n=10)		z	p
	Pré-teste	Pós-teste			Pré-teste	Pós-teste		
	Mdn	Mdn			Mdn	Mdn		
<b>Coping</b>								
CCQ individual	29,00	27,00	-1,13	0,305	36,00	37,50	-0,36	0,750
CCQ interpessoal	13,00	13,00	-0,37	0,750	13,00	7,00	-2,20	0,023*
<b>Sintomatologia</b>								
Ansiedade	3,00	7,00	-0,54	0,660	7,50	7,50	-1,20	0,281
Depressão	4,00	3,00	-1,61	0,180	4,00	1,50	-1,63	0,137

Mdn: Mediana; z: valor de z associado ao teste de Wilcoxon; p: probabilidade; \* $p < 0,05$

#### Quadro 8

*Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no GE (n=9) (QdV)*

	Pré-teste	Pós-teste	z	p
	Mdn	Mdn		

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

### QLQ C30 BR23

Estado de saúde/QdV	133,33	166,67	-1,04	0,406
Função física	80,00	86,67	-2,72	0,004**
Função do papel	100,00	100,00	-0,27	1,000
Função emocional	75,00	75,00	-0,95	0,375
Função cognitiva	83,33	100,00	-2,00	0,125
Função social	100,00	100,00	-1,00	1,000
Náusea e vômito	0,00	0,00	-1,00	1,000
Fadiga	22,22	22,22	-1,17	0,281
Dor	0,00	16,67	-0,38	1,000
Dispneia	0,00	0,00	-1,00	1,000
Insónia	66,67	33,33	-1,38	0,219
Perda de apetite	0,00	0,00	-1,00	1,000
Obstipação	0,00	0,00	0,00	1,000
Diarreia	0,00	0,00	-1,73	0,250
Dificuldades financeira	0,00	0,00	-0,45	1,000
Imagem corporal	91,67	100,00	-2,06	0,063
Função sexual	0,00	16,67	-1,66	0,188
Satisfação sexual	50,00	33,33	-1,00	1,000
Perspetivas futuras	66,67	66,67	-1,09	0,375
Efeitos colaterais da terapia	14,29	19,05	-1,19	0,297
Sintomas da mama	16,67	8,33	-1,38	0,219
Sintomas do braço	11,11	11,11	0,00	1,000
Incómodo queda de cabelo	0,00	16,67	-1,00	1,000

Mdn: Mediana; z: valor de z associado ao teste de Wilcoxon; p: probabilidade; \*\*p<0,01

**Quadro 9.**

*Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no GC (n=10) (QdV)*

	Pré-teste	Pós-teste	z	p
	Mdn	Mdn		
<b>QLQ C30 BR23</b>				
Estado de saúde/QdV	133,33	141,67	-1,80	0,125
Função física	86,67	80,00	-1,06	0,406
Função do papel	91,67	100,00	-0,14	1,000
Função emocional	66,67	66,67	-1,26	0,238
Função cognitiva	83,33	83,33	-1,63	0,219
Função social	100,00	100,00	-1,36	0,250
Náusea e vômito	0,00	0,00	-1,00	1,000
Fadiga	11,11	11,11	-0,71	0,750
Dor	16,67	16,67	-0,71	0,750
Dispneia	0,00	0,00	-1,34	0,500
Insónia	33,33	0,00	-0,56	0,750
Perda de apetite	0,00	0,00	-0,82	0,750
Obstipação	16,67	0,00	-1,41	0,500
Diarreia	0,00	0,00	0,00	1,000
Dificuldades financeira	33,33	33,33	-0,38	1,000
Imagem corporal	83,33	87,50	-0,14	0,977
Função sexual	33,33	25,00	-0,38	1,000
Satisfação sexual	66,67	66,67	-0,45	1,000
Perspetivas futuras	33,33	33,33	-0,14	1,000
Efeitos colaterais da terapia	11,90	16,67	-0,42	0,730
Sintomas da mama	8,33	8,33	-1,17	0,313
Sintomas do braço	27,78	27,78	-0,96	0,500
Incómodo queda de cabelo	0,00	83,33	-	-

Mdn: Mediana; z: valor de z associado ao teste de Wilcoxon; p: probabilidade

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

### Quadro 10.

*Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no GC e GE (autoconceito e medo de recorrência)*

	GE (n=9)				GC (n=10)			
	Pré-teste	Pós-teste	z	p	Pré-teste	Pós-teste	z	p
	Mdn	Mdn			Mdn	Mdn		
<b>AutoConceito</b> Total	83,00	75,00	-0,99	0,383	82,00	87,50	-1,96	0,051*
Aceitação	20,00	20,00	-0,42	0,750	20,00	22,00	-1,24	0,229
Auto-Eficácia	24,00	23,00	-1,38	0,250	24,50	25,00	-1,50	0,188
Maturidade	15,00	16,00	-0,26	0,891	16,50	18,00	-1,67	0,125
Impulsividade	12,00	12,00	-0,17	0,906	13,50	14,00	-0,36	0,805
<b>Medo de Recorrência</b>	10,03	9,97	-0,42	0,734	9,70	9,59	-0,05	1,000
Reações afetivas	2,62	2,58	-0,30	0,820	2,46	2,88	-1,02	0,336
Família/Companheiro	2,71	2,71	-0,28	0,813	2,45	2,30	-0,83	0,441
Ocupação	2,29	2,43	-0,06	0,977	2,64	2,62	-0,54	0,645
Perda de autonomia	2,14	2,29	-1,55	0,148	2,29	1,93	-1,84	0,070
Coping	4,00	3,67	-0,77	0,469	3,56	3,78	-1,43	0,168

Mdn: Mediana; z: valor de z associado ao teste de Wilcoxon; p: probabilidade; \*p<0,05

## DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de um programa de intervenção multidisciplinar, que conjuga a psicoeducação com a fisioterapia, em mulheres sobreviventes de cancro da mama. De acordo com a revisão de literatura efetuada, esperava-se que após a aplicação do programa de intervenção multidisciplinar, as sobreviventes de cancro da mama apresentassem níveis mais reduzidos de psicopatologia e de medo de recorrência; níveis mais elevados de autoconceito e de QdV; e que melhorassem as estratégias de *coping* utilizadas.

A investigação tem comprovado a eficácia de programas multidisciplinares nesta população nos últimos anos. No entanto, em Portugal, estas investigações ainda são escassas sendo este o primeiro estudo que implementa a avaliação do medo de recorrência do cancro nestes programas. A análise dos resultados encontrados permitiu verificar que após a implementação da intervenção multidisciplinar existiu um aumento na subescala da função física das sobreviventes, do indicador da QdV. Em relação ao GC, verificou-se uma diminuição da subescala interpessoal do *coping* e um aumento na subescala do autoconceito total.



A análise dos resultados permite referir que no que respeita à QdV, as participantes do GE melhoraram na subescala função física. O benefício das intervenções multidisciplinares para a QdV tem sido verificado em alguns estudos (Hauken et al., 2015; Van Weert et al., 2004), especificamente no que se refere ao nível físico quando as intervenções são de reabilitação (Hauken et al., 2015). A fisioterapia tem evidenciado um impacto na melhoria da QdV (Beurskens et al., 2007), reiterando a utilidade de se utilizar a mesma em programas multidisciplinares, o que pode explicar os resultados encontrados.

O programa de intervenção implementado inclui ainda indicações de promoção do funcionamento físico, salientando orientações específicas sobre a atividade física em sobreviventes de cancro da mama, o que poderá ter sido indicador da melhoria da função física no nosso grupo de intervenção.

Relativamente às estratégias de *coping* verificou-se a diminuição da subescala interpessoal, no domínio *coping*, no GC. Este resultado pode ser explicado pelo facto de a literatura referir que a utilização de estratégias de *coping* tende a ser mais prevalente no diagnóstico e no tratamento existindo assim uma propensão para diminuir com o tempo (Danhauer, Crawford, Farmer, & Avis, 2009). No entanto, e ao contrário do esperado, não se verificaram melhorias significativas nas estratégias de *coping* utilizadas pelas sobreviventes de cancro da mama do GE. Este resultado não corrobora alguns estudos que demonstram a eficácia da intervenção psicoeducativa em grupo nesta variável (Souza & Araújo, 2010). No entanto, outros estudos realizados também não evidenciaram benefícios da intervenção nas estratégias de *coping* utilizadas pelas participantes (Caetano, 2014). Um dos possíveis motivos para este resultado é o elevado nível de funcionalidade das participantes do GE o que poderá ser indicador de um menor benefício de aprendizagem de estratégias de *coping*.

Em relação ao autoconceito verificou-se a melhoria no GC do pré-teste para o pós-teste. Esta melhoria pode ser sustentada em dados que referem a existência de uma melhor adaptação ao cancro da mama relacionada com o maior tempo decorrente após o término dos tratamentos (Amorim, 2007) ou ainda por estudos que verificaram que existem mulheres que apesar dos tratamentos realizados conseguem sentir-se satisfeitas com a sua imagem (Caetano & Soares, 2005). Por outro lado é importante referir que o tempo dispensado às participantes, no momento da entrevista inicial, para ouvirmos a sua história e para salientarmos a importância de colaborarem neste estudo podem ter, de alguma forma, contribuído para a melhoria do autoconceito. Em relação ao GE não se verificou, ao contrário do esperado, a melhoria após a intervenção. Estes resultados não são assim concordantes com estudos anteriores que indicam a melhoria do autoconceito nas sobreviventes de cancro após a intervenção (Pereira et al., 2014).

Relativamente à psicopatologia não se verificaram resultados significativos do pré-teste para o pós-teste. Estes resultados não corroboram alguns estudos que indicam a melhoria desta variável após a intervenção (Fukui et al., 2000; Trask, Paterson, Griffith, Riba, & Schwartz, 2003). No entanto, e de acordo com o estudo de Caetano (2014), a elevada funcionalidade da amostra pode ter diminuído o potencial de evolução no indicador de sintomatologia psicopatológica.

Quanto ao medo de recorrência, são escassos os estudos que já incluem a avaliação da eficácia da intervenção psicoeducativa em sobreviventes de cancro de mama. No entanto, alguns estudos têm indicado a possibilidade da sua eficácia (Mishel et al., 2005). Apesar desta indicação de melhoria o mesmo estudo também salienta que embora os pensamentos automáticos de possibilidade de reincidência não surjam constantemente nas sobreviventes, a ameaça de reincidência dificilmente é descartada (Mishel et al., 2005). Uma maior incidência, no programa de intervenção, sobre estratégias de *coping* para lidar com o medo de recorrência poderá potenciar a melhoria nesta variável.

A principal limitação deste estudo foi o tamanho reduzido da amostra que pode ter contribuído para a não obtenção de resultados estatisticamente significativos dificultando ainda a generalização da amostra. A impossibilidade de aleatorização da amostra pode também ter condicionado os resultados

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

obtidos. O facto de as participantes não evidenciarem elevados níveis de sintomatologia psicopatológica poderá ter restringido as melhorias nos indicadores em estudo uma vez que tinham um elevado nível de funcionalidade. Uma outra limitação que apontamos é o facto da maioria das participantes que integraram o grupo de intervenção referirem que gostariam de participar com o intuito de ajudar as outras participantes, não vendo a intervenção como uma necessidade, o que pode indicar menores ganhos com a intervenção. Outro aspeto que pode ter condicionado menores benefícios com a intervenção foi a pouca assiduidade das participantes visto que apenas 3 participaram na totalidade das sessões. Embora tenham sido verificadas algumas limitações neste estudo, salienta-se a sua importância e pertinência por ser, do nosso conhecimento, a segunda implementação de uma intervenção multidisciplinar em sobreviventes de cancro da mama na população portuguesa e o primeiro estudo a avaliar a eficácia de um programa de intervenção no medo de recorrência. Para estudos futuros sugerimos a aleatorização da amostra e uma amostra de maior dimensão permitindo que exista uma maior representatividade. Uma vez que a nossa amostra apresentava um bom ajustamento psicológico, o que pode ter limitado a obtenção de maiores ganhos com a intervenção, sugerimos em estudos futuros a inclusão de participantes que demonstrem um elevado sofrimento emocional.

A implementação do programa de intervenção multidisciplinar mostrou ser eficaz ao nível da QdV e não ter qualquer efeito potencialmente negativo. Estes benefícios conjugados com a escassez de estudos realizados neste âmbito em Portugal levam-nos a realçar a necessidade de continuar as investigações nesta área, com o intuito de obter resultados mais consistentes e adquirir mais evidência da aplicabilidade deste tipo de programas.

## REFERÊNCIAS

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQC30: A quality of life-instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-375.
- Akechi, T., Okuyama, T., Endo, C., et al. (2011). Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology*, 20(5), 497-505. doi:10.1002/pon.1757.
- Akechi, T., Momino, K., Yamashita, T., et al. (2014). Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 145, 205 – 210. doi: 10.1007/s10549-014-2929-3.
- Amorim, C. M. B. F. (2007). *Doença oncológica da mama: Vivências de mulheres mastectomizadas*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto, Portugal.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- APA Help Center (2004). *Breast cancer: How your mind can help your body*. American Psychological Association.
- Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., et al. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: A prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6172-6179. doi:10.1200/JCO.2009.22.5151

- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. M. (2005). Adult cancer survivors: How are they faring?. *Cancer*, *104*(11), 2565–2576. doi:10.1002/cncr.21488.
- Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Society*, *29*(1), 73 – 86. doi: 10.1188/02.ONF.73-87.
- Beurskens, C., Van Uden, C., Strobbe, L., Oostendorp, R., & Wobbles, T. (2007). The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*, *7*(1), 166. doi: 10.1186/1471-2407-7-166.
- Caetano, I. T. D. (2014). *Os efeitos da intervenção multidisciplinar em sobreviventes de cancro da mama. Integração da psicoeducação com a fisioterapia*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Caetano, J. A., & Soares, E. (2005). Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *Revista Enfermagem UERJ*, *13*, 210-216.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farmer, D. F., & Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, *32*(4), 371-379. doi: 10.1007/s10865-009-9211-x.
- Duarte, N. (2010). *Fisioterapia: Influência na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. Contributo para a qualidade do serviço em oncologia*. Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa e Escola Nacional de Saúde Pública.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T. et al. (2000). A psychosocial group intervention for japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, *89* (5), 1026-36. doi: 10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1026::AID-CNCR12>3.0.CO;2-5.
- Goedendorp, M. M., Knoop, H., Gielissen, M. F. M., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2014). The effects of cognitive behavioral therapy for postcancer fatigue on perceived cognitive disabilities and neuropsychological test performance. *Journal of Pain and Symptom Management*, *47*(1), 35-44. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.014.
- Gottlieb, B.H., & Wachala, E.D. (2007). Cancer support groups: A critical review of empirical studies. *Psycho-Oncology*, *16* (5), 379-400. doi: 10.1002/pon.1078.
- Hauken, M. A., Holsen, I., Fismen, E., & Larsen, T. M. B. (2015). Working toward a good life as a cancer survivor: A longitudinal study on positive health outcomes of a rehabilitation program for young adult cancer survivors. *Cancer Nursing*, *38*(1), 3-15. doi: 10.1097/NCC.000000000000138.
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., et al. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, *58*(6), 505-511.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). Breast cancer survivors' supportive care needs 2–10 years after diagnosis. *Support Care Cancer*, *15*(5), 515–523. doi:10.1007/s00520-006-0170-2.
- Leigh, S.A., & Stovall, E.L. (2003). Cancer survivorship. Quality for life. In: King, C.R., & Hinds, P.S. (2012). *Quality of life: from nursing and patient perspectives*. 2a ed. Boston (USA): Jones and Bartlett Publishersp.
- Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. *Portal dos Psicólogos*, 1-34.
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M., LaNey, I. C., Stewart, J., Porter, L., & Clayton, M. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African–American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *14*(11), 962-978.

## INTERVENÇÃO EM SOBREVIVENTES DE CANCRO

- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-Oncology*, 12, 331-344. doi: 10.1002/pon.646.
- Okamura, H., Fukui, S., Nagasaka, Y., Koike, M., & Uchitomi, Y. (2003). Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: an exploratory analysis. *Breast cancer research and treatment*, 80(3), 331-338.
- Oliveira, M. M., & Monteiro, A. R. M. (2004). Mulheres mastectomizadas- resignificação da existência. *Texto Contexto Enfermagem*, 13(1), 401-8.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A. Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Pereira, A., Lima, M., Monteiro, S., Torres, A., & Caetano, T. (2014). Mindfulness-based group intervention in breast cancer survivors. *Atención Primaria*, 46(Esp.Congreso), 25-63.
- Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517-1524. doi: 10.1016/S0959-8049(03)00309-5.
- Ronson, A., & Body, J. (2002). Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer*, 10, 281-291. doi: 10.1007/s005200100309.
- Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., & Trew, M. E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9 (1), 19-26. Doi: 10.1111/j.1523-5394.2001.91005.pp.x.
- Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia*, 28(3), 157 - 163.
- Souza, J. R., & Araújo, T. C. C. F. D. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 147-159.
- Torres, A., Araújo, F., Pereira, A., & Monteiro, S. (2015). *InMAMAGroup: Programa de intervenção de grupo para mulheres com cancro da mama – Manual técnico e prático*. Lisboa: CEGOC.
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2014). Estudo de validade da versão portuguesa do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro. *RIDEP*, 38(2), 199-217.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., & Araújo, F. (2011). The effectiveness of psycho-social groups in Portuguese breast cancer survivors: a pilot study. [Oral Abstracts]. *Psycho-oncology*, 20 (supl.2): 84-85. doi:10.1002/pon.2077
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K. A., Riba, M. B., & Schwartz, J. L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4), 854-864. doi: 10.1002/cncr.11579.
- Van Weert, E., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Grol, B. M. F., Otter, R., Arendzen, J. H., Postema, K., & Van Der Schans, C. P. (2004). Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(1), 27-35.
- Van Weert, E., May, A. M., Korstjens, I., Post, W. J., Van der Schans, C. P., Van den Borne, B., et al. (2010). Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Physical therapy*, 90(10), 1413-1425.
- Vaz-Serra, A. (1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- WHOQOL-Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

World Health Organization. (2015). *Cancer*. Acedido em:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>