



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Mafalda Rodrigues Nunes Ponte

**Qualidade de Vida, Representações  
da Doença, Apoio Social e Relacionamento  
Familiar em Pacientes com Tumores de Pele,  
em Fase de *Follow-up***

Junho 2013



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Mafalda Rodrigues Nunes Ponte

**Qualidade de Vida, Representações  
da Doença, Apoio Social e Relacionamento  
Familiar em Pacientes com Tumores de Pele,  
em Fase de *Follow-up***

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves**

Junho 2013

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Introdução .....	1
Metodologia .....	4
Resultados .....	7
Discussão .....	13
Limitações .....	16
Conclusão .....	16
Referências .....	17

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características Clínicas e Demográficas da Amostra .....	7
Tabela 2 - Coeficientes de Correlação de Pearson ( $r$ ) entre as Variáveis Psicológicas .....	8
Tabela 3 - Diferenças nas Representações da Doença, Qualidade de Vida e Apoio Social em função do Tempo Decorrido Desde o Diagnóstico .....	9
Tabela 4 - Diferenças nas Representações da Doença, Qualidade de Vida, Apoio Social e Stress Intrafamiliar em função da Localização do Tumor .....	10
Tabela 5 - Diferenças na Qualidade de Vida, Apoio Social, Stress Intrafamiliar e Representações da Doença em função do Tipo de Tumor .....	11
Tabela 6 - Diferenças nos Aspectos de Vida Que Podem Ser Afetados por Doenças Cutâneas em função do Tipo de Tumor .....	12
Tabela 7 - Preditores de Qualidade de Vida .....	12

## AGRADECIMENTOS

*“Gratitude is not only the greatest of virtues,  
but the parent of all the others” - Cícero*

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Maria da Graça Pereira. A sua energia contagiante nunca deixou que o meu trabalho estagnasse e fez com que a procura pela melhoria se tornasse num desafio constante. Acima de tudo, obrigada pela dedicação e atenção que presta ao trabalho de todos os seus alunos, em especial agradeço pela paciência e tempo despendidos comigo.

Gostaria, igualmente, de agradecer à Dra. Celeste Brito, à Dra. Catarina, às enfermeiras e às funcionárias do Serviço de Dermatologia do Hospital de Braga, por me terem proporcionado as condições necessárias à recolha de dados.

Agradeço às minhas colegas, Ana Sofia Botelho, Catarina Ribeiro e Vânia Baía, pelo constante apoio e troca de ideias.

Um agradecimento especial torna-se necessário a todos os professores que, ao longo de cinco anos, me mostraram o que há de tão bonito em ser-se psicólogo. Serão os meus eternos “mestres”, que servirão sempre como exemplo e fonte de inspiração.

E, por fim, um profundo agradecimento...

À Ana Raquel, pela amizade e companheirismo. Tornaste toda esta viagem mais fácil e foste incansável em apaziguar todas as minhas dúvidas, frustrações e dificuldades. Olho para trás e vejo-te ao meu lado em todos os momentos, fosse em silêncio ou em longas e profundas conversas. O que aprendi contigo nunca poderá ser suficientemente agradecido, mas aqui fica a tentativa de eternizar o papel fundamental que tiveste nesta longa caminhada.

À Sara, por 22 anos de crescimento (pessoal e académico) em conjunto.

Ao Miguel, pela sua inesgotável paciência e compreensão. A tua amizade e amor tornaram tudo mais fácil.

A toda a minha família, que me acompanhou ao longo de todo este percurso.

À minha afilhada Maria, que me motivou a percorrer este caminho.

À minha Bé, por me fazeres acreditar que, nesta vida, tudo é possível.

À minha eterna estrela. Obrigada por brilhares em mim, todos os dias.

Finalmente, aos meus pais de coração, Paula e António, que foram sem dúvida os principais responsáveis pela concretização de todo o meu percurso académico. A confiança que depositam em mim faz crescer a vontade de ser (e fazer) sempre melhor. Foram a minha principal fonte de inspiração e motivação. Obrigada, mãe e pai. Esta tese é vossa.

## QUALIDADE DE VIDA, REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA, APOIO SOCIAL E RELACIONAMENTO FAMILIAR EM PACIENTES COM TUMORES DE PELE, EM FASE DE *FOLLOW-UP*

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo examinar a relação entre a qualidade de vida, as representações da doença, o apoio social e o stress intrafamiliar, bem como os melhores preditores de qualidade de vida, em pacientes com tumores de pele. A amostra foi constituída por 106 pacientes com tumores de pele (melanoma e carcinoma), em fase de *follow-up* da doença. Os participantes completaram o Questionário Clínico e Demográfico, o *Dermatology Life Quality Index*, o *Illness Perception Questionnaire*, o *Medical Outcomes Study Social Support Survey* e o *Index of Family Relations*. Os resultados revelaram que melhor qualidade de vida estava associada a representações da doença menos ameaçadoras, a maior percepção de apoio social e a menor stress intrafamiliar. As representações da doença consistiram num preditor negativo da qualidade de vida. Os participantes com melanoma evidenciaram pior qualidade de vida, quando comparados aos participantes com carcinoma.

Os resultados enfatizam a necessidade de intervenção, incluindo as representações da doença, o apoio social e o stress intrafamiliar, no sentido de promover a qualidade de vida em pacientes com tumores de pele. A intervenção torna-se particularmente importante nos pacientes com melanoma.

**Palavras-chave:** tumores de pele; qualidade de vida; representações da doença; apoio social; relações familiares.

**QUALITY OF LIFE, ILLNESS REPRESENTATIONS, SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RELATIONS  
IN PATIENTS WITH SKIN TUMORS IN THE FOLLOW-UP STAGE**

**ABSTRACT**

This study aimed to examine the relationship between quality of life, illness representations, social support and intra-family stress, as well as the best predictors of quality of life in patients with skin tumors. The sample consisted of 106 patients with skin tumors (melanoma and carcinoma) in the follow-up stage of the disease. Participants completed the Clinical and Demographic Questionnaire, the Dermatology Life Quality Index, the Illness Perception Questionnaire, the Medical Outcomes Study of Social Support Survey, and the Index of Family Relations. The results demonstrate that better quality of life was related to less threatening illness representations, greater perception of social support and lower intra-family stress. Illness representations were a negative predictor of quality of life. Participants with melanoma evidenced worst quality of life when compared with patients with carcinoma.

The results emphasize the need for intervention, including illness representations, social support and intra-family stress, in order to promote the quality of life in patients with skin tumors. Intervention becomes particularly important in patients with melanoma.

**Keywords:** skin tumors; quality of life; illness representations, social support, family relations.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço dos câncros diagnosticados mundialmente são tumores de pele (WHO, 2010). Boyle, Doré, Autier, e Ringborg (2004) verificaram que, nas próximas décadas, o cancro de pele será identificado como aquele mais importante no contexto da saúde pública. Existem dois tipos de cancro de pele – melanoma e carcinoma – causadores de uma em cada mil mortes por cancro, sendo que o melanoma consiste naquele com pior prognóstico (WHO, 2006). O diagnóstico de melanoma aumenta com a idade, apesar de poder afetar pessoas de qualquer faixa etária e em qualquer zona da pele. Se o melanoma se espalha, podem surgir células cancerígenas nos gânglios linfáticos mais próximos. Contudo, se o tumor é detetado precocemente, existe um bom prognóstico (Kasparian, McLoone, & Butow, 2009). Existem dois tipos de carcinomas – carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular -, que podem surgir em áreas que foram expostas ao sol, como a cabeça, a cara, o pescoço, as mãos e os braços (WHO, 2006). Apesar de o carcinoma basocelular raramente se espalhar para outras partes do corpo, o carcinoma espinocelular poderá atingir os gânglios linfáticos e alguns órgãos. Segundo Boyle et al. (2004), é comum a separação do cancro de pele em duas categorias – melanoma e não-melanoma, sendo que a última engloba ambos os tipos de carcinoma.

De um modo geral, o cancro tem efeitos ao nível psicossocial, criando um desconforto acentuado ao longo do processo de diagnóstico e tratamento, estando envolvidos fatores psicológicos e sociais (Ernstmann et al., 2009). Gotay, Haynes, e Pagano (2002) consideram que as alterações psicológicas, físicas e sociais, decorrentes da doença oncológica, têm efeito na qualidade de vida dos pacientes. Finlay e Khan (1994) referem que as doenças de pele afetam determinadamente a qualidade de vida. Verifica-se, portanto, o interesse crescente no estudo dessa variável no âmbito da dermatologia e da oncologia, sendo que estão incluídas dimensões físicas, psicológicas e sociais (Demierre, Tien, & Miller, 2005). Jayaprakasam, Darvay, Osborne, e McGibbon (2002) verificaram que aspetos relacionados com a qualidade de vida na doença cutânea, nomeadamente o aumento do embaraço e o comprometimento das atividades de lazer, estão relacionados com a severidade da patologia.

Estudos desenvolvidos com uma amostra de pacientes de melanoma revelaram que fatores relacionados com o tumor, como por exemplo a localização, não eram preditores de qualidade de vida (Barbato, 2008; Lehto, Ojanen, Dyba, Aromaa, & Kellokumpu-Lehtinen, 2007). Lehto, Ojanen, e Kellokumpu-Lehtinen (2005) verificaram que a qualidade de vida dos pacientes recentemente diagnosticados com melanoma estava fortemente associada a fatores psicossociais, tais como estar empregado e apoio social, que foram apontados como preditores

positivos da qualidade de vida. Num estudo mais recente, Barbato, Bakos, Bakos, Prieb, e Andrade (2011) verificaram que o sexo, a idade, a situação profissional, bem como o tempo decorrido desde o diagnóstico, não prediziam a qualidade de vida. Os mesmos autores verificaram que a qualidade de vida estava positivamente relacionada com uma variedade de fatores sociodemográficos, nomeadamente ser casado, ter história familiar de melanoma e níveis superiores de escolaridade (Barbato et al., 2011).

Rhee et al. (2003), num estudo que incluía pacientes de carcinoma, não verificaram uma diminuição da qualidade de vida dos mesmos quando comparados com a população em geral. Contrariamente, Amar, Rapoport, Franzi, Bisordi, e Lehn (2002) verificaram diferenças na qualidade de vida entre pacientes que referiram ter controlo sobre a doença e aqueles com recidiva. Neste último grupo, os autores verificaram a existência de um decréscimo na qualidade de vida logo após o tratamento do carcinoma (Amar et al., 2002). Rhee et al. (2007), numa amostra com pacientes de carcinoma, verificaram que os tumores localizados no lábio e pertença ao sexo feminino eram preditores negativos da qualidade de vida. Para além disso, os autores concluíram que os doentes mais novos foram aqueles com melhor qualidade de vida, após o tratamento. Não obstante, importa referir um outro estudo, onde foi verificada uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia de extração do carcinoma (Chren, Sahay, Bertenthal, Sen, & Landefeld, 2007). O estudo de Chen, Bertenthal, Sahay, Sen, e Chren (2007) revelou como preditores de uma boa qualidade de vida, após o tratamento de carcinomas, os seguintes: baixa comorbilidade, melhor estado de saúde mental e boa qualidade de vida pré-tratamento. Apesar disso, os autores concluíram que as características do tumor não eram preditores da qualidade de vida após o tratamento.

As representações da doença estão relacionadas com a qualidade de vida em doentes oncológicos (Dóro, Pasquin, Medeiros, Bitencourt, & Moura, 2004). Petrie, Jago, e Devcich (2007) consideram que perceções negativas em relação à doença estão associadas a um maior número de sintomas e a consequências indesejadas. É comum que os pacientes de cancro, por considerarem a doença como sinónimo de morte, não identifiquem qualquer tipo de controlo em relação à mesma (Dóro et al., 2004). Doentes mais novos apresentam representações da doença mais positivas (Lechner et al., 2003), e pacientes com nível mais elevado de escolaridade demonstram uma melhor compreensão da doença (Sungur, Tasci, Goris, Kartin, & Ceyhan, 2012).

Zivković et al. (2008), num estudo com pacientes de melanoma, verificaram que a doença teve pouco impacto na qualidade de vida dos pacientes. Todavia, os autores verificaram uma relação entre as representações da doença e a qualidade de vida, sendo que

os pacientes que perceberam mais consequências, sintomas e maior preocupação com a doença, revelaram níveis inferiores de qualidade de vida.

Scharloo et al. (2010), num estudo com pacientes de carcinoma espinocelular, verificaram como preditores negativos de qualidade de vida duas representações cognitivas da doença – consequências e duração. Neste contexto, Devine, Parker, Fouladi, e Cohen (2003) consideraram que baixo suporte social interfere com o processamento cognitivo da experiência de ter cancro. Mais especificamente, Llewellyn, McGurk, e Weinman (2007), num estudo com pacientes de carcinoma espinocelular, verificaram que aqueles com percepções negativas relativas à doença recorriam mais ao apoio emocional.

De facto, Garssen e Goodkin (1999) verificaram que baixo nível de apoio social pode influenciar a progressão do tumor. Por sua vez, Santos, Pais Ribeiro, e Lopes (2003) verificaram uma relação positiva entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no cancro. Neste mesmo estudo, os autores constataram que as mulheres valorizavam mais a disponibilidade social dos parceiros, tendo sido a satisfação com o suporte social, de um modo geral, inferior à dos homens. Santana, Zanin, e Maniglia (2008) salientam que o facto de o paciente possuir uma rede social, não significa que receba, necessariamente, apoio da mesma. Num estudo com pacientes de cancro, os autores verificaram uma baixa procura de apoio social (Santana et al., 2008).

No estudo de Söllner et al. (1999), em doentes com melanoma, verificou-se que ser do sexo feminino e ter parceiro eram preditores positivos de apoio social. Para além disso, os autores concluíram que o tempo decorrido desde o diagnóstico era preditor negativo do apoio emocional. Söllner et al. (1999) salientam, ainda, que níveis elevados de apoio social estão associados a um bom ajustamento à doença. No entanto, a percepção de apoio social, por parte dos pacientes, é influenciada pelo prognóstico. Devine et al. (2003), num estudo com pacientes com melanoma, concluíram que melhor apoio social era preditor de um melhor ajustamento à doença, um mês após o tratamento. Estes autores verificaram, ainda, que o apoio social, no início do tratamento, estava negativamente associado ao sofrimento psicológico e positivamente associado à qualidade de vida.

Turagabeci, Nakamura, Kizuki, e Takano (2007) verificaram que o stress intrafamiliar estava negativamente relacionado com a qualidade de vida, e positivamente relacionado com a morbidade psicológica. Ben-David e Gilbar (1997) verificaram que a tensão intrafamiliar era preditor negativo do ajustamento psicossocial ao cancro. Segundo Weihs e Politi (2005), pacientes oncológicos cujo ambiente familiar é coeso e com baixo conflito, apresentam melhor capacidade para lidar com a doença. Adicionalmente, Kershaw, Northouse,

Kritpracha, Schafenacker, e Mood (2004) verificaram que um ambiente familiar caracterizado por menos conflito prediz melhor ajustamento à doença oncológica por parte dos pacientes. Trask et al. (2003), num estudo com pacientes de cancro e seus familiares, verificaram que a coesão nas relações familiares era preditor de melhor adaptação psicológica à doença. Ptacek, Pierce, e Ptacek (2007), num estudo com doentes oncológicos, verificaram uma associação positiva entre o apoio emocional e a satisfação marital. Drabe, Wittmann, Zwahlen, Büchi, e Jenewein (2012), num estudo com uma amostra de pacientes de cancro e os seus parceiros, verificaram que pior qualidade de vida estava associada às modificações negativas na díade, consequentes à doença.

Barbato (2008) verificou que as relações familiares podem afetar a qualidade de vida dos doentes com tumores de pele. Barbato et al. (2011) constataram que ser casado estava positivamente relacionado com a qualidade de vida. Söllner et al. (1999) consideraram que, apesar de o suporte familiar ser mais acessível e previsível em situações de stress, como o diagnóstico de cancro (Santos et al., 2003), é possível que este se torne menos funcional nesta fase, visto que envolve não só o paciente de melanoma, mas também todo o núcleo familiar. Num estudo com doentes de melanoma, Hay et al. (2009) verificaram um elevado grau de variação no que concerne aos processos de comunicação da família, incluindo o conflito. Para além disso, Hay et al. (2008) verificaram que quando o conflito familiar surgia, decorrente do diagnóstico de melanoma, era modelado por fatores individuais e familiares.

De acordo com o Modelo de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica (Livneh, 2001), a qualidade de vida consiste na principal variável de resultado da doença crónica, sendo que no processo de adaptação à mesma estão envolvidas variáveis associadas à doença, às características sociodemográficas, aos atributos psicológicos e, ainda, às características do ambiente externo. Com base neste modelo, o presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a qualidade de vida, as representações da doença, o apoio social e o stress intrafamiliar. Foram também estudadas as diferenças ao nível dessas variáveis em função do tipo e da localização do tumor, bem como do tempo decorrido desde o diagnóstico. Finalmente, pretendeu-se conhecer os melhores preditores de qualidade de vida nos pacientes com tumores de pele, em fase de *follow-up*.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Neste estudo quantitativo e transversal, a amostra foi de conveniência e constituída por 106 pacientes com tumores de pele (melanoma e carcinoma). Os critérios de inclusão foram:

(1) diagnóstico clínico de melanoma ou carcinoma em fase de *follow-up*; (2) idade superior a 18 anos; (3) capacidade para responder aos questionários por escrito/em entrevista; e (4) ausência de perturbações psicológicas ou psiquiátricas graves que pudessem interferir com a capacidade de resposta aos questionários.

## **Material**

***Questionário Clínico e Demográfico*** (Pereira & Brito, 2011) Tendo sido desenvolvido especificamente para este estudo, a informação demográfica incluía: idade, sexo, estado civil, situação profissional e grau de instrução. A informação clínica incluía: tipo de tumor, localização do tumor e tempo decorrido desde o diagnóstico.

***Dermatology Life Quality Index*** (DLQI; Finlay & Khan, 1994; Versão experimental Portuguesa de Afonso, Miranda et al., 2004) Consiste numa medida que avalia a qualidade de vida em pacientes com doenças cutâneas. É constituída por 10 itens que avaliam diferentes aspetos de vida que podem ser afetados por doenças cutâneas. Uma pontuação elevada indica pior qualidade de vida. Na versão original do instrumento, no que concerne à fidelidade, apenas coeficientes de correlação teste-reteste foram calculados. Para o DLQI total a correlação foi de .99, e para cada item as correlações variaram entre .95 e .98 (Finlay & Khan, 1994). Para o presente estudo, procedeu-se à validação do DLQI. A análise fatorial do mesmo revelou um fator que explica 33.3% da variância, sendo que o item 9 foi eliminado. O alfa de Chronbach foi de .69.

***Illness Perception Questionnaire – Brief*** (IPQ-B; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Versão Portuguesa de Figueiras et al., 2009) Trata-se de um instrumento constituído por 8 itens, que compreende três subescalas: representações cognitivas da doença, representações emocionais da doença e compreensão da doença. Uma pontuação total elevada indica representações da doença mais ameaçadoras. Na versão original do instrumento, o teste-reteste da fidelidade do IPQ-B mostrou boa consistência interna. Os coeficientes de correlação de Pearson variaram entre .42 e .75 (Broadbent et al., 2006). Na presente amostra, o alfa foi de .77 para o IPQ-B total e os coeficientes de correlação variaram entre -.34 e .77.

***Medical Outcomes Study Social Support Survey*** (MOS-SSS; Sherbourne & Stewart, 1991; Versão Portuguesa de Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007) Esta é uma medida que inclui 20 itens, que compreendem quatro subescalas: apoio emocional/informacional, apoio material, interação social positiva e apoio afetivo. Para o presente estudo, apenas foi utilizada a escala total, sendo que uma pontuação mais elevada indica maior perceção de apoio social. Na versão original e na versão Portuguesa do instrumento, os alfas de Chronbach

para o apoio social total foram de .97 (Sherbourne & Stewart, 1991; Fachado et al., 2007). Na presente amostra, o alfa foi de .97 para o apoio social total.

***Index of Family Relations*** (IFR; Hudson, 1993; Versão Portuguesa de Pereira & Roncon, 2010) O instrumento avalia a severidade ou magnitude dos problemas de funcionamento pessoal e social no âmbito do ajustamento familiar, mais especificamente a coesão, adaptabilidade, conflito, comunicação e satisfação marital. Segundo o autor, poderá ser utilizado como uma medida de stress intrafamiliar, sendo que caracteriza a severidade dos problemas relacionais na família. Uma pontuação mais elevada indica maior stress intrafamiliar. No que concerne às características psicométricas, na versão original do IFR (Hudson, 1993) o alfa foi de .95. Na versão Portuguesa do instrumento, adaptado em idosos, o alfa foi de .95 (Pereira & Roncon, 2010). Na presente amostra, o alfa de Chronbach foi de .92.

### **Procedimento de Recolha de Dados**

Este estudo foi aprovado pelo comité de ética de um dos principais hospitais do Norte de Portugal. Os pacientes foram convidados a participar pelo seu médico-dermatologista. A participação foi voluntária, sendo que todos os participantes assinaram um consentimento informado e responderam aos questionários no dia da consulta de *follow-up*.

### **Análise de Dados**

Para examinar a relação entre as diferentes variáveis psicológicas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. No sentido de avaliar as diferenças ao nível das variáveis psicológicas, em função das variáveis demográficas, do tipo de tumor, do tempo decorrido desde o diagnóstico e da localização do tumor, foi utilizado o teste *t* para Amostras Independentes para as escalas totais, e a Análise de Variância Multivariada (MANOVA) para as subescalas, quando os pressupostos para o uso de testes paramétricos estavam cumpridos, e os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney quando isso não acontecia. Para tal, ao nível da idade foram criados dois grupos: até aos 64 anos ( $n = 49$ ) e igual ou superior a 65 anos ( $n = 57$ ). O estado civil foi dividido em dois grupos: não casados ( $n = 41$ ) e casados ( $n = 65$ ). Relativamente à situação profissional, foram criados dois grupos: não ativos ( $n = 58$ ) e ativos ( $n = 47$ ). Ao nível do grau de instrução, foram criados três grupos: sem escolaridade ( $n = 14$ ), ensino primário ( $n = 52$ ) e ensino básico, secundário ou universitário ( $n = 40$ ). Por fim, na identificação dos preditores da qualidade de vida, foi utilizada a Análise de Regressão Múltipla (método *enter*).

## RESULTADOS

### Características da Amostra

As características clínicas e demográficas da amostra estão descritas na Tabela 1. A amostra é constituída por 106 participantes, dos quais 35 são pacientes de melanoma, com uma idade média de 58.8 ( $DP = 13.2$ ), e 71 são pacientes de carcinoma (basocelular e espinocelular), com uma idade média de 66.4 ( $DP = 14.9$ ). A maioria dos participantes tem idade igual ou superior a 65 anos (53.8%), são do sexo feminino (68.9%), casados(as) (61.3%), não ativos(as) (54.7%) e possuem o ensino primário (49.1%). O tempo decorrido desde o diagnóstico é de entre 2 a 5 anos (45.7%), sendo que a localização do tumor é predominantemente na cara, cabeça e pescoço (61.3%).

Tabela 1

### *Características Clínicas e Demográficas da Amostra*

Variáveis	Melanoma (n = 35)	Carcinoma (n = 71)
	n (%)	n (%)
Características demográficas		
Idade		
Até aos 64 anos	23 (21.7)	26 (24.5)
Igual ou superior a 65 anos	12 (11.3)	45 (42.5)
Sexo		
Masculino	7 (6.6)	26 (24.5)
Feminino	28 (26.4)	45 (42.5)
Estado civil		
Não casado(a)	13 (12.3)	28 (26.4)
Casado(a)	22 (20.8)	43 (40.6)
Situação profissional		
Não ativo(a)	17 (16)	41 (38.7)
Ativo(a)	18 (17)	29 (27.4)
Grau de instrução		
Sem escolaridade	0 (0)	14 (13.2)
Ensino primário	20 (18.9)	32 (30.2)
Ensino básico, secundário ou superior	15 (14.2)	25 (23.6)
Características clínicas		
Tempo decorrido desde o diagnóstico		
Igual ou inferior a 2 anos	6 (5.7)	30 (28.6)
Entre 2 a 5 anos	14 (13.3)	34 (32.4)
Superior a 5 anos	15 (14.3)	6 (5.7)
Localização do tumor		
Cara, cabeça e pescoço	8 (7.5)	57 (53.8)
Outras localizações	27 (25.5)	13 (12.3)

## Relação entre Qualidade de Vida, Representações da Doença, Apoio Social e Stress Intrafamiliar

A Tabela 2 apresenta a relação entre as diferentes variáveis psicológicas. Representações da doença mais ameaçadoras estão associadas a pior qualidade de vida ( $r = .53, p < .001$ ), a menor percepção de apoio social ( $r = -.30, p = .002$ ) e a maior stress intrafamiliar ( $r = .28, p = .004$ ). Pior qualidade de vida está associada a maior preocupação com as consequências da doença ( $r = .56, p < .001$ ), com a duração da doença ( $r = .25, p = .01$ ), com a identidade ( $r = .55, p < .001$ ) e com as emoções ( $r = .50, p < .001$ ). Menor percepção de apoio social está associada a maior preocupação com as consequências ( $r = -.31, p = .001$ ), com a identidade ( $r = -.22, p = .02$ ) e com as emoções ( $r = -.27, p = .005$ ). Maior percepção de apoio social está associada a melhor compreensão da doença ( $r = .19, p = .05$ ) e a melhor qualidade de vida ( $r = -.34, p < .001$ ). Por fim, maior stress intrafamiliar está associado a maior preocupação com as consequências da doença ( $r = .24, p = .01$ ) e com as emoções ( $r = .26, p = .008$ ), a pior qualidade de vida ( $r = .32, p = .001$ ), e a menor percepção de apoio social ( $r = -.40, p < .001$ ).

Tabela 2

*Coefficientes de Correlação de Pearson (r) entre as Variáveis Psicológicas*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
IPQ-B (total)									.53***	.30**	.28**
1. Consequências											
2. Duração	.57***										
3. Controlo pessoal	-.10	-.08									
4. Controlo do tratamento	-.08	-.05	.13								
5. Identidade	.56***	.34***	-.06	.03							
6. Preocupação	.67***	.42***	-.13	-.03	.45***						
7. Compreensão	-.19*	-.08	.14	.38***	-.34***	-.09					
8. Emoções	.77***	.50***	-.10	-.06	.55***	.70***	-.12				
9. Qualidade de vida	.56***	.25*	-.13	.04	.55***	.41***	-.12	.50***			
10. Apoio social	-.31**	-.09	.04	.16	-.22*	-.21*	.19*	-.27**	-.34***		
11. Stress intrafamiliar	.24*	.15	-.03	-.06	.17	.28**	-.13	.26**	.32**	-.40***	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

### Diferenças nas Representações da Doença, Qualidade de Vida e Apoio Social em função do Tempo Decorrido Desde o Diagnóstico

Os resultados dos testes de Kruskal-Wallis evidenciaram diferenças significativas ao nível das representações da doença em função do tempo decorrido desde o diagnóstico (Tabela 3), mais especificamente ao nível da duração ( $\chi^2(2) = 8.24, p = .016$ ) e compreensão da doença ( $\chi^2(2) = 10.20, p = .006$ ). Testes de Mann-Whitney com correção de Bonferroni evidenciaram que o grupo de participantes cujo tempo decorrido desde o diagnóstico é superior a 5 anos percebe a doença como de maior duração ( $U = 221.5, p = .008$ ) e revela uma melhor compreensão da doença ( $U = 199, p = .003$ ), quando comparado com o grupo de participantes cujo tempo decorrido desde o diagnóstico é igual ou inferior a 2 anos.

Não foram encontradas diferenças ao nível das restantes representações da doença, da qualidade de vida e do apoio social em função do tempo decorrido desde o diagnóstico (Tabela 3).

Tabela 3

*Diferenças nas Representações da Doença, Qualidade de Vida e Apoio Social em função do Tempo Decorrido Desde o Diagnóstico*

Variáveis	Igual ou inferior a 2 anos (n = 36)	Entre 2 a 5 anos (n = 48)	Superior a 5 anos (n = 21)	$\chi^2(2)$
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
Representações da doença (total)	51.15	53.95	54.00	.20
Consequências	47.54	55.75	56.07	1.83
Duração	43.15	54.45	66.57	8.24*
Controlo pessoal	46.13	55.21	59.74	3.24
Controlo do tratamento	54.29	48.84	60.29	2.62
Identidade	55.42	51.45	52.40	.38
Preocupação	43.46	56.75	52.58	4.13
Compreensão	41.42	55.58	66.95	10.20**
Emoções	45.24	55.65	60.26	4.05
Qualidade de vida	52.25	53.64	52.83	.05
Apoio Social	47.60	55.42	56.74	1.79

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

## Diferenças nas Representações da Doença, Qualidade de Vida, Apoio Social e Stress Intrafamiliar em função da Localização do Tumor

Verificaram-se diferenças significativas ao nível das representações da doença (total) em função da localização do tumor ( $t(103) = 2.21, p = .03$ ), sendo que os pacientes cuja localização do tumor é na cara, cabeça e pescoço revelam representações da doença mais ameaçadoras (Tabela 4). Por sua vez, quando foram avaliadas as diferenças nas várias dimensões das representações da doença, em função da localização do tumor, os resultados da MANOVA (Tabela 4) não revelaram diferenças multivariadas significativas ( $Wilks' Lambda = .81, F(16, 186) = 1.28, p = .22$ ). Contudo, os testes univariados evidenciaram que os grupos diferem ao nível do controlo pessoal ( $F(2, 100) = 4.06, p = .02$ ) e da compreensão da doença ( $F(2, 100) = 4.00, p = .02$ ). Assim, os pacientes cuja localização do tumor é na cara, cabeça e pescoço revelam menor controlo pessoal e uma menor compreensão da doença.

Não se verificaram diferenças ao nível das restantes representações da doença, da qualidade de vida, do apoio social e do stress intrafamiliar em função da localização do tumor (Tabela 4).

Tabela 4

### *Diferenças nas Representações da Doença, Qualidade de Vida, Apoio Social e Stress Intrafamiliar em função da Localização do Tumor*

Variáveis	Cara, Cabeça e Pescoço ( $n = 65$ )	Outras Localizações ( $n = 40$ )	$t(103)/F(2, 100)$
	$M(DP)$	$M(DP)$	
Representações da doença (total)	30.83 (15.03)	24.00 (16.03)	2.21*
Consequências	3.77 (3.22)	3.24 (3.31)	.91
Duração	5.31 (3.66)	4.34 (3.82)	1.69
Controlo pessoal	6.55 (2.64)	8.08 (2.68)	4.06*
Controlo do tratamento	8.61 (1.87)	9.08 (1.85)	.76
Identidade	3.11 (2.84)	2.29 (2.89)	.98
Preocupação	5.20 (3.52)	4.63 (3.72)	1.26
Compreensão	5.47 (3.26)	7.24 (3.49)	4.00*
Emoções	4.33 (3.65)	3.55 (3.65)	1.14
Qualidade de vida	2.51 (2.48)	3.23 (4.03)	-1.13
Apoio social	84.85 (13.03)	80.78 (18.86)	1.31
Stress intrafamiliar	35.09 (10.73)	36.90 (15.48)	-.71

\* $p < .05$ .

## Diferenças na Qualidade de Vida, Apoio Social, Stress Intrafamiliar e Representações da Doença em função do Tipo de Tumor

Verificaram-se diferenças significativas entre o grupo de participantes com melanoma e o grupo de participantes com carcinoma, ao nível da qualidade de vida ( $t(104) = 2.99, p = .003$ ). Os participantes com melanoma evidenciam pior qualidade de vida (Tabela 5).

Não foram encontradas diferenças ao nível do apoio social, do stress intrafamiliar e das representações da doença em função do tipo de tumor (Tabela 5).

Tabela 5

*Diferenças na Qualidade de Vida, Apoio Social, Stress Intrafamiliar e Representações da Doença em função do Tipo de Tumor*

Variáveis	Melanoma ( <i>n</i> = 35)	Carcinoma ( <i>n</i> = 71)	<i>t</i> (104)/ <i>F</i> (1, 101)
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	
Qualidade de vida	4.03 (4.30)	2.15 (2.16)	2.99**
Apoio social	80.70 (17.10)	84.65 (14.57)	-1.24
Stress intrafamiliar	38.40 (16.12)	34.62 (10.49)	1.45
Representações da doença (total)	28.43 (16.01)	27.84 (15.73)	.18
Consequências	4.06 (3.30)	3.26 (3.22)	1.38
Duração	5.40 (4.07)	4.65 (3.57)	.93
Controlo pessoal	7.54 (2.84)	6.88 (2.67)	1.35
Controlo do tratamento	8.77 (2.10)	8.79 (1.74)	.003
Identidade	2.49 (3.02)	2.97 (2.78)	.66
Preocupação	5.31 (3.42)	4.75 (3.71)	.56
Compreensão	6.97 (3.33)	5.75 (3.45)	2.97
Emoções	4.46 (3.67)	3.76 (3.65)	.83

\*\* $p < .01$ .

Por sua vez, quando foram avaliadas as diferenças nos aspetos de vida que podem ser afetados por doenças cutâneas (itens do DLQI) em função do tipo de tumor, os resultados da MANOVA (Tabela 6) revelaram diferenças multivariadas significativas (*Wilks' Lambda* = .84,  $F(9, 92) = 2.02, p = .046$ ). Testes univariados revelaram que os grupos diferem ao nível da escolha da roupa ( $F(1, 100) = 12.22, p = .001$ ), do convívio e tempos livres ( $F(1, 100) = 7.11, p = .009$ ), da prática de desporto ( $F(1, 100) = 6.45, p = .013$ ) e do tratamento ( $F(1, 100) = 5.69, p = .019$ ). Os participantes com melanoma consideram o estado da sua pele como

mais determinante na escolha da roupa, revelam maior prejuízo no convívio, tempos livres e na prática de desporto e, ainda, mais problemas relativamente ao tratamento.

Tabela 6

*Diferenças nos Aspetos de Vida Que Podem Ser Afetados por Doenças Cutâneas em função do Tipo de Tumor*

Variáveis	Melanoma (n = 35)	Carcinoma (n = 71)	F (1, 100)
	M (DP)	M (DP)	
Itens do DLQI <sup>a</sup>			
Sintomas	.82 (.94)	.71 (.75)	.47
Sentimentos	.68 (1.07)	.40 (.63)	2.78
AD <sup>b</sup> – vida normal	.59 (.93)	.44 (.78)	.71
AD <sup>b</sup> – escolha da roupa	.94 (1.21)	.32 (.58)	12.22**
AL <sup>c</sup> – convívio e tempos livres	.29 (.72)	.04 (.21)	7.11**
AL <sup>c</sup> – prática de desporto	.24 (.70)	.01 (.12)	6.45*
Trabalho/escola	.24 (.70)	.18 (.71)	.16
Relações pessoais	.06 (.34)	.04 (.21)	.07
Tratamento	.21 (.48)	.04 (.21)	5.69*

<sup>a</sup> Aspetos da vida que podem ser afetados por doenças cutâneas, <sup>b</sup> Atividades diárias, <sup>c</sup> Atividades de lazer.  
\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

### Preditores de Qualidade de Vida

Os resultados revelaram que as representações da doença consistem num preditor negativo da qualidade de vida (Tabela 7). O modelo de regressão explica 33% da variância da qualidade de vida, sendo significativo ( $F(3, 102) = 16.52, p < .001$ ). Representações da doença mais ameaçadoras predizem negativamente a qualidade de vida ( $B = .45, t = 5.15, p < .001$ ).

Tabela 7

*Preditores de Qualidade de Vida*

Variáveis	Qualidade de vida			
	$R^2 (R^2_{aj})$	F (3, 102)	$\beta$	t
Apoio social			-.15	-1.64
Representações da doença (total)	.33 (.31)	16.52***	.45	5.15***
Stress intrafamiliar			.13	1.48

\*\*\* $p < .001$ .

### **Influência da Idade nas Variáveis Psicológicas**

Os participantes com idade igual ou inferior a 64 anos revelam uma melhor compreensão da doença ( $F(1, 101) = 7.36, p = .008$ ). Não foram verificadas diferenças ao nível das restantes representações da doença, da qualidade de vida, do apoio social e do stress intrafamiliar em função da idade.

### **Influência da Situação Profissional nas Variáveis Psicológicas**

Os participantes que se encontram numa situação profissional ativa revelam maior preocupação com a doença ( $F(2, 100) = 3.19, p = .045$ ). Não foram evidenciadas diferenças ao nível das restantes representações da doença, da qualidade de vida, do apoio social e do stress intrafamiliar em função da situação profissional.

### **Influência do Grau de Instrução nas Variáveis Psicológicas**

Verificaram-se diferenças significativas ao nível da compreensão da doença em função do grau de instrução ( $\chi^2(2) = 14.23, p = .001$ ). Os participantes com ensino básico, secundário ou superior compreendem melhor a doença quando comparados com os participantes sem escolaridade ( $U = 122.5, p = .001$ ) e com os participantes com o ensino primário ( $U = 675.5, p = .004$ ). Não foram verificadas diferenças ao nível das restantes representações da doença, da qualidade de vida, do apoio social e do stress intrafamiliar em função do grau de instrução.

### **Influência do Sexo e do Estado Civil nas Variáveis Psicológicas**

Não se verificaram diferenças ao nível das representações da doença, da qualidade de vida, do apoio social e do stress intrafamiliar em função do sexo e do estado civil.

## **DISCUSSÃO**

De acordo com a OMS, o cancro de pele com pior prognóstico é o melanoma (WHO, 2006). Considerou-se, portanto, relevante averiguar a existência de diferenças ao nível da qualidade de vida em função do tipo de tumor, tendo sido concluído, efetivamente, que os doentes com melanoma são aqueles que apresentam pior qualidade de vida. Para além disso, Jayaprakasam et al. (2002) verificaram que a severidade da patologia estava associada a vários aspetos relacionados com a qualidade de vida na doença cutânea. Este estudo evidenciou, também, diferenças nos aspetos de vida que podem ser afetados por doenças cutâneas em função do tipo de tumor. Mais especificamente, os pacientes com melanoma são

aqueles que consideram o estado da sua pele como mais determinante na escolha da roupa, revelam maior prejuízo no convívio, tempos livres e na prática de desporto, e apresentam mais problemas relacionados com o tratamento.

No presente estudo, a qualidade de vida não está associada à localização do tumor. Estes resultados vão de encontro à literatura, em que é referido que a localização do tumor não consiste num preditor da qualidade de vida (Barbato, 2008; Lehto et al., 2007). Barbato et al. (2011) consideraram que o tempo decorrido desde o diagnóstico não era, igualmente, preditor da qualidade de vida, estando de acordo com os resultados deste estudo. Não obstante, Barbato et al. (2011) verificaram que ser casado e ter níveis superiores de escolaridade estavam positivamente associados à qualidade de vida. Neste estudo, porém, o estado civil e o grau de instrução não estão associados à qualidade de vida. A par disso, Rhee et al. (2007) verificaram que os doentes mais novos revelaram melhor qualidade de vida. Contudo, no presente estudo não foi verificada uma associação entre a qualidade de vida e a idade, possivelmente pelo facto de a grande maioria dos participantes ter idade igual ou superior a 65 anos. Para além disso, a evidência, neste estudo, de que a qualidade de vida não está associada a essas variáveis demográficas poderá ser justificada pelo facto de todos os participantes se encontrarem em fase de *follow-up* da doença e, por isso, a qualidade de vida não se encontrar muito comprometida.

Lehto et al. (2005) verificaram que estar empregado e ter apoio social eram preditores positivos da qualidade de vida. Todavia, neste estudo verificou-se que a situação profissional não está associada à qualidade de vida. No que concerne ao apoio social, apesar de associado a melhor qualidade de vida, não é preditor da mesma. Adicionalmente, Rhee et al. (2007) apontaram como preditores negativos da qualidade de vida a pertença ao sexo feminino e a localização do tumor no lábio, sendo que tal não foi verificado no presente estudo, já que o sexo e a localização do tumor não estão associados à qualidade de vida. Apesar disso, os resultados vão de encontro àqueles encontrados por Barbato et al. (2011), que referiram que o sexo, a idade, a situação profissional e o tempo decorrido desde o diagnóstico não prediziam a qualidade de vida. De facto, não foi verificada associação entre a qualidade de vida e essas variáveis, possivelmente pelo facto de a amostra ser apenas constituída por pacientes em fase de *follow-up* da doença.

Tendo por base o pressuposto de que as doenças de pele afetam de forma determinante a qualidade de vida dos doentes oncológicos (Finlay & Khan, 1994), um dos objetivos deste estudo consistiu em avaliar a relação entre a qualidade de vida e as representações da doença. Efetivamente, os resultados vão de encontro aos estudos de Dóro et al. (2004) e de Zivković

et al. (2008), que verificaram uma relação entre a qualidade de vida e as representações da doença. Os pacientes que percebem mais consequências, maior duração, mais sintomas, maior preocupação e, ainda, mais emoções, apresentam níveis inferiores de qualidade de vida. Scharloo et al. (2010) verificaram que as representações da doença, mais especificamente as consequências e a duração, eram preditores negativos da qualidade de vida. De facto, os resultados deste estudo revelaram que representações da doença mais ameaçadoras predizem negativamente a qualidade de vida.

Ainda relativamente às representações da doença, verificou-se que os participantes mais novos e com grau de instrução mais elevado revelam uma melhor compreensão da doença, sendo que estes resultados estão de acordo com a literatura (Lechner et al., 2003; Sungur et al., 2012). Constatou-se, igualmente, que os participantes que se encontram numa situação profissional ativa revelam uma maior preocupação com a doença. No que diz respeito às variáveis clínicas, é possível inferir que os pacientes cujo diagnóstico já ocorreu há mais tempo percebem a doença como de maior duração e revelam uma melhor compreensão da mesma. Paralelamente, os participantes cuja localização do tumor é na cara, cabeça e pescoço apresentam representações da doença mais ameaçadoras. Apesar disso, conclui-se que as representações da doença não variam em função do tipo de tumor (melanoma ou carcinoma), provavelmente pelo facto de a amostra ser constituída, na sua grande maioria, por pacientes com carcinoma.

No que concerne à associação entre a qualidade de vida e o apoio social, os resultados vão de encontro à literatura (Santos et al., 2003; Devine et al., 2003), na medida em que revelaram que maior percepção de apoio social está associada a melhor qualidade de vida. Para além disso, maior percepção de apoio social está associada a melhor compreensão da doença e a representações da doença menos ameaçadoras. Supõe-se, neste contexto, que maior percepção de apoio social poderá, efetivamente, estar associada a um bom ajustamento à doença (Söllner et al., 1999). Apesar de Santos et al. (2003) terem verificado diferenças no apoio social em função do sexo, o presente estudo revela que este não varia entre os dois grupos, possivelmente pelo facto de a grande maioria dos participantes ser do sexo feminino. Por fim, não se verificaram diferenças no apoio social em função da localização do tumor e do tempo decorrido desde o diagnóstico, contrariamente aos resultados relatados por Söllner et al. (1999), provavelmente pelo facto de a amostra ter sido constituída apenas por pacientes em fase de *follow-up* da doença.

Maior stress intrafamiliar está associado a pior qualidade de vida, sendo que este resultado está de acordo com a literatura (Turagabeci et al., 2007). Tendo por base a ideia de

que baixo conflito familiar está associado a melhor capacidade para lidar com a doença (Weihs et al., 2005), verificou-se que maior stress intrafamiliar está associado a representações da doença mais ameaçadoras. A par disso, verificou-se que maior stress intrafamiliar está associado a menor perceção de apoio social. Efetivamente, o cancro tem efeitos ao nível psicossocial, já que se encontram associados fatores psicológicos e sociais (Ernstmann et al., 2009), tal como é evidenciado no presente estudo. No âmbito das patologias cutâneas, a qualidade de vida surge como uma importante variável a ter em consideração (Finlay & Khan, 1994), sendo que neste estudo a sua relação com as restantes variáveis psicológicas é de facto clarificada. Assim, e com base nos resultados encontrados e sustentados pela literatura, é possível compreender o papel relevante que a qualidade de vida, as representações da doença, o apoio social e o stress intrafamiliar assumem no contexto dos tumores de pele.

### **LIMITAÇÕES**

O facto de terem sido utilizadas apenas medidas de auto-relato é uma das limitações deste estudo. Seria, igualmente, interessante incluir um maior número de participantes, alargando a recolha de dados a outros hospitais do país. O facto de as subescalas do IPQ-B não terem sido utilizadas, porque alfas de Chronbach não foram aceitáveis, é também uma limitação do presente estudo.

Sugere-se que futuras investigações averiguem se o apoio social e o stress intrafamiliar funcionam como variáveis moderadoras entre as representações da doença e a qualidade de vida.

### **CONCLUSÃO**

Ao nível da intervenção, considera-se importante promover a qualidade de vida dos pacientes com tumores de pele, em fase de *follow-up*. Assim, e baseada nos resultados deste estudo, a intervenção deverá incidir ao nível das representações da doença, mais especificamente na perceção das consequências, duração, sintomas, preocupação e emoções, como forma de melhorar a qualidade de vida dos doentes. A par disso, este estudo aponta para a importância de aumentar o apoio social, diminuir o stress intrafamiliar e, desta forma, aumentar a qualidade de vida. A intervenção psicológica torna-se particularmente importante nos pacientes com melanoma, visto terem sido aqueles que apresentaram pior qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Afonso, M. J., Miranda, M. J., & PAAB. (2004). Índice de Qualidade de Vida – Dermatologia (IQV-D). Primeira Versão Experimental Portuguesa. Universidade de Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa (CIPUL).
- Amar, A., Rapoport, A., Franzi, S. A., Bisordi, C., & Lehn, C. N. (2002). Quality of life and prognosis of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, 68(3), 400-403. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v68n3/10397.pdf>
- Barbato, M. T. (2008). *Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (Tese de Mestrado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14042>
- Barbato, M. T., Bakos, L., Bakos, R. M., Prieb, R., & Andrade, C. D. (2011). Predictors of quality of life in patients with skin melanoma at the Dermatology Department of the Porto Alegre Teaching Hospital. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(2), 249-256. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21603807>
- Ben-David, A., & Gilbar, O. (1997). Family, migration and psychosocial adjustment to illness. *Social Work in Health Care*, 26(2), 53-67. doi:10.1300/J010v26n02\_04
- Boyle, P., Doré, J. F., Autier, P., & Ringborg, U. (2004). Cancer of the skin: a forgotten problem in Europe. *Annals of Oncology*, 15(1), 5–6. doi:10.1093/annonc/mdh032
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Chen, T., Bertenthal, D., Sahay, A., Sen, S., & Chren, M-M. (2007). Predictors of skin-related quality of life after treatment of cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Archives of Dermatology*, 143(11), 1386-1392. doi:10.1001/archderm.143.11.1386
- Chren, M-M., Sahay, A. P., Bertenthal, D. S., Sen, S., & Landefeld, C. S. (2007). Quality-of-life outcomes of treatments for cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Journal of Investigative Dermatology*, 127, 1351-1357. doi:10.1038/sj.jid.5700740

- Demierre, M-F., Tien, A., & Miller, D. (2005). Health-related quality-of-life assessment in patients with cutaneous t-cell lymphoma. *Archives of Dermatology*, *141*(3), 325-330. doi:10.1001/archpedi.161.4.356
- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T., & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-oncology*, *12*(5), 453-462. doi:10.1002/pon.656
- Dóro, M. P., Pasquin, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M. A., & Moura, G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *24*(2), 120-134. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000200013>
- Drabe, N., Wittmann, L., Zwahlen, D., Büchi, S., & Jenewein, J. (2012). Changes in close relationships between cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.3144
- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., Hallek, M., & Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Supportive Care Cancer*, *17*(11), 1417–1423. doi:10.1007/s00520-009-0605-7
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, *20*, 525-533. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/9640>
- Figueiras, M., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J., & Weinman, J. (2009). Patients' illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology and Health*, 1-11. doi:10.1080/08870440802578961
- Finlay, A. Y., & Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) – A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, *19*(3), 210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x
- Garssen, B., & Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, *85*(1), 51-61. Retirado de <http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/on-the-role-of-immunological-factors-as-mediators-between-psychosocial-h0Ni8Dd71j>

- Gotay, C. C., Haynes, S. N., & Pagano, I. S. (2002). Assessment of quality of life in a multicultural cancer patient population. *Psychological Assessment, 14*(4), 439- 448. doi:10.1037/1040-3590.14.4.439
- Hay, J., Shuk, E., Zapolska, J., Ostroff, J., Lischewski, J., Brady, M. S., & Berwick, M. (2009). Family communication patterns after melanoma diagnosis. *Journal of Family Communication, 9*(4), 209-232. doi:10.1080/15267430903182678
- Hay, J., Shuk, E., Brady, M. S., Berwick, M., Ostroff, J., & Halpern, A. (2008). Family communications after melanoma diagnosis. *Archives of Dermatology, 144*(4), 553-554. doi:10.1001/archderm.144.4.553
- Hudson, W. (1993). Index of Family Relations. *The Walmyr Assessment Scales Scoring Manual*. Tempe: Walmyr Publishing Company.
- Jayaprakasam, A., Darvay, A., Osborne, G., & McGibbon, D. (2002). Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous disease. *Clinical and Experimental Dermatology, 27*(4), 306-308. doi:10.1046/j.1365-2230.2002.01025.x
- Kasparian, N. A., McLoone J. K., & Butow, P. N. (2009). Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. *Archives of Dermatology, 145*(12), 1415-1427. doi:10.1001/archdermatol.2009.308
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health, 19*(2), 139-155. doi:10.1080/08870440310001652687
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients?. *Psycho-Oncology, 12*(5), 491-499. doi:10.1002/pon.671
- Lehto, U-S., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2007). Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(1), 9-15. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.01.001

- Lehto, U-S., Ojanen, M., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, *16*, 805-816. doi:10.1093/annonc/mdi146
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabil Couns Bull*, *44*(3), 151-160. doi:10.1177/003435520104400305
- Llewellyn, C. D., McGurk, M., & Weinman, J. (2007). The relationship between the Patient Generated Index (PGI) and measures of HR-QoL following diagnosis with head and neck cancer: Are illness and treatment perceptions determinants of judgment-based outcomes?. *British Journal of Health Psychology*, *12*(3), 421-437. doi:10.1348/135910706X118422
- Pereira, M. G. & Brito, L. (2011). Questionário Socio-Demográfico para Doentes com Tumores de Pele. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Pereira, M. G., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*, *11*(1), 41-53. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a04.pdf>
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(2), 163-167. doi:10.1097/YCO.0b013e328014a871
- Ptacek, J. T., Pierce, G. R., & Ptacek, J. (2007). Coping, distress, and marital adjustment in couples with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *25*(2), 37-58. doi:10.1300/J077v25n02\_03
- Rhee, J. S., Matthews, B. A., Neuburg, M., Logan, B. R., Burzynski, M., & Nattinger, A. B. (2007). The Skin Cancer Index: Clinical responsiveness and predictors of quality of life. *Laryngoscope*, *117*(3), 399-405. doi:10.1097/MLG.0b013e31802e2d88
- Rhee, J. S., Loberiza, F. R., Matthews, B. A., Neuburg, M., Smith, T. L., & Burzynski, M. (2003). Quality of life assessment in nonmelanoma cervicofacial skin cancer. *Laryngoscope*, *113*(2), 215-220. doi:10.1097/00005537-200302000-00004

- Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, 18(40), 371-384. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>
- Santos, C. S. V. B., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Scharloo, M., Jong, R. J. B, Langeveld, T. P. M, Velzen-Verkaik, E., Akker, M. M. D., & Kaptein, A. A. (2010). Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Support Care Cancer*, 18(9), 1137-1145. doi:10.1007/s00520-009-0728-x
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714. Retirado de <http://xa.yimg.com/kq/groups/17751174/2066372102/name/MOS%2Bsocial%2Bsupport%2Bsurvey.pdf>
- Söllner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40(3), 239-250. doi:10.1016/S0033-3182(99)71241-7
- Sungur, G., Tasci, S., Goris, S., Kartin, P., & Ceyhan, O. (2012). *The illness perception in cancer patients*. Poster session presented at the meeting of European Journal of Oncology Nursing.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J., & Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47. doi:10.1053/jpon.2003.5
- Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M., & Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(61). doi:10.1186/1477-7525-5-61

- Weihls, K., & Politi, M. (2005). Family development in the face of cancer. In D. R. Crane & E. S. Marshall (Eds.), *Handbook of Families & Health: Interdisciplinary Perspectives* (pp. 3-18). doi:10.4135/9781452231631
- World Health Organization. (2006). *Pathology and Genetics of Skin Tumours*. Retirado de <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb6/BB6.pdf>
- World Health Organization. (2010). *Sunbeds, tanning and UV exposure*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs287/en/>
- Zivković, M. V., Buljan, M., Blajić, I., & Situm, M. (2008). Psychological status and illness perceptions in patients with melanoma. *Collegium Antropologicum*, 32(2), 75-78. Retirado de [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=54741](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=54741)