



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2015

**Tânia Alexandra Silva
Correia**

**Avaliação da eficácia de um programa de
intervenção multidisciplinar em sobreviventes de
cancro da mama**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2015

**Tânia Alexandra Silva
Correia**

**Avaliação da eficácia de um programa de
intervenção multidisciplinar em sobreviventes de
cancro da mama**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me apoiaram neste percurso, em especial à minha família.

o júri

presidente

Prof.^a Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora associada com agregação, Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Professora adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof.^a Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora auxiliar convidada, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram generosamente para a realização deste trabalho.

À Prof.^a Doutora Sara Monteiro, orientadora deste trabalho, pelo apoio e disponibilidade concedidos para este trabalho.

À Dr.^a Teresa Caetano pelo apoio, incentivo e colaboração neste trabalho. Ao Aces Baixo Vouga pelo acolhimento deste projeto e à Fisioterapeuta Rita Silva pela colaboração.

A todas as senhoras que voluntariamente participaram neste estudo, que me transmitiram muitos ensinamentos e que foram a principal motivação para a realização deste trabalho. Um agradecimento especial a cada uma delas.

À Prof.^a Doutora Ana Torres por toda a compreensão e incentivo.

À minha família por acreditarem sempre em mim. Um agradecimento especial aos meus pais por todo o amor, esforço, paciência, incentivo e confiança.

Ao Simão, por todo o incentivo, confiança, carinho, motivação e apoio estando presente em todos os momentos.

Aos meus amigos, em especial à Paula Sousa e Sara Cavadas, por terem tornado todo este percurso mais fácil.

palavras-chave

Sobreviventes de cancro da mama, intervenção multidisciplinar, psicoeducação, fisioterapia, qualidade de vida, *coping*, autoconceito, sintomas psicopatológicos, medo de recorrência.

resumo

Com os avanços que se têm alcançado na deteção precoce e no tratamento do cancro da mama tem-se verificado um aumento no número de sobreviventes de cancro da mama. A intervenção multidisciplinar tem demonstrado a sua eficácia em sobreviventes de cancro da mama. O presente estudo pretende implementar e avaliar um programa de intervenção multidisciplinar, que integra a psicoeducação com a fisioterapia, 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.

keywords

Survivors of breast cancer, multidisciplinary intervention, psychoeducation, physiotherapy, quality of life, coping, self-concept, psychopathological symptoms, fear of recurrence.

abstract

Treatment evolution and early detection have led to higher survival rates. The multidisciplinary intervention has demonstrated its effectiveness in breast cancer survivors. This study aims to implement and evaluate a multidisciplinary intervention program, which includes psychoeducation with physiotherapy in women survivors of 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.

Índice

Introdução.....	1
Método.....	5
Participantes.....	5
Instrumentos.....	8
Procedimentos.....	9
Resultados.....	11
Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo no pré-teste.....	11
Caracterização da adaptação psicológica das sobreviventes de cancro.....	12
Avaliação da eficácia da intervenção no pré e no pós-teste.....	13
Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo no pós-teste.....	16
Discussão.....	17
Referências bibliográficas.....	20
Anexos.....	27

Introdução

Segundo a WHO (2015) o cancro é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo tendo-se verificado no ano de 2012 8,2 milhões de mortes relacionadas com o cancro. As previsões ao nível mundial indicam que nas próximas duas décadas o número de novos casos de cancro deverá aumentar cerca de 70%. As principais causas de morte por cancro encontram-se relacionadas com comportamentos de risco, nomeadamente a alimentação, a inatividade física e o tabagismo (WHO, 2015). Em Portugal, o cancro da mama é o segundo cancro mais prevalente, sendo o que tem maior incidência no sexo feminino. O cancro da mama teve desde 2005 até 2009, um aumento progressivo, verificando-se em 2012 uma taxa de mortalidade de 31,8% (DGS, 2014). O tratamento do cancro depende de vários aspetos, nomeadamente da fase em que se encontra, do tipo de tumor e do estado de saúde geral do paciente (National Cancer Institute, 2015), podendo passar pela cirurgia, radioterapia, quimioterapia e/ou hormonoterapia (Patrão, 2007). Estes tratamentos e a própria deteção precoce do cancro da mama têm progredido, refletindo-se num aumento do número de sobreviventes e do número de indivíduos que vivem por longos períodos de tempo com a doença (Akechi et al., 2014). É de salientar que alguns estudos referem que cerca de 60% das pessoas diagnosticadas com cancro vivem pelo menos 5 anos após o diagnóstico (Zebrack & Cella, 2005) comprovando a longevidade com que os indivíduos podem viver com a doença.

O conceito de sobrevivente de cancro não é consensual, tendo diversas definições. O National Coalition for Cancer Survivors definiu, em 2005, o sobrevivente de cancro como toda a pessoa a quem é feito o diagnóstico de cancro até ao fim da vida. Uma outra definição, mais ampla, inclui além da pessoa com cancro, a família e os próprios cuidadores como sobreviventes (National Cancer Institute, 2005). Há ainda quem defina o sobrevivente como a pessoa que terminou os tratamentos e se encontra livre da doença (Solana, 2005), ou que estabeleça o período de cinco anos para se determinar um sobrevivente de cancro. 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 que podem persistir após o fim dos tratamentos (Maia & Correia, 2008). O diagnóstico acarreta para os doentes uma elevada prevalência de sofrimento emocional (Pitceathly & Maguire, 2003) experienciando emoções negativas tais como ansiedade, angústia, tristeza, vulnerabilidade e medo (Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002). Estes elevados níveis de sofrimento emocional podem aumentar a gravidade dos sintomas físicos associados à quimioterapia, afetar a adesão ao tratamento e originar um uso excessivo dos cuidados de saúde (Clarke, 1998, citado em Avelar et al., 2006). Além disto, tem um impacto significativo no funcionamento psicossocial do indivíduo, na sua QdV (Hewitt, Herdman, & Holland, 2004), na sua imagem corporal, sexualidade e funcionamento físico (Thornton & Perez, 2007). Os sobreviventes de cancro, e não apenas os pacientes que têm cancro, encontram diversos problemas, principalmente ao nível psicológico (Baker, Denniston, Smith, & West, 2005; Hodgkinson et al., 2007;), sendo um dos mais comuns o medo de recorrência do cancro (Armes et al., 2009). Além destas preocupações deparam-se com problemas como a descoberta de um significado do cancro na própria vida; o lidar com os efeitos dos tratamentos a curto, médio e longo prazo; e o lidar com a ameaça de reincidência do cancro ou com a morte (Oliveira & Monteiro, 2004). Outra das dificuldades dos sobreviventes de cancro está relacionada

com a existência de sintomatologia psicopatológica concomitante com o medo de progressão (Akechi et al., 2011).

A QdV define-se como a “*percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL-Group, 1994, p.28). Este construto mostra ser dinâmico e multidimensional, englobando diversos domínios - físico, psicológico, social, nível de independência, ambiente e espiritualidade (Canavarro et al., 2006). Os estudos indicam um impacto muito significativo no funcionamento psicossocial do indivíduo e na sua QdV aquando do diagnóstico de cancro da mama (Hewitt et al., 2004). As investigações sobre a QdV concluem que na fase de diagnóstico verifica-se uma diminuição desta (Knobf, 2007), constatando-se uma melhoria alguns anos após o diagnóstico (Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004). Este último resultado é congruente com estudos que indicam que quanto maior for o intervalo de tempo decorrido após o diagnóstico melhores são os níveis de QdV (Carver et al., 2006; Fehlauser, Tribius, Mehnert, & Rades, 2005). No entanto, outros estudos revelam a inexistência de alterações (Ganz et al., 2002) ou até mesmo a diminuição da QdV ao longo do tempo (Holzner et al., 2001). A idade tem demonstrado ser também um fator importante, existindo estudos que indicam que sobreviventes de cancro mais jovens apresentam uma pior QdV quando comparadas com uma faixa etária superior (Cimprich, Ronis, & Martinez-Ramos, 2002). Além da idade, as mulheres solteiras e com menores habilitações literárias têm demonstrado uma pior QdV (King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2000). Os aspetos próprios do cancro e do seu tratamento tais como as limitações na vida diária, toxicidade da quimioterapia e perda da autoestima podem também afetar a QdV (Pignata, Ballatori, Favalli, & Scambia, 2001).

O *coping* define-se como o conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, que se encontram em constante mudança e tem como objetivo gerir exigências específicas que são consideradas excessivas para os recursos que a pessoa possui. Este processo vai-se alterando ao longo do tempo e consoante a situação (Lazarus & Folkman, 1984). Na situação de cancro, as estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes oncológicos são variadas e estão muitas vezes relacionadas com a etapa da doença em que o indivíduo se encontra, não existindo um padrão específico para esta população (Maia & Correia, 2008). Embora não exista um padrão específico, foi encontrada evidência de maior eficácia, nomeadamente na QdV, da utilização de estratégias de *coping* mais ativas pelas mulheres com cancro da mama (Avis et al., 2005). Quando são utilizadas estratégias de *coping* mais passivas verifica-se o oposto e níveis mais elevados de angústia (Culver et al., 2002). Alguns estudos indicam as estratégias de espírito de luta e fatalismo como as mais utilizadas pelas sobreviventes de cancro da mama (Varela & Leal, 2007).

Vaz Serra (1986) define o autoconceito como a percepção que a pessoa tem de si. Esta percepção resulta para além das atribuições do próprio comportamento, das avaliações realizadas pelos outros e das comparações pessoais com grupos de referência. O autoconceito relaciona-se com o funcionamento geral do indivíduo e é um preditor do seu ajustamento (Vaz Serra, 1986). O cancro da mama tem consequências no autoconceito das sobreviventes principalmente na autoestima e imagem corporal. Este impacto no autoconceito prolonga-se do diagnóstico ao tratamento até ser conseguida alguma adaptação à situação (Caetano & Soares, 2005). A existência de um autoconceito positivo está relacionada com a presença de uma procura de apoio social. Além deste aspeto o autoconceito positivo indica uma melhor adaptação à doença, neste caso ao cancro da mama (Amorim, 2007).

O medo de recorrência define-se como sendo “*o medo ou preocupação de que o cancro regressse ou se espalhe no mesmo órgão ou para outra parte do corpo*” (Vickberg, 2003, p.18).

Este medo por norma persiste durante muito tempo após o término dos tratamentos (Lebel, Tomei, Foldstein, Beattie, & McCallum, 2013) embora alguma literatura indique que o medo de recorrência pode diminuir nos primeiros meses após o diagnóstico (Savard & Ivers, 2013) ou até mesmo durante a reabilitação (Mehnert, Koch, Sundermann, & Dinkel, 2013). No entanto, uma revisão realizada por Simard e colaboradores (2013) concluiu que existem estudos que não verificam qualquer mudança ou aumento do medo de recorrência com o passar do tempo. O medo de recorrência é uma das principais fontes de *stress* nas sobreviventes de cancro da mama (Lebel et al., 2013), sendo relatado como uma das preocupações mais prevalentes nas sobreviventes (Armes et al., 2009). A literatura indica que são necessárias intervenções psicossociais adequadas para o medo de recorrência embora ainda não existam estratégias padronizadas para intervir neste medo (Akechi et al., 2014). Num estudo realizado por Akechi e colaboradores (2011), esta necessidade de intervenção no medo de recorrência era relatada por cerca de 63 % das sobreviventes. Quanto à prevalência do medo de recorrência nas sobreviventes de cancro, um estudo encontrou uma prevalência entre os 22% e 99% (Simard, Savard & Ivers, 2010) enquanto outro estudo refere a percentagem de 27% a 58% (Lebel et al., 2013). O medo de recorrência é, em níveis adequados, uma resposta racional e apropriada perante o diagnóstico e tratamento do cancro (Herschbach & Dinkel, 2014). No entanto, pode causar uma grande diversidade de consequências para as sobreviventes de cancro da mama, nomeadamente a diminuição da QdV (Mishel et al., 2005), a existência de *distress* psicológico (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner, & Kahana, 2006; Simard et al., 2013), elevados níveis de angústia (Hodges & Humphris, 2009), sintomas de *stress* pós-traumático (Mirabeau-Beale et al., 2009) e ansiedade relacionada com a ideia de que vão morrer (Tang, Chiou, Lin, & Wang, 2011 citado em Thewes et al., 2014). Entre os sobreviventes de cancro da mama com altos níveis de medo de recorrência, 1/4 relatou que este medo impacta consideravelmente no seu humor, e 19% relataram um impacto considerável na sua capacidade de fazer planos e estabelecer metas para o futuro (Thewes et al., 2012). O medo de recorrência tem associado a si uma multiplicidade de variáveis. A idade é a que mais tem encontrado evidência na literatura, verificando-se que as pacientes mais jovens demonstram níveis mais elevados de medo de recorrência (Akechi et al., 2014; Costanzo et al., 2007). Variáveis como o menor tempo de diagnóstico, ter realizado quimioterapia, ter mais sintomas desde o diagnóstico, sintomas mais atuais e a dor foram relacionados com um maior medo de recorrência (Deimling et al., 2006; Costanzo et al., 2007;). As sobreviventes que demonstram elevado medo de recorrência do cancro encontram-se, permanentemente, preocupadas e hipervigilantes, originando, muitas vezes, uma monitorização frequente e excessiva dos sintomas ou das sensações corporais (Waldrop & O'Conner, 2011). Este facto demonstra a necessidade de intervir junto das sobreviventes que apresentam níveis elevados deste medo.

A intervenção psicológica em situações de *stress*, como é o caso do diagnóstico de cancro tem obtido resultados positivos no funcionamento psicológico, biológico e na adoção de comportamentos pró-saúde (Andersen et al., 2004). Estes resultados têm-se refletido em melhorias em diversas áreas como é o caso da QdV (Carlson & Bultz, 2003), e da prevenção do *distress* psicológico (Hodges, Humphris, & MacFarlane, 2005). O principal trabalho do psicólogo com doentes oncológicos é apoiar o doente ajudando-o a lidar com as mudanças associadas ao cancro e aos seus tratamentos (APA Help Center, 2004), sendo de salientar que este trabalho não se restringe apenas ao tratamento (Venâncio, 2004) mas que perdura para além deste, devido às sequelas emocionais que se têm verificado persistir anos após o tratamento (APA Help Center, 2004). As intervenções psicossociais têm encontrado, na literatura, um contributo positivo no ajustamento emocional e funcional das pacientes com cancro da mama (Antoni et al., 2001)

alcançando muitas vezes o alívio de sintomas decorrentes, quer do cancro, quer do seu tratamento (Owen, Klapow, Hicken, & Tucker, 2001). Estas intervenções devem fundamentalmente melhorar as estratégias de *coping*, diminuir o *distress* e promover a QdV nos pacientes com cancro (Livneh, 2000).

A intervenção psicológica realizada em grupo tem sido o formato mais utilizado nos indivíduos com cancro, sendo a sua eficácia comprovada na literatura (Venâncio, 2004). Estudos demonstram que com a participação, dos pacientes com cancro, em intervenções em grupo, verifica-se a redução dos custos dos cuidados em saúde (Simpson, Carlson, & Trew, 2001), uma influência nos processos fisiológicos da progressão do cancro (Luecken & Compras, 2002), o aumento da dependência dos sobreviventes (Harrison, Maguire, & Pitceathly, 1995), o aumento da QdV (Gottlieb & Wachala, 2007), a promoção de estratégias de *coping* e a redução do *distress* (Souza & Araújo, 2010), existindo assim uma melhoria significativa na saúde mental e funcionamento psicossocial (Gottlieb & Wachala, 2007). Tem-se encontrado evidência para a eficácia da intervenção em grupo principalmente porque permite a partilha, discussão e reflexão com outras pessoas que passaram pela mesma situação (Fukui et al., 2000), contribuindo para que os pacientes se sintam menos sozinhos, melhor compreendidos e mais esperançosos (Gottlieb & Wachala, 2007). Na intervenção em grupo podem ser incluídos diversos modelos, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação. Vários estudos têm demonstrado a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (e.g., Williams & Dale, 2006; Goedendorp, Knoop, Gielissen, Verhagen, & Bleijenberg, 2014); bem como da psicoeducação, nomeadamente: na redução de sintomas depressivos (Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002); no aumento do conhecimento sobre a doença e tratamentos; na facilitação de adesão e satisfação com o tratamento; na minimização do *distress*, ansiedade e isolamento; no aumento da perceção de autoeficácia; na ampliação da sobrevida; na limitação das possibilidades de reincidência; na utilização de estratégias de *coping* adaptativas; na melhoria da QdV (Trask, Paterson, Griffith, Riba, & Schwartz, 2003) e no fornecimento de informação adequada, da qual não tinham acesso (Ong, Visser, & Lammes, 2000). As intervenções psicoeducacionais incluem diversas técnicas, entre as quais se destacam as técnicas cognitivo-comportamentais, comportamentais, treino de estratégias de *coping*, treino de resolução de problemas, treino de relaxamento, uso de material educativo, suporte emocional, informação e educação em saúde e intervenção de suporte (National Cancer Institute, 2008).

Em Portugal, a pesquisa relativamente à eficácia de aplicação destas intervenções tem vindo a aumentar. Um estudo sobre a eficácia da intervenção psicoeducativa em sobreviventes de cancro da mama verificou uma diminuição nos níveis de ansiedade e depressão, diminuição da fadiga e aumento do funcionamento físico e emocional e da função cognitiva (Araújo, 2011). Um outro estudo de Pinto, em 2012, concluiu que a terapia cognitivo-comportamental tem benefícios nas estratégias de *coping*, na manutenção da QdV e na promoção do otimismo. Num estudo que compara a terapia de grupo cognitivo-comportamental com a psicoeducação concluiu-se que a terapia cognitivo-comportamental não deve ser tão incentivada para sobreviventes de longa-duração (Torres, 2014). No entanto, num outro estudo não se conseguiu comprovar a eficácia da aplicação de um programa de intervenção psicoeducativa em sobreviventes de cancro da mama (Gonçalves, 2012).

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). Num estudo que integra estas duas abordagens verificou-se a sua eficácia na melhoria da QdV e

diminuição da fadiga (Hauken, Holsen, Fismen, & Larsen, 2015). Um outro estudo que implementou uma intervenção multidisciplinar intensiva obteve resultados benéficos a curto-prazo na QdV, variáveis fisiológicas e *distress* psicológico (Van Weert et al., 2004). No entanto, um estudo que compara a intervenção cognitivo-comportamental conjuntamente com a atividade física com a atividade física isoladamente concluiu que ambas as intervenções resultaram em benefícios na fadiga, o que sugere a ineficácia de benefícios adicionais da terapia cognitivo-comportamental (Van Weert et al., 2010). 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 a forma mais eficaz de lidar com os problemas músculo-esqueléticos, frequentemente encontrados como uma consequência decorrente do cancro da mama (Beurskens et al., 2007). A utilização de fisioterapia em mulheres com cancro de mama 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) e na QdV (Beurskens et al., 2007).

O presente trabalho tem como objetivo implementar e avaliar a eficácia 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, medo de recorrência e acesso aos serviços de saúde.

Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 19 mulheres sobreviventes de cancro da mama pertencentes às Unidades de Saúde Familiares do Centro de Saúde de Aveiro. As participantes foram selecionadas através do encaminhamento dos médicos de família e de acordo com os critérios de inclusão (idade superior a 18 anos, presença de diagnóstico de cancro da mama e finalização dos tratamentos) e de exclusão (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, uma por desistência e outra por reincidência do cancro da mama. Da amostra principal 9 mulheres integraram o grupo experimental e 10 integraram o grupo de controlo.

O grupo experimental foi constituído por mulheres com uma média de idades de 60.33 (Min=45; Max=83; DP=15.14). Relativamente ao estado civil a maioria é casada (55.6%). No que concerne às habilitações literárias a maioria tem o 1º ciclo (44.4%) e formação ao nível superior (22.2%). No que diz respeito à situação laboral a maioria não se encontra no ativo (66.7%), sendo que as que se encontram são na sua maioria trabalhadoras não qualificadas (55.6%). Relativamente às características clínicas verificou-se que a média de anos de diagnóstico é 3 (Min=1; Max=8.5; DP=2.85) e a média de meses de sobrevivência é 28.25 (Min=1; Max=100; DP=34.33). Os meios de deteção mais utilizados foram o autoexame (44.4%) e o rastreio da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) (22.2%). A cirurgia mais realizada foi a mastectomia (44.4%) tendo a mesma percentagem de participantes realizado esvaziamento dos gânglios linfáticos. Nenhuma das participantes realizou reconstrução mamária. Quanto aos tratamentos, 44.4% realizou quimioterapia e 33.3% realizou radioterapia encontrando-se 55.6% a realizar hormonoterapia. Relativamente ao número de consultas realizadas nos últimos dois meses a média é de 3.33 (Min=0; Max=10; DP=3.04) sendo a média obtida em relação à quantidade de medicação

administrada nos últimos dois meses de 3.44 (Min=1; Max=7; DP=1.81). A maioria das participantes nunca realizou fisioterapia (77.8%), nunca teve perda de urina (55.6%) nem linfedema (66.7%).

O grupo de controlo foi constituído por mulheres com uma média de idades de 56.70 (Min=41; Max=71; DP=9.57). Relativamente ao estado civil a maioria é casada (90%). No que concerne às habilitações literárias a maioria tem o 1º ciclo (40%), 3º ciclo (20%) e formação ao nível superior (20%). No que diz respeito à situação laboral encontram-se em igual número no ativo que inativas (50%), sendo a maior parte trabalhadores não qualificados (50%). Relativamente às características clínicas verificou-se que a média de anos de diagnóstico é 5.40 (Min=1; Max=13; DP=4.91) e a média de meses de sobrevivência é 60.10 (Min=6; Max=156; DP=61.03). Os meios de deteção mais utilizados foram exames de rastreio solicitados pelo médico (50%) e rastreio da LPCC (30%). A cirurgia mais realizada foi a mastectomia (80%), a maioria das participantes não realizou esvaziamento dos gânglios axilares (60%) e apenas uma participante realizou reconstrução mamária. Quanto aos tratamentos, 40% realizou quimioterapia, 40% realizou radioterapia e 50% encontra-se a realizar hormonoterapia. Relativamente ao número de consultas realizadas nos últimos dois meses a média é de 3 (Min=1; Max=10; DP=3.30) sendo a mesma média obtida em relação à quantidade de medicação administrada nos últimos dois meses (Min=1; Max=5; DP=1.66).

Os grupos são equivalentes no que respeita às variáveis sociodemográficas e clínicas avaliadas (Tabela 1 e 2).

Tabela 1

Características sociodemográficas e clínicas (variáveis contínuas)

	Grupo Experimental (GE) n=9			Grupo de Controlo (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	.720
Anos desde o diagnóstico	3.39	3.00	2.85	5.30	2.25	4.80	31.00	.278
Meses de sobrevivência	34.44	12.00	37.10	52.11	12.00	58.92	33.50	.546
Nº sessões de radio	32.33	33.00	3.06	28.33	25.00	5.77	2.50	.400
Nº ciclos quimio	9.33	8.00	4.16	6.00	8.00	3.46	5.00	.571
Nº de consultas	3.33	3.00	3.04	3.00	1.50	3.30	30.00	.606
Medicação	3.44	3.00	1.81	3.00	3.00	1.66	36.50	.730

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

Tabela 2*Características sociodemográficas e clínicas (variáveis categoriais)*

	Grupo Experimental (GE) n=9		Grupo de Controlo (GC) n=10		χ^2	p
	n	%	n	%		
Estado Civil					4.102	.146
Casada	5	(55.60)	9	(90.00)		
Divorciada	3	(33.30)	-	-		
Viúva	1	(11.10)	1	(10.00)		
Habilitações literárias					2.287	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)		
Categoria Profissional					.281	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)		
Situação Profissional					.540	.650
Ativa	3	(33.30)	5	(50.00)		
Inativa	6	(66.70)	5	(50.00)		
Meio de deteção					8.839	.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)		
Tipo de cirurgia						
Tumorectomia	2	(22.20)	2	(20.00)	.014	1.000
Mastectomia	6	(66.70)	8	(80.00)	.434	.628
Quadrantectomia	1	(11.10)	-	-	1.173	.474
Tipo de tratamento						
Radioterapia	3	(33.30)	4	(40.00)	.900	1.000
Quimioterapia	4	(44.40)	4	(40.00)	.380	1.000
Hormonoterapia	7	(77.80)	5	(50.00)	1.571	.350
Esvaziamento ganglionar	4	(40.00)	4	(40.00)	.038	1.000
Fisioterapia	2	(22.20)	3	(30.00)	1.953	.582
Perda de Urina	4	(44.40)	2	(20.00)	1.310	.350
Linfedema	3	(33.30)	3	(30.00)	.024	1.00

n: tamanho da amostra; %: percentagem; χ^2 : Teste do Qui-Quadrado

Instrumentos

O protocolo de avaliação consistiu inicialmente no preenchimento de um questionário sociodemográfico e clínico que permitiu recolher dados 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 (Cf. Anexo D). Os instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes: *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ), *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) e suplemento para o cancro da mama (BR23), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH), Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC) e Questionário de Medo de Progressão (QMP) (Cf. Anexo E).

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 para avaliar estratégias de *coping* ensinada na Terapia Psicológica Adjuvante. O CCQ é constituído por 21 itens divididos em duas subescalas, a subescala individual (itens 1 a 14) e a subescala interpessoal (itens 15 a 21) (Moorey et al., 2003). Os itens são respondidos numa escala de 1 (“Nunca”) a 4 (“Muito Frequentemente”) sendo que pontuações mais elevadas correspondem a um maior número de estratégias de *coping* utilizadas (Torres et al., 2014). No estudo de validação 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). Na fidelidade teste-reteste as correlações verificaram-se positivas e altamente significativa obtendo-se correlações de Spearman de 0.59 com p<0.001 (subescala individual) e de 0.65 com p<0.001 (subescala interpessoal) (Torres et al., 2014).

O *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008) é um questionário de auto-resposta constituído por 30 itens com escalas com multi-itens e itens únicos que avaliam a QdV relacionada com a saúde de indivíduos com doença oncológica. O QLQ-C30 inclui 5 escalas funcionais (funcionamento físico, emocional, cognitivo, social e de papel), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vómitos) e uma escala de avaliação global (saúde e qualidade de vida). Os itens únicos avaliam sintomas adicionais comumente 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 (Aaronson 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 uma escala de

despiste de sintomatologia depressiva e ansiosa 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 de 0 a 3 sendo que quanto maior a pontuação total obtida maior a presença de sintomatologia. No estudo original (Zigmond & Snaith, 1983) apresenta características psicométricas satisfatórias, encontrando correlações elevadas com outras medidas de ansiedade ($r_s = 0.74$) e depressão ($r_s = 0.70$). 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) é composto por 20 itens avaliados numa escala de resposta de 1 a 5 (“Não concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo moderadamente”, “Concordo muito”, “Concordo muitíssimo”). As questões negativas são pontuadas de forma reversa (itens 3, 12 e 18). O instrumento avalia 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 do inventário com um coeficiente de Spearman-Brown de 0.80 e uma boa estabilidade temporal com um resultado de 0.84 no teste-reteste (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 utilizando amostras de pacientes com diversas doenças crónicas (cancro, diabetes, doenças reumáticas, etc.) sendo constituído por 43 itens cujas respostas são dadas numa escala de 1 (“Nunca”) a 5 (“Muito frequentemente”). O questionário avalia 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. No estudo original de validação obteve-se uma elevada consistência interna (alfa de Chronbach = 0.95) e no teste-reteste (0.94) (Herschbach et al., 2005).

Procedimentos

O presente estudo de investigação foi realizado no ACeS Baixo Vouga mediante uma primeira solicitação de autorização ao diretor executivo e posteriormente à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional da Saúde (ARS) do Centro (Cf. Anexo A). O estudo foi divulgado pelas USF através de um folheto informativo sobre os objetivos da investigação, critérios de inclusão das participantes e resultados alcançados com um estudo anterior (Caetano, 2014) (Cf. Anexo B). As participantes foram encaminhadas pelos médicos de família e convocadas, por contacto telefónico, para uma entrevista individual. Na entrevista foi explicado o estudo e os objetivos do grupo de intervenção e pedido o consentimento informado para a participação voluntária. Nesta entrevista foi recolhida informação sociodemográfica e clínica através de um questionário para o efeito, bem como o interesse e grau de motivação em participar no grupo (Cf. Anexo D). Foi ainda verificado o cumprimento dos critérios de inclusão para a participação no grupo. Após esta fase inicial da entrevista foi solicitado o preenchimento dos questionários de avaliação referentes à primeira-fase (pré-teste).

Neste estudo foi aplicado o programa MultiMAMAGroup – Programa de Intervenção Multidisciplinar para Sobreviventes de Cancro da Mama desenvolvido por Torres, Araújo, Pereira e Monteiro (2014) e complementado por Caetano (2014) com estratégias de intervenção de fisioterapia. O programa de intervenção aplicado teve algumas alterações, 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. O programa de intervenção em grupo 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 com a síntese da informação abordada na sessão (Cf. Anexo F). Na primeira sessão foi realizada a apresentação das terapeutas e das regras de funcionamento do grupo tendo-se seguido uma dinâmica de grupo para as participantes se apresentarem. Na sessão foram ainda partilhadas pelas sobreviventes as dificuldades encontradas no percurso da doença. Na segunda sessão as participantes refletiram sobre as possíveis causas para o aparecimento da sua doença tendo-se realizado uma relação entre esta reflexão e os fatores de risco para a doença, fomentando assim 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. A terceira sessão abordou as alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o seu impacto na autoestima sendo sugeridas estratégias para lidar com as alterações físicas e para aumentar a autoestima. Na parte final da sessão informou-se sobre os músculos do pavimento pélvico e sobre a prevenção do linfedema. Na quarta sessão abordou-se a gestão das emoções informando sobre as estratégias de gestão do *stress* e estratégias de *coping*. No fim da sessão falou-se acerca da incontinência urinária na menopausa indicando estratégias para a sua prevenção. A sessão cinco centrou-se na abordagem a mais métodos de gestão de emoções, nomeadamente o método de resolução de problemas, relaxamento, meditação e espiritualidade. Na parte final da sessão relacionou-se os músculos do pavimento pélvico com a sexualidade. A sexta sessão teve como temática a comunicação nas relações interpessoais (e.g., família, amigos, profissionais de saúde, entre outros) sendo no final da sessão treinado novamente com as participantes os exercícios dos músculos do pavimento pélvico. Na sétima sessão abordou-se o lidar com a incerteza e com o medo de recorrência da doença. Na componente da fisioterapia foram realizadas recomendações específicas de atividade física para sobreviventes de cancro da mama. Na oitava e última sessão realizou-se a conclusão do grupo e fomentou-se e avaliou-se os objetivos para o futuro. Nesta última sessão foi também realizada a avaliação do grupo e o preenchimento dos questionários de avaliação (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. Utilizou-se o teste t de *student* para comparar as médias da nossa amostra com os dados normativos obtidos nos estudos de validação dos respetivos instrumentos de avaliação. Utilizaram-se também os testes de Qui-Quadrado (χ^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 $p < .05$.

Nesta investigação tivemos 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

Os resultados vão ser apresentados em seguida, conforme a seguinte ordem: resultados relativos às diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo no pré-teste, resultados relativos à adaptação psicológica das sobreviventes de cancro da mama, resultados relativos à eficácia da intervenção no pré e no pós-teste e resultados relativos às diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo no pós-teste.

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

As variáveis psicossociais das subamostras foram analisadas para o pré-teste. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas para a sintomatologia psicopatológica, autoconceito, QdV e medo de recorrência, conforme evidencia a tabela 3 e 4. Apenas na subescala individual do *coping* se verifica uma diferença estatisticamente significativa com níveis superiores no grupo de controlo (Mdn=36.00) em comparação ao grupo experimental (Mdn=29.00), U=19.00, z=-2.13, p=.035.

Tabela 3

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

	Grupo Experimental (GE) n=9			Grupo de Controlo (GC) n=10			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
Coping								
CCQ individual	30.44	29.00	6.69	37.50	36.00	7.26	19.00	.035*
CCQ interpessoal	14.60	13.00	6.84	14.78	13.00	4.66	21.50	.898
Sintomatologia								
Ansiedade	5.44	3.00	5.22	8.00	7.50	4.94	30.00	.243
Depressão	4.11	4.00	2.03	4.40	4.00	2.76	44.50	.968
AutoConceito Total								
Aceitação	20.00	20.00	2.96	20.50	20.00	2.51	40.00	.720
Auto-Eficácia	24.78	24.00	3.07	23.70	24.50	2.75	35.50	.447
Maturidade	15.56	15.00	2.88	16.50	16.50	1.65	38.50	.604
Impulsividade	12.44	12.00	2.19	13.10	13.50	1.79	38.00	.604
Medo de Progressão Total								
Reações afetivas	2.74	2.62	.58	2.60	2.46	.63	36.50	.497
Família/Companheiro	2.49	2.71	.63	2.38	2.45	.50	38.00	.604
Ocupação	2.57	2.29	.99	2.44	2.64	.75	41.00	.780
Perda de autonomia	2.22	2.14	.70	2.36	2.29	.61	35.50	.447
Coping	3.89	4.00	.58	3.46	3.56	.48	29.50	.211

M: Média; Mdn: Mediana; DP: Desvio Padrão; U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade; *p<.05

Tabela 4*Características psicossociais das sobreviventes do estudo no pré-teste (QdV)*

	Grupo Experimental (GE) n=9			Grupo de Controlo (GC) n=10			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
QLQ C30 BR23								
Estado de saúde/QdV	140.74	133.33	33.45	131.67	133.33	55.25	41.00	.780
Função física	74.07	80.00	15.07	82.67	86.67	15.14	28.00	.182
Função do papel	92.59	100.00	12.11	80.00	91.67	24.60	33.00	.356
Função emocional	72.22	75.00	25.69	63.33	66.67	30.48	35.50	.447
Função cognitiva	85.19	83.33	13.03	75.00	83.33	23.90	34.00	.400
Função social	96.30	100.00	11.11	85.00	100.00	21.44	31.50	.278
Náusea e vômito	5.56	.00	11.79	1.67	.00	5.27	39.00	.661
Fadiga	27.16	22.22	16.77	20.00	11.11	30.00	26.00	.133
Dor	12.96	.00	18.22	20.00	16.67	25.82	38.00	.604
Dispneia	.00	.00	.00	6.67	.00	14.05	36.00	.497
Insónia	48.15	66.67	41.20	26.67	33.33	30.63	31.50	.278
Perda de apetite	7.41	.00	14.70	13.33	0.00	28.11	44.00	.968
Obstipação	14.81	.00	17.57	26.67	16.67	34.43	38.50	.604
Diarreia	11.11	.00	16.67	3.33	.00	10.54	34.50	.400
Dificuldades financeira	7.41	.00	14.70	33.33	33.33	28.87	19.50	.063
Imagem corporal	85.19	91.67	20.74	81.67	83.33	19.56	40.00	.720
Função sexual	11.11	.00	16.67	30.00	33.33	21.94	22.50	.065
Satisfação sexual	50.00	50.00	23.57	60.00	66.67	27.89	4.00	.857
Perspetivas futuras	48.15	66.67	33.79	40.00	33.33	40.98	39.00	.661
Efeitos colaterais	15.34	14.29	9.46	16.67	11.90	11.93	43.50	.905
Sintomas da mama	18.52	16.67	13.68	10.00	8.33	10.24	28.00	.182
Sintomas do braço	14.81	11.11	16.67	23.33	27.78	17.72	32.50	.315
Incómodo queda de cabelo	.00	.00	.00	20.00	.00	44.72	4.00	.857

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

Caracterização da adaptação psicológica das sobreviventes de cancro

Com vista à avaliação da adaptação psicológica das sobreviventes compararam-se os dados das escalas obtidos no pré-teste com os dados normativos do estudo da validação portuguesa.

Verificou-se que na escala EADH, na subescala da depressão, os resultados da nossa amostra (M=4.26, DP=2.38), foram significativamente inferiores aos dados normativos (M=5.89) para esta população $t(18)=-2.98$, $p=.008$, $r=.58$.

No que diz respeito às dimensões da QLQ-C30, na nossa amostra, a QdV e estado geral de saúde (M=135.96, DP=45.22), a função de papel (M=85.96, DP=20.23), a função social (M=90.35, DP=17.84) apresentaram resultados significativamente superiores ao da população normativa (M=62, $t(18)=7.13$, $p<.001$, $r=.86$) (M= 75,89, $t(18)=2.17$, $p=.044$, $r=.46$) (M= 77,62, $t(18)=3.11$, $p=.006$, $r=.65$). Contrariamente, a escala de sintomas de náuseas e vômitos apresentou resultados significativamente inferiores para a nossa população (M=3.51, DP=8.92) comparativamente com a população normal (M=9.17, $t(18)=-2.77$, $p=.013$, $r=.55$).

Em relação ao Inventário Clínico do Autoconceito, constatámos que a média da nossa amostra (M=81.68, DP=7.03) é significativamente superior à média da população normativa (M=70.39 $t(18)=7.00$, $p<.001$, $r=.86$).

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

Comparámos a avaliação efetuada no pré-teste e no pós-teste no grupo experimental e no grupo de controlo (Tabela 5 e 6).

No grupo de controlo, verificou-se uma diminuição significativa da subescala interpessoal do *coping* do pré-teste (Mdn=13.00) para o pós-teste (7.00), $Z = -2.196$, $p = .023$, $r = -.46$. Neste grupo verificou-se ainda um aumento significativo no autoconceito total do pré-teste (Mdn=82.00) para o pós-teste (Mdn=87.50), $Z = -1.958$, $p = .051$, $r = -.42$.

No grupo experimental, no domínio da QdV, verificou-se um aumento estatisticamente significativo na função física do pré-teste (Mdn=80.00) para o pós-teste (Mdn=86.67), $Z = -2.719$, $p = .004$, $r = -.54$.

Tabela 5

Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no grupo de controlo e experimental (coping, sintomatologia, autoconceito e medo de progressão)

	Grupo Experimental (GE) n=9		z	p	Grupo de Controlo (GC) n=10		z	p
	Pré-teste Mdn	Pós-teste Mdn			Pré-teste Mdn	Pós-teste Mdn		
Coping								
CCQ individual	29.00	27.00	-1.127	.305	36.00	37.50	-.357	.750
CCQ interpessoal	13.00	13.00	-.368	.750	13.00	7.00	-2.196	.023*
Sintomatologia								
Ansiedade	3.00	7.00	-.537	.660	7.50	7.50	-1.195	.281
Depressão	4.00	3.00	-1.611	.180	4.00	1.50	-1.630	.137
AutoConceito Total								
Aceitação	20.00	20.00	-.422	.750	20.00	22.00	-1.235	.229
Auto-Eficácia	24.00	23.00	-1.378	.250	24.50	25.00	-1.496	.188
Maturidade	15.00	16.00	-.255	.891	16.50	18.00	-1.674	.125
Impulsividade	12.00	12.00	-.171	.906	13.50	14.00	-.359	.805
Medo de Progressão Total								
Reações afectivas	10.03	9.97	-.415	.734	9.70	9.59	-.051	1.000
Família/Companheiro	2.62	2.58	-.296	.820	2.46	2.88	-1.021	.336
Ocupação	2.71	2.71	-.280	.813	2.45	2.30	-.831	.441
Perda de autonomia	2.29	2.43	-.059	.977	2.64	2.62	-.535	.645
Coping	2.14	2.29	-1.550	.148	2.29	1.93	-1.842	.070
	4.00	3.67	-.773	.469	3.56	3.78	-1.428	.168

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

Tabela 6*Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no grupo de controlo e experimental (QdV)*

	Grupo Experimental (GE) n=9		z	p	Grupo de Controlo (GC) n=10		z	p
	Pré-teste	Pós-teste			Pré-teste	Pós-teste		
	Mdn	Mdn			Mdn	Mdn		
QLQ C30 BR23								
Estado de saúde/QdV	133.33	166.67	-1.035	.406	133.33	141.67	-1.802	.125
Função física	80.00	86.67	-2.719	.004**	86.67	80.00	-1.063	.406
Função do papel	100.00	100.00	-.272	1.000	91.67	100.00	-.137	1.000
Função emocional	75.00	75.00	-.948	.375	66.67	66.67	-1.255	.238
Função cognitiva	83.33	100.00	-2.000	.125	83.33	83.33	-1.633	.219
Função social	100.00	100.00	-1.000	1.000	100.00	100.00	-1.361	.250
Náusea e vômito	.00	.00	-1.000	1.000	.00	.00	-1.000	1.000
Fadiga	22.22	22.22	-1.166	.281	11.11	11.11	-.707	.750
Dor	.00	16.67	-.378	1.000	16.67	16.67	-.707	.750
Dispneia	.00	.00	-1.000	1.000	.00	.00	-1.342	.500
Insónia	66.67	33.33	-1.382	.219	33.33	.00	-.557	.750
Perda de apetite	.00	.00	-1.000	1.000	.00	.00	-.816	.750
Obstipação	.00	.00	.000	1.000	16.67	.00	-1.414	.500
Diarreia	.00	.00	-1.732	.250	.00	.00	.000	1.000
Dificuldades financeira	.00	.00	-.447	1.000	33.33	33.33	-.378	1.000
Imagem corporal	91.67	100.00	-2.060	.063	83.33	87.50	-.141	.977
Função sexual	.00	16.67	-1.656	.188	33.33	25.00	-.378	1.000
Satisfação sexual	50.00	33.33	-1.000	1.000	66.67	66.67	-.447	1.000
Perspetivas futuras	66.67	66.67	-1.089	.375	33.33	33.33	-.136	1.000
Efeitos colaterais da terapia	14.29	19.05	-1.194	.297	11.90	16.67	-.422	.730
Sintomas da mama	16.67	8.33	-1.382	.219	8.33	8.33	-1.166	.313
Sintomas do braço	11.11	11.11	.000	1.000	27.78	27.78	-.962	.500
Incómodo queda de cabelo	.00	16.67	-1.000	1.000	.00	83.33	-	-

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

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

Foram analisados os resultados das subamostras do estudo no pós-teste verificando-se que, na subescala do autoconceito total, o grupo de controlo (Mdn=87.50) apresentou valores mais elevados do que o grupo experimental (Mdn=75.00), $U=17$, $z=-2.30$, $p=.022$. Esta diferença não se observou no pré-teste (Tabela 7 e 8).

Tabela 7

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

	Grupo Experimental (GE) n=9			Grupo de Controlo (GC) n=10			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
Coping								
CCQ individual	33.33	27.00	11.86	35.60	37.50	5.44	38.00	.604
CCQ interpessoal	13.57	13.00	7.07	10.10	7.00	6.03	22.00	.230
Sintomatologia								
Ansiedade	6.11	7.00	2.71	6.60	7.50	4.45	39.00	.661
Depressão	2.89	3.00	1.36	3.30	1.50	3.65	39.50	.661
AutoConceito Total								
Aceitação	19.56	20.00	2.79	21.40	22.00	2.01	24.00	.095
Auto-Eficácia	23.33	23.00	3.46	24.60	25.00	3.10	32.00	.315
Maturidade	15.33	16.00	3.71	17.50	18.00	1.78	30.00	.243
Impulsividade	11.56	12.00	3.43	13.30	14.00	1.64	33.50	.356
Medo Progressão Total								
Reações afetivas	10.62	9.97	2.40	9.78	9.59	2.04	36.00	.497
Família/Companheiro	2.59	2.58	.48	2.76	2.88	.87	38.50	.604
Ocupação	2.65	2.71	.53	2.45	2.30	.43	30.00	.243
Perda de autonomia	2.81	2.43	.99	2.54	2.62	.66	41.00	.780
Coping	2.57	2.29	.81	2.04	1.93	.74	28.00	.182
Coping	3.64	3.67	.67	3.81	3.78	.62	37.00	.549

M: Média; Mdn: Mediana; DP: Desvio Padrão; U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade; * $p<.05$

Tabela 8*Características psicossociais das sobreviventes no pós-teste (QdV)*

	Grupo Experimental (GE) n=9			Grupo de Controlo (GC) n=10			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
QLQ C30 BR23								
Estado de saúde/QdV	159.26	166.67	40.92	148.33	141.67	44.76	37.50	.549
Função física	86.67	86.67	9.43	78.67	80.00	23.05	39.50	.661
Função do papel	90.74	100.00	12.11	80.00	100.00	32.20	40.50	.720
Função emocional	82.41	75.00	14.10	74.17	66.67	24.04	32.50	.315
Função cognitiva	92.59	100.00	8.78	81.67	83.33	29.87	36.00	.497
Função social	98.15	100.00	5.56	96.67	100.00	10.54	45.00	1.00
Náusea e vômito	7.41	.00	12.11	3.33	.00	10.54	35.50	.447
Fadiga	18.52	22.22	14.70	22.22	11.11	30.99	43.50	.905
Dor	14.81	16.67	15.47	23.33	16.67	31.62	41.50	.780
Dispneia	4.17	.00	11.79	16.67	.00	23.57	28.50	.315
Insónia	25.93	33.33	22.22	20.00	.00	32.20	34.50	.400
Perda de apetite	11.11	.00	16.67	6.67	.00	14.05	39.00	.661
Obstipação	14.81	.00	24.22	20.00	.00	32.20	42.00	.842
Diarreia	.00	.00	.00	3.33	.00	10.54	40.50	.720
Dificuldades financeira	11.11	.00	16.67	33.33	33.33	35.14	28.50	.182
Imagem corporal	95.37	100.00	11.11	81.67	87.50	19.16	22.50	.065
Função sexual	22.22	16.67	25.00	28.33	25.00	29.45	40.00	.720
Satisfação sexual	55.56	33.33	38.49	60.00	66.67	27.89	6.50	.786
Perspetivas futuras	66.67	66.67	28.87	43.33	33.33	47.27	31.50	.278
Efeitos colaterais	18.10	19.05	7.47	19.52	16.67	17.88	43.50	.905
Sintomas da mama	12.04	8.33	9.42	17.50	8.33	20.95	42.50	.842
Sintomas do braço	14.81	11.11	12.42	28.89	27.78	26.29	32.50	.315
Incómodo queda de cabelo	25.00	16.67	31.91	83.33	83.33	23.57	.500	.133

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

Discussão

O presente estudo permitiu avaliar a eficácia de um programa de intervenção multidisciplinar, que conjuga a psicoeducação com a fisioterapia, em mulheres sobreviventes de cancro da mama. Em Portugal, a investigação da eficácia de programas multidisciplinares nesta população tem vindo a aumentar nos últimos anos. Apesar do aumento que se tem verificado, a investigação nesta área ainda é escassa demonstrando a necessidade de continuar a realizar o seu estudo. Que seja do nosso conhecimento este é o primeiro estudo que implementa a avaliação do medo de recorrência do cancro, nestes programas, na população portuguesa.

No seguimento do objetivo do presente estudo e com a análise dos resultados encontrados, verificou-se que a intervenção implementada permitiu um aumento na subescala da função física das sobreviventes, do indicador da QdV. Em relação ao grupo de controlo, verificou-se uma diminuição da subescala interpessoal do *coping* e um aumento na subescala do autoconceito total. O benefício das intervenções multidisciplinares ao nível da QdV já tinha sido observado em alguns estudos (Hauken et al., 2015; Van Weert et al., 2004). Dirigindo a nossa atenção para a subescala da função física, a qual encontrou resultados significativos no nosso estudo, é de salientar que os benefícios ao nível físico com intervenções de reabilitação têm sido encontrados na literatura (Hauken et al., 2015). A fisioterapia, aplicada individualmente como intervenção, também tem

encontrado evidência na literatura da sua melhoria na QdV (Beurskens et al., 2007), demonstrando a mais valia de conjugar a psicoeducação com a fisioterapia no programa de intervenção. A melhoria da função física pode relacionar-se também com o facto do nosso programa multidisciplinar incluir indicações de promoção do funcionamento físico, nomeadamente com orientações sobre a atividade física, em específico para as sobreviventes de cancro.

A diminuição da subescala interpessoal, no domínio *coping*, pode ser explicada pela utilização de estratégias de *coping* ser mais prevalente no diagnóstico e no tratamento existindo uma tendência para diminuir com o tempo (Danhauer, Crawford, Farmer, & Avis, 2009).

Em relação à melhoria verificada no autoconceito, esta pode ser explicada pela possibilidade de uma melhor adaptação ao cancro da mama (Amorim, 2007), relacionada com o aumento do tempo desde o término dos tratamentos. Além disto, estudos indicam que há mulheres que apesar de serem alvo, em alguns casos, de cirurgia conseguem sentir-se satisfeitas com a sua imagem (Caetano & Soares, 2005). O aumento do autoconceito no grupo de controlo pode também ser explicado pelo facto de termos dado atenção às participantes, ouvido a sua história, bem como pela possibilidade das participantes se sentirem úteis por estarem a colaborar, contribuindo assim para a melhoria no seu autoconceito.

Na análise realizada à adaptação psicológica das sobreviventes de cancro da mama constatou-se que a nossa amostra apresentava resultados significativamente superiores à amostra da população normal, nomeadamente no autoconceito e nos domínios da QdV e estado geral de saúde, função de papel e função social. Por outro lado, verificou-se que a nossa amostra apresentava resultados significativamente inferiores à amostra da população normal, na subescala de depressão e na subescala de sintomas de náuseas e vômitos. Estes resultados podem ser explicados devido à evidência de que a maior parte das mulheres é resiliente e consegue adaptar-se bem a esta situação (Hewitt et al., 2004). Estes dados podem indicar que a nossa amostra ao passar pelo processo de cancro pode ter encontrado nesta adversidade alguns benefícios (Patrão, 2007), como forma de lidar com o sofrimento experienciado (Tomich & Helgeson, 2004). Estes resultados podem ser ainda explicados pela existência de uma aceitação das participantes no momento do diagnóstico originando uma adaptação mais positiva ao longo do tempo (Stanton, Danoff-Burg, & Huggins 2002).

Após a intervenção multidisciplinar não se verificaram melhorias significativas na sintomatologia psicopatológica, autoconceito, estratégias de *coping*, medo de recorrência e acesso aos serviços de saúde. A ausência de benefícios em relação à sintomatologia psicopatológica contraria vários estudos que demonstram a eficácia da intervenção multidisciplinar e psicoeducativa na ansiedade e depressão (Hodges et al., 2005; Van Weert et al., 2004). No entanto existem outros estudos que à semelhança do nosso não encontram resultados significativos da intervenção na sintomatologia psicopatológica (Gonçalves, 2012). Esta ausência de melhoria nos níveis de depressão e ansiedade podem ser explicados pelo facto de ao longo do tempo existir uma diminuição do impacto psicossocial do cancro da mama, como um acontecimento de vida negativo, culminando num bom ajustamento a todos os níveis (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie, & David, 2002). Outra possível explicação refere-se ao facto de a nossa amostra ter níveis inferiores de depressão do que a população normal, o que limita a obtenção de resultados estatisticamente significativos e a progressão com a intervenção.

A não obtenção de eficácia da intervenção no autoconceito não corrobora os dados referenciados na literatura (Caetano, 2014). No entanto, existem estudos que, à semelhança do nosso, não obtiveram melhorias no autoconceito com a intervenção (Torres et al., 2012). Segundo Amorim (2007) a existência de um autoconceito positivo é indicativo de uma melhor adaptação à

doença. Uma vez que a nossa amostra demonstrou níveis superiores à população normal, no que se refere ao autoconceito, este resultado pode indicar que as participantes encontram-se adaptadas à situação de cancro não beneficiando da intervenção no que concerne ao indicador autoconceito.

Diversos estudos que têm avaliado a eficácia de intervenções nas estratégias de *coping*, não têm encontrado resultados significativos (Araújo, 2011; Caetano, 2014). O nosso estudo vai de encontro a estes resultados comprovando a necessidade de aprofundar o estudo nessa área. Esta ausência de benefícios da intervenção no *coping* pode também ser explicada por investigações que concluíram que as estratégias de *coping* são mais utilizadas no diagnóstico e tratamento do cancro (Danhauser et al., 2009).

Relativamente ao resultado não significativo da eficácia da intervenção no medo de recorrência, este não vai de encontro aos resultados encontrados na literatura (Trask et al., 2003). No entanto, existem estudos que indicam que o medo de recorrência pode diminuir após os primeiros meses seguintes ao diagnóstico (Savard & Ivers, 2013) e que com o passar do tempo pode não existir qualquer mudança ou aumento do medo de recorrência (Simard et al., 2013). É de salientar que além destas possíveis explicações para não termos obtido resultados estatisticamente significativos no indicador medo de recorrência, o facto do QMP ainda se encontrar em fase de validação, não nos permitindo a obtenção de dados normativos para a população portuguesa, pode ser um entrave para a ausência de resultados significativos. Além disto, os escassos estudos sobre tipos de intervenção no medo de recorrência (Simard, 2013) e a ausência de estratégias padronizadas para intervir neste medo (Akechi et al., 2014) limitam a obtenção de resultados significativos uma vez que não temos dados que nos indiquem quais as estratégias mais eficazes a aplicar nesta população. Desta forma, é importante estudar a eficácia de diferentes intervenções a fim de obter indicações sobre a melhor intervenção a aplicar.

No que concerne ao acesso aos serviços de saúde não se verificaram resultados estatisticamente significativos. Apesar desta população habitualmente utilizar excessivamente os serviços de saúde (Gottlieb & Wachala, 2007), o facto de a nossa amostra demonstrar níveis superiores à população normal de adaptação psicológica pode ser indicativo de uma menor necessidade de acesso aos serviços de saúde o que pode ter contribuído para os resultados obtidos.

Apesar de não se verificarem resultados significativos na sintomatologia psicopatológica, autoconceito, estratégias de *coping*, medo de recorrência e acesso aos serviços de saúde os resultados indicam uma manutenção das subescalas dos indicadores supracitados. Os resultados do nosso estudo indicam ainda uma tendência, embora não significativa, de melhoria na maioria das subescalas o que indica a importância e pertinência de continuar o estudo sobre a eficácia de programas idênticos a este colmatando as possíveis lacunas existentes.

Relativamente às limitações do nosso estudo, referimos o tamanho reduzido da amostra que pode ter contribuído para a não obtenção de resultados estatisticamente significativos e para a dificuldade de generalização da amostra. Outra limitação prende-se com a impossibilidade de aleatorização da amostra o que poderá ter condicionado os resultados obtidos. O facto das participantes que demonstraram interesse em participar no grupo alvo de intervenção não evidenciarem elevados níveis de sintomatologia psicopatológica, e conseqüentemente um elevado nível de funcionalidade, poderá ter restringido as melhorias nos indicadores em estudo. Uma outra limitação poderá ser 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. O facto das participantes do grupo experimental terem faltado algumas vezes às sessões (apenas 3 participaram na totalidade das sessões) pode ter contribuído para os resultados obtidos. Por fim,

outra das limitações que podemos indicar é a extensão de instrumentos de avaliação aplicados, referida pelas participantes, que pode levar a um enviesamento da resposta aos questionários.

Para estudos futuros sugerimos a utilização de uma amostra de maior dimensão. Sugerimos também a utilização como metodologia a aleatorização da amostra para garantir uma maior representatividade da amostra. Uma vez que a nossa amostra apresentava um bom ajustamento psicológico e este possa ter sido uma limitação à obtenção de uma maior evolução com a intervenção, sugerimos em estudos futuros a inclusão de participantes que demonstrem um elevado sofrimento emocional. Sugerimos ainda que em estudos futuros a amostra inclua como critério de inclusão serem apenas sobreviventes de curta duração, uma vez que a literatura indica um maior benefício da intervenção nesta população e porque as participantes também referem a maior pertinência da intervenção numa fase inicial.

Embora tenham sido verificadas algumas limitações neste estudo, salienta-se a sua importância e pertinência. O presente estudo é, que seja do nosso conhecimento, a segunda implementação de uma intervenção multidisciplinar em sobreviventes de cancro da mama portuguesa reiterando a pertinência deste estudo. Além disto, este estudo é o primeiro a avaliar a eficácia de um programa de intervenção no medo de recorrência demonstrando a inovação do presente estudo. Adicionalmente à avaliação do medo de recorrência neste tipo de intervenção e população avaliou-se também pela primeira vez a eficácia da intervenção no acesso aos serviços de saúde. Esta última avaliação é além de inovadora pertinente devido ao acesso excessivo a estes serviços, documentado na literatura.

O presente programa mostrou ser eficaz ao nível da QdV e não ter qualquer efeito potencialmente negativo para as sobreviventes de cancro da mama. Estes benefícios conjugados com os ainda escassos estudos realizados neste âmbito em Portugal levam-nos a sugerir a continuação de investigações nesta área, com o intuito de obter resultados mais consistentes e adquirir mais evidência da aplicabilidade deste tipo de programas.

Referências bibliográficas

- 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.
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Glaser, R., Emery, C. F., Crespín, T. R. et al. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(17), 3570-3580. doi: 10.1200/JCO.2004.06.030.
- 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.
- Apolinário, C. L. S. (2012). *Farmacoterapia no cancro da mama*. Universidade do Algarve.
- Araújo, F. (2011). *Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- 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
- Avelar, A. M. A., Derchain, S. F. M., Camargo, C. P. P., Lourenço, L. S., Sarian, L. O. Z., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas*, 15(1), 11-20.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3322–3330. doi:10.1200/JCO.2005.05.130.
- 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.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16(8), 691-706. doi: 10.1002/pon.1208.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160. doi: 10.1002/pon.794.
- 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 não publicada, 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.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M., et al. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(8). doi: 10.1186/1477-7525-1-8.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758. doi: 10.1002/pon.1006.
- Cimprich, B., Ronis, D. L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*, 10(2), 85-93. doi: 10.1046/j.1523-5394.2002.102006.x.

- Constanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., et al. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625–1631. doi: 10.1038/sj.bjc.6604091.
- Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H., et al. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing african americans, hispanics, and nonhispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11, 495–504. doi:10.1002/pon.615.
- 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.
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., et al. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(4), 306–320. doi: 10.1002/pon.955.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal, doenças oncológicas em números*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- 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.
- Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: Impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92(3), 217-222. doi: 10.1007/s10549-005-2420-2.
- 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.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of National Cancer Institute*, 94(1), 39-49. doi: 10.1093/jnci/94.1.39.
- Gonçalves, D. J. T. (2012). *Terapia psico-educativa em mulheres sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- 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.
- Harrison, J., Maguire, P., & Pitceathly, C. (1995). Confiding in crisis: Gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Social Science & Medicine*, 41(1), 1255-1260. doi: 10.1016/0277-9536(94)00411-L.
- 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.
- Herschbach, P., & Dinkel, A. (2014). Fear of progression. In *Psycho-Oncology*, 11–29. Springer Berlin Heidelberg.

- Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J. (Eds.). (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press.
- Hodges, L. J, Humphris, G. M., & MacFarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine*, *60*(1), 1-12. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.04.018.
- Hodges, L. J., & Humphris, G. M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their careers. *Psycho-Oncology*, *18*(8), 841–848. doi: 10.1002/pon.1346.
- 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.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Scheweigkofler, H., Dunser, M., et al. (2001). Quality of life in breast cancer patients - not enough attention for long-term survivors. *Psychosomatics*, *42*(2), 117-123. doi: 10.1176/appi.psy.42.2.117.
- King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, *9*(7), 789 – 800.
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, *23*(1), 71-83. doi: 10.1016/j.soncn.2006.11.009.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S., McCallum, M. (2013). Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer*, *21*, 901–906. doi:10.1007/s00520-012-1685-3.
- 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.
- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: the role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation*, *66*(2), 40-49.
- Luecken, L. J., & Compas, B. E. (2002). Stress, coping, and immune function in breast cancer. *Annals Behavioral Medicine*, *24*(4), 336–344.
- 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.
- Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C., & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. *Acta Oncologica*, *52*(6), 1102-1109. doi: 10.3109/0284186X.2013.765063.
- Mirabeau-Beale, K. L., Kornblith, A. B., Penson, R. T., et al. (2009) Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, *114*(2), 353–359. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.05.009.
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M, Laney, I. C, Stewart, J., et al., (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*, *14*(11), 962–978. doi:10.1002/pon.909.
- 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.

- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Mosher, C. E., & DuHamel, K. N. (2012). An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 21, 100–107. doi:10.1002/pon.1873.
- National Cancer Institute, Division of Cancer Control e Population Sciences. (2005). *Cancer survivorship research: survivorship definitions*. Acedido em: <http://www.cancer.gov/>
- National Coalition for Cancer Survivorship. (2005). *Washington glossary: cancer survivor*. Acedido em: <http://www.canceradvocacy.org/>
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123-1130.
- Oliveira, M. M., & Monteiro, A. R. M. (2004). Mulheres mastectomizadas- resignificação da existência. *Texto Contexto Enfermagem*, 13(1), 401-8.
- Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., & Lammes, F. B. (2000). Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology*, 18(16), 3052–3060.
- Owen, J., Klapow, J., Hicken, B., & Tucker, D. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10(3), 218-30. doi: 10.1002/pon.509.
- 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.
- Patrão, I. A. M. (2007). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Dissertação de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pignata, S., Ballatori, E., Favalli, G., & Scambia, G. (2001). Quality of life: gynaecological cancers. *Annals of Oncology*, 12(3), 37-42. doi: 10.1093/annonc/12.suppl_3.S37.
- Pinto, A. A. G. (2012). *Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Pinto, C. A. S., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: Uma outra realidade!. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 142-148.
- 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.
- Savard, J., & Ivers, H. (2013). The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 354-360. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.013.
- Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 361–71.

- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. et al. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 300-322. doi: 10.1007/s11764-013-0272-z.
- 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. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 187-196.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93–102. doi: 10.1002/pon.574.
- Thewes, B., Brebach, R., Dzikowska, M., Rhodes, P., Sharpe, L. & Butow, P. (2014). Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*, 2, 390–396. doi: 10.1002/pon.3423.
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., et al. (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Support Care Cancer*, 20(11). doi: 10.1007/s00520-011-1371-x.
- Thornton, A.A., & Perez, M. A. (2007). Interpersonal relationships. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 191-210). Bethesda: Springer.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16–23. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.16.
- Torres, A. (2014). *A terapia de grupo na doença oncológica: Contributos para a saúde mental das mulheres*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Torres, A., Araújo, F., Pereira, A., & Monteiro, S. (No Prelo). *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.
- 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.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(25), 479-488.
- 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.
- Vickberg, S. M. (2003). The concerns about recurrence scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 16–24. doi: 10.1207/S15324796ABM2501_03.
- Waldrop, D., & O'Connor, T. (2011). "Waiting for the other shoe to drop:" distress and coping during and after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(4), 450-473. doi: 10.1080/07347332.2011.582638.
- 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/>
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94(3), 372–390. doi: 10.1038/sj.bjc.6602949.

Anexos

Anexo A – Autorização do diretor executivo do ACeS Baixo Vouga e da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro, para a realização do estudo




Declaração

Manuel Duarte de Rezende Pereira Sebe, Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga, declara para os devidos efeitos, que autoriza a realização do projeto **“MultiMAMAgrouP – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama”** no Centro de Saúde de Aveiro. Por ser verdade e para constar, dato e assino a presente declaração.

Aveiro, 15 de novembro de 2013.

O Diretor Executivo

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Manuel Sebe".

(Manuel Sebe, Dr.)



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Teresa Caetano

tecaetano74@gmail.com

003392 '14 02-04 09:24

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "MultiMAMAgrou – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama"

Serve o presente para informar V. Ex^ª., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

Dr. Fernando Lopes de Almeida
Vice-Presidente do Conselho Directivo
da A.R.S. Centro, I.P.

AL

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada caso incluir os de em assunto.

Anexo B – Folheto de divulgação do programa



O programa **MultiMAMAGroup**— Programa de Intervenção Multidisciplinar para Sobreviventes de Cancro da Mama é um programa de intervenção em grupo constituído por 8 sessões semanais com duração de 90 a 120 minutos.

Este programa consiste numa intervenção psicoeducativa conjugada com fisioterapia, tratando-se do primeiro programa desta natureza a ser implementado em Portugal com sobreviventes de cancro da mama.

O programa foi implementado no Aces Baixo Vouga, sob a responsabilidade da Dr.ª Teresa Caetano e da Dr.ª Rita Silva, em conjunto com uma equipa de investigação da Universidade de Aveiro.

Resultados alcançados com a implementação do programa

Com a implementação do programa conseguiram-se verificar melhorias nas sobreviventes de cancro da mama nos seguintes domínios:

- Qualidade de Vida e Estado Geral de Saúde
- Função Emocional
- Autoconceito Total
- Autoeficácia

O programa verificou-se inovador e eficaz sendo de extrema relevância para os cuidados de saúde primários, onde existe uma grande afluência por parte das sobreviventes.

Com as melhorias verificadas, nomeadamente no estado geral de saúde, é previsível que as sobreviventes recorram com menor frequência aos serviços de saúde e se verifique uma diminuição na medicação prescrita.

Recrutamento para reedição do programa

Pretendemos realizar uma nova edição do programa e desta forma solicitamos o encaminhamento de sobreviventes de cancro da mama que tenham terminado os últimos tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia há pelo menos 6 meses e não mais que 5 anos.

As Unidades Funcionais podem encaminhar as utentes que cumprem os critérios referenciados enviando o nome completo e contacto das mesmas para a secretaria da Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde de Aveiro ou para o seguinte email: psicologia@csaveiro.min-saude.pt. Este encaminhamento deve ser realizado até ao dia 13 de fevereiro de 2015.

Para qualquer dúvida ou informação contactar:
Teresa Caetano 234 891 195

Consentimento informado

A terapia de grupo a iniciar tem como objetivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais, podendo incluir o ensino de exercícios de fisioterapia, a mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama.

Serão debatidos assuntos como as causas e o significado do cancro, as alterações corporais relacionadas com os tratamentos, o impacto da doença e do tratamento na autoestima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objetivos pessoais para o futuro, entre outros. Serão ensinadas e praticadas estratégias como a identificação de pensamentos, o treino de relaxamento e o método de resolução de problemas. Num dos grupos, em que poderá ter oportunidade de participar, serão também treinados exercícios físicos de fisioterapia.

As participantes no estudo vão ser solicitadas a participar na discussão dos vários assuntos debatidos, sem nunca serem obrigadas a fazê-lo. Existirão 8 sessões semanais de 2 horas aproximadamente. Não será permitida a entrada de pessoas novas depois do início do grupo e será desejável para o bom funcionamento do grupo que as participantes compareçam a todas as sessões e que permaneçam até ao final de cada sessão.

Durante o grupo os psicólogos não poderão fazer o acompanhamento psicológico individual de nenhuma das participantes, mas poderão ser abordados para falar individualmente de algum problema que tenha acontecido no grupo.

Se alguma das participantes iniciar acompanhamento psicológico ou de fisioterapia fora do grupo de apoio deve participá-lo aos psicólogos que acompanham o grupo. Não haverá qualquer inconveniente nisso, contudo é importante o conhecimento dessa alteração.

Os psicólogos e as participantes comprometem-se a preservar o anonimato e a confidencialidade das informações partilhadas no grupo.

A realização da terapia do grupo e os dados recolhidos através dos questionários preenchidos também serão utilizados no trabalho de investigação da psicóloga Tânia Correia, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

Refere-se ainda que têm sido realizados vários estudos de terapia de grupo e nenhum tem sugerido qualquer risco ou prejuízo para as participantes.

Ass: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.

- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo da psicóloga Tânia Correia.

_____ (localidade), __/__/____

NOME _____

Assinatura X _____

Anexo D – Questionário inicial e entrevista sociodemográfica



Questionário Inicial

Nº Código da doente: _____

Meio de Detecção	Autoexame (palpação) da mama / deteção feita pela própria	
	Exame (palpação) realizado pelo médico numa consulta de rotina	
	Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem deteção do nódulo na palpação)	
	Rastreio da LPCC	
	Outro:	

Tratamentos Realizados	Tratamentos a Realizar
<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __ / __ / __)	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __ / __ / __)
<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __ / __ / __)	<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __ / __ / __)
<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __ / __ / __)	<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __ / __ / __)
<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares	<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __ / __ / __)	<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __ / __ / __)
<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total de sessões: ____)	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total de sessões: ____)
<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total de ciclos: ____)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total de ciclos: ____)
<input type="checkbox"/> Hormonoterapia – Medicação:	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia – Medicação:
<input type="checkbox"/> Imunoterapia	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum

	Sim	Não
Está a realizar fisioterapia?		
Realizou fisioterapia?		
Em algum momento teve perda de urina?		
Tem ou teve edema?		

Questionário

Nome: _____

Idade: Estado Civil: _____ Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____ Situação Profissional: _____

Telefone / Telemóvel: _____

Data de diagnóstico de cancro da mama: ___ / ___ / _____

Tipo de cancro da mama: _____

Tempo desde a conclusão dos tratamentos dos cancro: _____

Apoio psicológico anterior ao diagnóstico de cancro da mama? _____

Apoio psicológico posterior ao diagnóstico de cancro da mama ou atual? _____

Diagnóstico de perturbação orgânica cerebral? _____

Diagnóstico de distúrbios cognitivos? _____

Diagnóstico de problema de dependência ou abuso de droga ou álcool? _____

Quantas consultas médicas teve nos últimos 2 meses? _____

Que medicação fez nos últimos 2 meses? _____

Vê algum impedimento na participação (ex: inaptidão para tarefas de grupo)?

Avaliar a capacidade de estabelecimento de contacto interpessoal (tentar averiguar a facilidade com que gera conflitos interpessoais).

Esclarecer em que consistirá o estudo. Possibilidade de participação em intervenção de grupo agora ou mais tarde. Apresentação do consentimento informado, explicando-o.

Interesse na participação no grupo? Sim ___ Não ___

Grau de motivação: Nenhum 1 2 3 4 5 Máximo

(In)disponibilidade:

Ausente para férias ou outro evento:

Dias e horas da semana em que não pode:

Dias e horas mais convenientes para frequentar as sessões:

Perguntar se tem dúvidas / sugestões

Outras observações:



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

EORTC QLQ-BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldades em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde e no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente ativa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4

Durante a última a semana:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldades em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afetada?	1	2	3	4
51. A área da mama afetada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afetada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objectivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a sua doença na última semana e seleccione a frequência com que tem utilizado cada método mencionado. Ninguém utiliza todas as formas mencionadas, mas todas as pessoas utilizam algumas delas. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para reflectir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, actividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em actividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspectos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa actividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(Copyright © A. VAZ SERRA, 1985)

Nome _____ Idade _____ anos Sexo _____ Data ____ / ____ / ____
 Est. Civil _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1 (1+4+9+16+17) _____ F2 (3+5+8+11+18+20) _____ F3 (2+6+7+13) _____ F4 (10+15+19) _____ Total _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Ao dar a resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me bastante tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Medo de Progressão

(Herschbach et al., 2005; Versão de investigação: Torres, Guimarães, Silva, Monteiro & Pereira, 2015)

Nome: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ____ Data
de Hoje: ___ / ___ / ____ Local: _____ Examinador : _____

Encontrará abaixo uma lista de afirmações relacionadas com a sua doença e possíveis preocupações com o futuro. Coloque uma cruz “X” na coluna que está melhor relacionada consigo. Pode escolher entre “Nunca”, “Raramente”, “Algumas vezes”, “Frequentemente” e “Muito frequentemente”. Algumas questões não se aplicarão a si. Coloque uma cruz no “Nunca” nessas questões.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Estou preocupado que em algum momento, por causa da minha doença, eu não possa mais continuar com meus hobbies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fico ansioso se penso que a minha doença pode progredir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fico nervoso antes das consultas médicas ou exames periódicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou bem sucedido a lidar com meus medos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tenho medo da dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando estou ansioso tenho sintomas físicos, ex.: coração a bater rápido, dor no estômago, nervosismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O envolvimento em atividades de prazer ajudam-me distrair dos meus medos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Devido à preocupação com a minha saúde tenho problemas de sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Temo que minha doença possa colocar em risco a relação com o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ajuda-me partilhar as minhas preocupações e medos com o meu médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quando planeio atividades sociais, preocupa-me poder tornar-me um fardo para os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ajuda-me dizer a mim mesmo que há outras pessoas que estão piores do que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Perturba-me a possibilidade dos meus filhos terem a minha doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tenho preocupações relativas ao alcance dos meus objetivos profissionais por causa da minha doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu preocupo-me com o que será da minha família se algo me acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Repentinamente fico ansioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Temo que o meu relacionamento com meus colegas piore devido a minha doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu preocupo-me sobre não ser capaz de continuar com o tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Incomoda-me que eu possa ter que depender de estranhos para as atividades do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quando a minha ansiedade começa a aumentar, a minha família ajuda-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Preocupa-me que a minha doença se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

torne óbvia para os outros.					
22. Temo que eu possa afastar-me gradualmente de amigos e conhecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Temo que no futuro eu possa não ser capaz de realizar a minha higiene pessoal como faço agora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ajuda-me falar sobre as minhas preocupações com amigos ou familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. O pensamento de que eu poderia não ser capaz de trabalhar devido a minha doença perturba-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Preocupa-me que os outros não me venham a aceitar como uma pessoa completa devido à minha doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Temo que em algum momento no futuro eu deixe de ser atraente sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tenho medo de tratamentos médicos severos no curso da minha doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Perturba-me o pensamento de que eu poderia não ser mais capaz de me sustentar financeiramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Preocupa-me que eu não serei capaz de lidar com as exigências relacionadas com o trabalho e o adoecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Acredito que não devo sobrecarregar a minha família com meus medos sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. As preocupações com a minha saúde deixam-me irritado com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu posso lidar com a minha ansiedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Preocupa-me que a minha medicação possa prejudicar o meu organismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. O pensamento de que eu me possa tornar menos produtivo no trabalho perturba-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. O relaxamento ajuda-me a lidar com a minha ansiedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Incomoda-me a possibilidade de vir a perder o emprego por causa da minha doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. O pensamento de que o meu parceiro pode decidir deixar-me por causa da minha doença preocupa-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Todos os tipos de dores me deixam ansioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tenho medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. As preocupações com a minha saúde tiraram a alegria da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Pergunto-me se a minha doença poderia reduzir a minha capacidade de resposta sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Acredito que o futuro reserva muitas coisas boas para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo F – Folhetos entregues nas sessões

Sessão 7. A comunicação nas relações interpessoais: família, amigos, colegas, profissionais de saúde, outros.

Objectivos:

- Aumentar o conhecimento sobre o processo de comunicação;
- Promover a comunicação assertiva com as pessoas significativas e cuidadores;
- Promover a expressão emocional e a assertividade.
- Reavaliar e treinar os exercícios a realizar no domicílio

Sessão 8. Conclusão do Grupo e Objectivos para o Futuro

Objectivos:

- Fomentar a reavaliação de objetivos;
- Promover o estabelecimento de objetivos;
- Promover a ideia de flexibilidade;
- Promover a esperança e o otimismo.
- Estabelecer estratégias para o futuro para prevenir desconfortos.



Calendário das sessões

- 1ª sessão: sexta-feira, 17 de abril
 - 2ª sessão: sexta-feira, 24 de abril
 - 3ª sessão: quarta-feira, 29 de abril
 - 4ª sessão: sexta-feira, 8 de maio
 - 5ª sessão: quarta-feira, 13 de maio
 - 6ª sessão: sexta-feira, 22 de maio
 - 7ª sessão: sexta-feira, 29 de maio
 - 8ª sessão: quarta-feira, 3 de junho
- Horário: 17h15—19h15

Equipa de formadoras:

Rita Silva: fisioterapeuta no centro de saúde de Aveiro
Teresa Caetano: psicóloga no centro de saúde de Aveiro
Tânia Correia: psicóloga estagiária da UA
Contacto: 234 891 195

**Programa de Intervenção
Multidisciplinar para
Sobreviventes de cancro
da Mama**



2. Cessação Tabágica

- O tabaco é a principal causa de morte prematura, que se pode evitar, modificando o comportamento individual.
- Calcula-se que cada cigarro diário, reduz um ano na esperança de vida de um fumador regular.
- Aumenta a incidência de osteoporose, sobretudo na mulher.
- Leva à menopausa precoce e ao envelhecimento prematuro da pele na mulher.
- Efeito cumulativo no que respeita ao risco de desenvolvimento de cancro no tubo digestivo e no sistema respiratório.
- Aumenta o risco de tumor da laringe, da boca, da língua e lábio, do esófago, dos rins, da bexiga e do pâncreas.
- O tabagismo leva ao desenvolvimento de doenças pulmonares.

Malefícios do Tabaco

- Redução da capacidade dos pulmões para se limparem.
- Diminuição da resistência à infeção.
- Aumento da vulnerabilidade a muitas doenças.

A única coisa possível para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida, é deixar de fumar.

Deixar de fumar completamente de um dia para o outro, é o método mais difícil, mas o mais eficaz.

3. Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

Os sobreviventes de cancro que foram sujeitos a radioterapia localizada apresentam maior predisposição para cancro de pele, que é aumentada pela exposição ao sol.

O consumo de vitamina D e exposição solar moderada são as principais medidas protectoras.

Os alimentos ricos em vitamina D são: peixes e frutos do mar, óleo de fígado de peixe, gema de ovo, produtos lácteos enriquecidos com vitamina D).

Conselhos:

- Evitar a exposição solar entre as 12 e as 16 horas.
- Usar protetor solar.
- Evitar bronzeadores que agravam os efeitos nefastos da exposição solar.
- Usar chapéu de abas largas.
- Usar roupas adequadas da exposição solar intensa.
- Evitar a exposição solar nas horas do dia mais perigosas (11h às 16h).

Quem fez cirurgia com esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares:

- Deve usar mangas compridas para proteger do sol e protetor solar
- Não expor a zona afetada ao sol na praia.

Promoção de Estilos de Vida Contra o Cancro



Guias Nutricionais para sobreviventes de cancro:

- Seja o mais magra possível, evitando, no entanto, atingir um peso demasiado baixo.
 - Consuma uma dieta saudável dando o privilégio a alimentos provenientes de produtos hortícolas.
 - Coma mais variedade de vegetais, frutas, grãos inteiros e legumes.
 - Limite o consumo de carne vermelha.
 - Limite o consumo de comida salgada.
 - Escolha comidas e bebidas que alcancem um peso saudável.
 - Evite bebidas com adição de açúcares, limite as comidas muito calóricas (comidas com muito açúcar e gordura, e pouca fibra).
 - Se beber limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1-2 por dia.
- Não use suplementos alimentares para se pro-

Os fatores de estilo de vida que têm sido encontrados como potenciais protetores contra o cancro são especialmente os seguintes:

1. Dieta e Controlo de Peso
2. Cessação Tabágica
3. Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

1. Dieta e Controlo de Peso

- A dieta e o controlo de peso é importante porque:
- 70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam excesso de peso ou mesmo obesidade.
- A obesidade (pós-menopausa) é um dos fatores de risco mais bem estabelecido de cancro da mama, bem como, de outros cancros (cólon, rim, esófago e endométrio).
- O ganho de peso durante e após os tratamentos de cancro tem sido apontado como redutor da qualidade de vida, bem como, representa um risco aumentado de declínio funcional, co-morbilidade, recorrência de cancro e morte relacionada com cancro.

Como se pode perder peso?

- Controle das porções de comida.
- Redução da densidade calórica dos alimentos: aumento de consumo de alimentos com baixa densidade calórica (vegetais ricos em água, frutas, grãos inteiros e sopas) e diminuição dos com elevada densidade calórica (gordura, carne vermelha, açúcar, comida refinada).
- Exercício físico de intensidade moderada no mínimo 30 minutos, 5 dias por semana (além disso, o exercício físico tem sido comprovado como um factor protector de cancro, e de cancro da mama em particular). Para perder peso o ideal são 60 minutos 5 dias por semana.

Evitar ou limitar o consumo de álcool

Nos países desenvolvidos, aproximadamente 4% do casos de cancro da mama estão associados ao consumo de álcool. O risco aumenta em cerca de:

- 10% para cada bebida consumida por dia
- 20% para duas bebidas
- 30% para três
- 50% para quatro ou mais doses por dia

Prevenção ou tratamento da Osteoporose.

Formas de combater a osteoporose:

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D, ambos nutrientes essenciais que exercem um papel importante na saúde dos ossos.
- A vitamina D é fundamental para o cálcio se fixar nos ossos e é sintetizada na pele sob acção dos raios ultravioletas.
- Diminuir o consumo de álcool
- Cessar com o tabagismo.
- Fazer exercícios físicos regularmente.

Recomendações de Atividade Física para Prevenção osteoporose na menopausa:

- 30 minutos de exercício com impacto no solo (p.ex caminhada) 4 a 5 dias por semana.

Estratégias para lidar com situações indutoras de stress:

- Evitar/eliminar/diminuir as situações de stress
- Utilizar técnicas de resolução de problemas
- Ver diferentes perspectivas das situações
- Utilizar técnicas de relaxamento

O odor corporal pode ser melhorado através da dieta se:

- Evitar as carnes vermelhas.
- Fazer preferencialmente uma alimentação à base de vegetais (alguns dos melhores alimentos incluem a salsa, aipo, coentros, hortelã, sálvia, alecrim, tomilho e orégãos).
- Eliminar bebidas com cafeína.
- Eliminar alimentos com odores fortes como o alho e a cebola.

Promova a sua Autoestima

- Escreva uma **Diário pessoal** com as coisas positivas que fez durante o dia
- Escreva uma **Carta** a contar os pequenos e grandes êxitos pessoais
- Escreva um **Antúcio pessoal** a publicitar as qualidades e competências pessoais
- Elabore um **Filme-livro** sobre a sua vida, enfatizando feitos importantes, aventuras e atividades realizadas
- Mude a forma como fala consigo mesma, tornando-a mais positiva
- Tente argumentar sobre as suas qualidades, fortalecendo as crenças positivas que tem sobre si própria
- Ensine às pessoas que a rodeiam cuidados a ter consigo:
 - Evitar expressões que demonstrem representações pejorativas
 - Transmitir uma imagem clara dos seus valores e qualidades
 - Acreditar nas suas qualidades e capacidades
 - Aproveitar qualquer "boa conduta" para a chamar a atenção do que fez bem
 - Dar-lhe oportunidade de efetuar tarefas desafiantes
 - Permitir que coloque a sua originalidade no que faz

Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima



Voltar a gostar do corpo

- Observar, tocar e deixar ser tocada
- Autoconhecimento do corpo atual
- Propiciar o conhecimento do corpo pelos outros
- Observar as suas reações e as dos outros às alterações
- Verificar que consegue olhar cada vez melhor para o seu corpo e cada vez mais com maior prazer

Relações íntimas

- Segurar nas mãos, tocar, abraçar, ter profundo carinho pela outra pessoa e partilhar sentimentos, esperança, sonhos, medos, emoções, e valores religiosos
- Falar com o seu parceiro sobre os medos, preocupações ou crenças sobre como o cancro afectou a vossa relação.
- Partilhar essas considerações e sentimentos fortalecerá a relação entre o casal
- Ver o companheiro como uma pessoa que a pode ajudar a lidar com as perdas resultantes do cancro e não como um potencial criticador
- Fortalecer os músculos do pavimento pélvico para ajudar na redução de dor e no aumento do prazer sexual.

Precauções para evitar infeções e prevenir o linfedema

O que NÃO deve fazer:

- NÃO fazer injeções no braço afetado
- NÃO medir a tensão arterial nem extrair sangue no braço afetado
- NÃO dormir sobre o lado operado
- NÃO fazer Acupuntura no braço afetado
- NÃO expor a zona afetada diretamente ao sol na praia
- NÃO usar anéis ou mangas apertadas
- NÃO aproximar a metade do tórax e braço afectado a fontes de calor
- NÃO tomar banhos muito quentes, nem fazer sauna, banho turco ou piscinas acima dos 21°C
- NÃO realizar trabalhos pesados e repetitivos
- NÃO transportar pesos e/ou a carteira e/ou crianças no braço afetado

O que DEVE fazer:

- Usar luvas
- Usar a mão do lado não afectado para utilizar o forno
- Depilar a axila com máquina de Barbear e ter cuidado ao curtir as unhas
- Manter a pele limpa e hidratada (creme hipoalergénico)
- Evitar sal, pimenta e álcool
- Proteger-se de picadelas de insetos e de plantas
- Usar mangas compridas para proteger do sol e/ou protetor solar
- Evitar traumatismos ou queimaduras
- Se lesar a pele desinfete rapidamente com uma solução com álcool várias vezes ao dia.

Recomendações para melhorar o odor corporal

- Tomar um banho diário
- Secar os pés cuidadosamente depois do banho, uma vez que os microorganismos crescem nos espaços entre os dedos húmidos
- Escolher sapatos e meias feitas de materiais naturais (por exemplo, couro), porque podem ajudar a prevenir os pés suados e ajudam os pés a respirarem
- Tentar não usar o mesmo par de sapatos dois dias seguidos
- Usar meias de algodão e lã, pois ajudam a manter os seus pés secos
- Trocar de meias frequentemente
- Escolher roupas de fibras naturais (algodão e seda) que permitem que a pele respire
- Na hora de dormir, aplicar desodorizante para nos pés, evitando os desodorizantes perfumados
- Aprender a controlar o stress, que provoca muitas vezes o aumento da transpiração.

Relaxamento

Existem vários métodos de relaxamento. Um método dos mais eficazes é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, que consiste na contração e descontração de grupos musculares.

Uma forma de relaxamento fácil de utilizar é a indução da imagem de paz. Utilize um sítio tranquilo e confortável. Feche os olhos, faça respiração abdominal e "transporte-se" para um local que lhe transmite paz (exemplos: praia, campo, lareira acesa...). Tente sentir esse local com todos os seus sentidos: visão, audição, olfacto, tacto e paladar. Pode utilizar uma música de relaxamento para facilitar este processo.

Meditação

Características-chave da meditação

- estado mental activo, mas descontraído
- concentração
- respiração regulada para sincronizar a mente com o corpo
- abstrair-se de distrações e preocupações
- concentração no momento actual
- meditação focada (foco num objecto específico, como um som, uma palavra ou um pensamento)
- introspecção: tem em conta toda a experiência, sem um sentido de sujeito e objecto

Benefícios da meditação

- melhora a função cognitiva
- reduz a ansiedade
- reduz a dor
- potencia o bem-estar psicológico
- aumento da qualidade de vida

Benefícios da espiritualidade

- ajudar os pacientes a atingir uma sensação de paz
- reforçar os sentimentos de esperança
- reforçar o sentimento de dar sentido à vida
- potenciar o apoio social por parte das pessoas que partilham das mesmas crenças espirituais
- poder funcionar como auto-relaxamento em períodos stressantes
- fornecer a sensação de protecção
- poder constituir-se como uma das estratégias de coping necessárias para enfrentar o cancro e viver depois da experiência de cancro

Métodos para Gerir Emoções



Recomendações de Atividade Física específicas para Mulheres Adultas Sobreviventes ao Cancro da Mama

- Frequência: 3-5 vezes por semana;
- Intensidade leve-moderada (sentir-se bem, não se sentir exausta);
- Duração de 20-60 minutos;

Exemplos: Caminhada, corridas, bicicleta, natação, hidroginástica, hidroterapia, ginásio ...

Atenção a possíveis sinais:

- Linfedema (ou aumento do mesmo). Quem tem, deve usar da manga compressiva durante a prática de actividade física;

- Aumento da Dor;
- Aumento do "cansaço" no braço.

Como realizar a caminhada:

- Inicie a caminhada com uma passada normal até aquecer (+/- 10 minutos);
- Depois acelere e caminhe 15 minutos de uma forma rápida (mas de forma a sentir-se bem - não deve sentir-se exausta!);
- Os últimos 5 minutos da caminhada devem ser sempre numa passada mais lenta para descansar lentamente.

No final da caminhada realize os exercícios de alongamento

Componentes de apêndice	Variável de formação	Sugestão de plano
Cardiorespiratório	Frequência	3-5 dias por semana
	Duração	20-60 minutos
Muscular	Frequência	2-3 dias por semana
	Duração	1 set. de 3 a 20 repetições do exercício
Flexibilidade	Frequência	2-3 vezes por semana
	Duração	15 a 30 seg., 2 a 4 vezes

Método de Resolução de Problemas:

Todos nós conseguimos fazer a resolução dos nossos problemas, contudo, aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentimos perdidos. Este parece ser o método mais eficaz, especialmente quando comparado com a impulsividade e a inactividade / fuga dos problemas.

- 1 - Definição do Problema
- 2 - Geração de Alternativas
- 3 - Avaliação das Alternativas
- 4 - Escolha da melhor Alternativa
- 5 - Execução do Plano Seleccionado
- 6 - Avaliação dos resultados

Respiração Abdominal

- Coloque-se de forma confortável sentado ou deitado

- Coloque a mão no abdómen (barriga) próxima do umbigo;

- Feche os olhos e concentre-se na sua respiração;

- Respire pelo nariz e encha os pulmões de ar, leve-o até o abdómen, percebendo que ele se movimenta. Pode imaginar que está a encher um balão que está dentro da sua barriga. Ao respirar, conte até cinco para que o pulmão e o abdómen fiquem expandidos;

- Solte a respiração pela boca contando até dez esvaziando completamente o pulmão e o abdómen;

- A mão que está sobre o abdómen eleva-se quando inspira e desce quando expira o ar pela boca;

- Repita dez vezes a respiração. Caso sinta tonturas ou veja "bolinhas" ao abrir os olhos, saiba que isso é normal e vai desaparecer. Isso acontece, porque o cérebro recebe mais oxigénio do que está habituado, mas é interessante ir adaptando o ritmo de forma que fique confortável e não gere náuseas.

Realize movimentos de alongamento varias vezes ao dia. Tente relaxar ao realizar estes movimentos. Nestes exercicios pretende-se que mantenha a posição entre 10 a 15 segundos, respirando calmamente durante este periodo.



Mantendo os braços elevados à altura dos ombros e os cotovelos esticados, com a palma da mão virada para cima puxe a mão para baixo e com a palma da mão virada para baixo puxe a mão para cima. Ajude com a mão oposta a manter a posição. Repita com o outro braço.



Apoie a mão no ombro oposto e com a ajuda da outra mão leve o cotovelo no sentido do ombro oposto. Mantenha a posição e realize com o outro braço.



Coloque a mão atrás da nuca e com a outra mão segure o cotovelo atrás da cabeça e puxe um pouco. Mantenha a posição e troque de braço.



Um braço ao longo do tronco e a outra mão segura na cabeça inclinando-a para esse lado. Enquanto mantém a inclinação da cabeça o braço do lado oposto alonga no sentido do chão. Mantenha a posição e repita do outro lado.



Com as mãos atrás das costas, afaste os braços das costas esticando os cotovelos. Mantenha a posição



Leve o braços acima da cabeça e com as palmas das mãos viradas para cima alongue o sentido do tecto. Mantenha a posição.



De frente para uma parede ou porta, coloque as mãos na parede à altura de ombros e vá subindo pela superfície até à máxima altura possível. Mantenha a posição de alongamento 10 segundos.

Exercícios para promoção da funcionalidade do membros superiores



Repita cada exercício 10 vezes inspirando na posição inicial e expirando pela boca suavemente durante o movimento.

Mantendo a sua coluna direita, apoie a outra mão numa superfície de forma a ter espaço livre para realizar círculos com o braço. Realize movimentos para a frente e para trás e em círculos num e noutro sentido com o cotovelo esticado. Tente manter o ombro relaxado.



Com a ajuda da toalha, tente juntar as mãos uma a outra como mostra na figura. Mantenha as costas direitas.



Realize movimentos amplos com os braços, desde uma posição junto às pernas até outra acima da cabeça batendo as palmas das mãos.



Suportando a toalha acima da cabeça, mantenha um braço alongado com a ajuda do outro. Vá alternado de braço e mantenha as costas direitas.



Suportando uma toalha ou bastão, mantenha as mãos alinhadas com os ombros e os cotovelos esticados. Eleve os braços acima da cabeça.



Segurando a toalha ou bastão, movimente os braços lateralmente num e noutro sentido. Inicia com os braços em frente ao tronco, realiza o movimento para a esquerda e volta à posição inicial. Depois repete para a direita.



Com as mãos atrás das costas, afaste o bastão mantendo os cotovelos esticados.

Com as mãos atrás da nuca, afaste os cotovelos e una as omoplatas. Realize o movimento calmamente sem provocar dor e sem inclinar a cabeça para a frente. Mantenha a cabeça direita.



Na mesma posição dobre e estique os cotovelos. Mantenha sempre as suas costas direitas.

