



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Adaptação à Doença Oncológica e Qualidade de Vida

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Cristina Barbosa Mendes

Porto, Julho de 2015



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Adaptação à Doença Oncológica e Qualidade de Vida

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Cristina Barbosa Mendes

Trabalho efetuado sob a orientação de

Elisa Veiga

Porto, Julho de 2015

Agradecimentos,

-Á professora Doutora Elisa Veiga pela orientação, recetividade e disponibilidade ao longo da realização deste trabalho.

- Á Liga Portuguesa Contra o Cancro que me acolheu e autorizou o estudo, tornando assim esta dissertação possível.

-Em especial aos meus queridos pais por todo o amor, apoio, confiança, ajuda, incentivo nos momentos mais difíceis e pela oportunidade que me facultaram em realizar mais um dos meus sonhos.

-Á Samanta pela amizade, pelo apoio e pela confiança. Assim se terminam os cinco anos.

Resumo

O diagnóstico de doença oncológica desencadeia um impacto na adaptação à doença oncológica e na qualidade de vida do doente oncológico. O presente estudo visa explorar a associação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos e fatores subjacentes para a sua compreensão, tais como sociodemográficos e clínicos.

A amostra do estudo é constituída por 34 participantes, com diagnóstico de doença oncológica das Unidades da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, a escala de adaptação à doença oncológica (Mini-Mac) e a escala de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

Com base nos resultados obtidos conclui-se que, quanto maior a adaptação à doença oncológica maior é a qualidade de vida do doente oncológico. Por outro lado os doentes oncológicos estão adaptados à doença oncológica e têm qualidade de vida, independentemente, da faixa etária, do género, da fase em que encontram e do tipo de diagnóstico. Quanto ao tipo de tratamento, indivíduos submetidos à cirurgia evidenciam dificuldades na adaptação à doença oncológica, enquanto que, os indivíduos submetidos à hormonoterapia evidenciam uma melhor qualidade de vida, comparando com os que não foram submetidos a esta modalidade de tratamento.

Palavras-chave: Doença oncológica, adaptação à doença, qualidade de vida

Abstract

The diagnosis of an oncologic disease implies an adaptation process which can affect the patient's quality of life. This study aims to explore the association between the adjustment to cancer and the quality of life of oncologic patients, and the role of underlying factors such as sociodemographic and clinical variables.

The study sample consists of 34 participants diagnosed with cancer who attend units of the Portuguese League Against Cancer. The instruments used were a sociodemographic questionnaire, Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-Mac), and the World Health Organization Scale for Quality of Life – Bref (WHOQOL-bref).

The results achieved allow us to conclude that the oncologic patient's quality of life is proportional to his/her degree of adaptation to the illness. This adaptation is not related to the patient's age group, the illness' progression stage and the type of diagnosis attributed. As it relates to types of treatment, individuals who submit to surgical interventions face greater difficulties while adapting to the illness, while individuals who experience hormone therapy show greater quality of life, when compared to those who didn't submit to this therapeutic process.

Key words: oncologic disease, adjustment to disease, quality of life

Enquadramento teórico

As doenças crónicas caracterizam-se por perdurarem no tempo, causarem incapacidade residual e alteração patológica não reversível (Moss-Morris, 2013). São várias as incapacidades desencadeadas pelas doenças crónicas na vida de um indivíduo, tais como: limitações funcionais; interferência na capacidade em executar atividades diárias e os papéis que desempenha tanto na vida familiar como na social; presença de um prognóstico incerto; curso prolongado de tratamento e de intervenções médicas. Existe um vasto leque de doenças que se inserem na categoria das doenças crónicas, como por exemplo, esclerose múltipla, lesão na medula espinal, lesão cerebral traumática e, a doença oncológica (Livneh & Antonak, 2005).

A adaptação à doença oncológica é uma reação que se caracteriza pela capacidade de reorganização, reintegração ou reorientação do indivíduo, envolvendo várias componentes, nomeadamente: a) reconciliação cognitiva inicial com o estado de saúde, o seu impacto e a sua natureza crónica; b) aceitação afetiva ou internalização de si mesmo como sendo uma pessoa com uma doença crónica, incluindo novos valores de vida e procura de novos significados; c) procura de objetivos pessoais, sociais e/ou profissionais, incluindo a negociação bem-sucedida dos obstáculos encontrados durante a obtenção destes objetivos (Roy & Andrews, 1999; Livneh & Antonak, 2005).

A adaptação psicológica de um indivíduo à doença oncológica ocorre de acordo com três fatores básicos: o primeiro fator é a própria doença, mais especificamente, a sua localização no organismo, o tipo, o estágio da doença, o tratamento disponível e a relação do indivíduo com a equipa de saúde de oncologia. O segundo fator é a pessoa em si mesma, isto é, as características da personalidade, as estratégias de *coping*, o nível emocional, a maturidade e o ambiente social (e.g., família, amigos e comunidade). Por fim, o terceiro fator consiste na sociedade e nas características culturais (Bloom, 1982; Funch & Marshall, 1984; Holland, 2003). Na adaptação psicológica à doença oncológica verifica-se a existência de diferenças individuais estando a adaptação do indivíduo dependente de fatores cognitivos, comportamentais e sociais (Grilo & Pedro, 2005). Os fatores cognitivos influenciam a maneira como a experiência da doença oncológica é avaliada (e.g., avaliações otimistas racionais), podendo melhorar a adaptação e a qualidade de vida do indivíduo, durante o momento do diagnóstico e do tratamento (Carver et al., 2005; Brothers & Andersen, 2009). Relativamente aos fatores comportamentais (e.g., técnicas de relaxamento durante a fase de tratamento da doença oncológica), evidenciam uma diminuição no sofrimento e contribuem para uma melhor adaptação do indivíduo após o tratamento da doença (Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001; Andersen, Shelby, & Golden-Kruezt, 2007). Salienta-se que o exercício físico e uma boa

alimentação são fatores comportamentais que influenciam, positivamente, a adaptação à doença oncológica (Andersen, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1994; McGregor & Antoni, 2009). Do ponto de vista social, a rede de suporte social é outro fator que contribui para a adaptação à doença oncológica (Talley, Molix, Schlegel, & Bettencourt, 2010). O apoio que os indivíduos recebem, na maior parte das vezes, proveniente do conjugue ou dos membros da família, revelou ser um aspeto fulcral que contribui para a gestão da angústia e do *distress* dos doentes oncológicos. A presença destes fatores contribui para que os indivíduos tenham uma adaptação psicológica mais favorável (Antoni, 2013).

Segundo Lewis (1989), e Barkweel (1991), a maioria dos indivíduos que se deparam com uma doença oncológica constroem um significado sobre o “ter cancro”. Este significado desencadeia um impacto na adaptação à doença. Num estudo realizado por Fife (1995), com doentes oncológicos demonstrou que o significado (i.e., a perceção do impacto da doença) e o estabelecimento de metas para o futuro, foram considerados como fatores que contribuíram para a adaptação à doença oncológica.

Segundo Heim, Valach, e Schaffner (1997), existe uma relação entre as estratégias de *coping* usadas pelo indivíduo e a adaptação à doença oncológica. O *coping* é definido como sendo um mecanismo que permite o controlo das emoções quando a ameaça ou perigo iminente é inalterável (Varela & Leal, 2007). Assim, a sua função é diminuir o desconforto emocional e o sofrimento decorrente da ameaça, permitindo ao indivíduo recorrer à fuga, distanciamento do problema, atenção seletiva e desvalorização dos acontecimentos negativos. Desta forma, este mecanismo permite a negação dos factos iminentes à ameaça, neste caso à doença oncológica, e das implicações da mesma. Existem dois tipos de *coping*, o *coping* passivo – que abarca o fatalismo, ansiedade e desespero- e o *coping* ativo – que abarca o espírito de luta e evitamento cognitivo (Patrão & Leal, 2004). As investigações evidenciam que o desamparo/desespero e evitamento constituem estilos de *coping* passivos diretamente relacionados com uma resposta menos adaptada e pior prognóstico face à doença oncológica (Watson, Haviland, Greender, Davidson & Bliss, 1999; Hamptom & Frombach, 2000). Por sua vez, as estratégias que tem implícitas a aceitação da doença oncológica seguidas de estratégias que respondem às adversidades e consequências que advém da doença de forma realista, são mais eficazes face a uma resposta mais adaptada à doença (Rowland, 1989).

Existem diferenças de género no que toca à adaptação à doença oncológica. Os homens e as mulheres revelam comportamentos distintos quando se deparam com um diagnóstico de doença oncológica, quer em termos de cuidados com a saúde física, quer em termos de adaptação psicológica à doença (Xavier, Ataíde, Pereira, & Nascimento, 2010). Segundo

Akechi, Kugaya, e Akamura (1998), Lawson, Chumacher, Hughes, e Arnold (2010), as mulheres revelam maior dificuldade em se adaptarem à doença oncológica do que os homens, sendo que no segundo estágio do ciclo psico-oncológico (i.e., fase em que iniciam os tratamentos) as mulheres manifestam mais somatizações do que os homens. Dentro do género feminino também se verifica diferenças na adaptação à doença oncológica. As mulheres mais jovens evidenciam menor adaptação à doença oncológica do que as mulheres mais velhas (Mor, Allen, & Malin, 1994; Ganz, Greendale, & Petersen, 2003), podendo ser justificado pelo facto de estas se confrontarem com desafios acrescidos na sua vida (e.g., perda do emprego, perda da rede de suporte social e perda da fertilidade) (Mor, Malin, & Allen, 1994). Este facto foi também verificado em relação ao género masculino, tendo os homens mais novos evidenciado menor adaptação à doença oncológica do que os homens mais velhos (Mor, Allen, & Malin, 1994).

De acordo com Levy e seus colaboradores (1992); Dorval, Maunsell, Deschenes, e Brisson (1998); Cohen, Hack, Moor, Katz, e Goss, (2000); e Gorisek, Krajnc, e Krajnc (2009), os doentes oncológicos mais jovens apresentam menor adaptação à doença oncológica comparativamente com os doentes oncológicos que têm idade superior (igual ou superior a 60 anos). Este facto deve-se ao facto de os indivíduos mais jovens evidenciarem uma melhor condição física, uma vida sexual mais ativa e exercem a sua função laboral, ao passo que, os indivíduos com idades iguais ou superiores a 60 anos evidenciam uma qualidade de vida mais baixa, afetada por problemas derivados do envelhecimento e de doenças degenerativas.

A incerteza sobre o diagnóstico e prognóstico, o avanço da doença, o seu carácter inesperado e os tratamentos associados, conduzem à presença de perturbação emocional, sem descurar as limitações físicas e funcionais que levam a uma mudança no funcionamento e na rotina diária. Estes fatores interferem na capacidade do indivíduo trabalhar e desempenhar os seus papéis familiares e sociais, contribuindo para que a adaptação do indivíduo à doença oncológica seja pobre, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (Doka, 1993 cit in Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010; Steginga, Lynch, Hawkes, Dunn, & Aitken, 2009). No processo de adaptação à doença oncológica, a forma como os indivíduos lidam com os desafios particulares de cada fase da doença, poderá ser um importante fator de risco ou de proteção para a qualidade de vida (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011).

A qualidade de vida (QDV) é definida como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994). No que concerne ao conceito qualidade de vida relacionado com a saúde (QDVRS) este refere-se a uma qualidade

de vida que está dependente da doença, nomeadamente as representações da doença (e.g., crenças sobre as causas e as consequências da doença, os preconceitos, os juízos que fazem sobre a doença, a autoapreciação que o indivíduo faz do eu doente, as emoções desencadeadas, os sintomas existentes ou supostos e por fim, os tratamentos) (Carvalho et al., 2008). Estes dois conceitos são distintos, uma vez que a QDV é um conceito genérico que se aplica a todas as pessoas saudáveis ou não saudáveis. No que toca à QDVRS, este é um conceito específico associado à doença que só pode ser aplicado a pessoas doentes, ou com doença (Paredes et al., 2008). Segundo Cella e Tulsky (1990), no contexto da doença oncológica a qualidade de vida é definida como a perceção do indivíduo relativamente à sua incapacidade e à satisfação com o seu atual nível de funcionamento, contribuindo para que a pessoa se autocaracterize como estando bem ou não, comparando com o que percebe como sendo possível ou ideal.

Os indivíduos com doença oncológica relatam que a doença tem impacto na sua qualidade de vida sendo que, este impacto pode ser verificado ao nível dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida tanto do doente oncológico como dos seus familiares (Paredes et al., 2008). Os tratamentos associados à doença oncológica desencadeiam uma alteração em todos os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e aspetos espirituais/religião e crenças pessoais) do doente (Calman, 1984). O desenvolvimento de novas modalidades de tratamento (e.g., quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, entre outras) contribuíram para um aumento da taxa de sobrevivência dos doentes oncológicos, no entanto os efeitos secundários são mais nocivos, provocando um grande impacto na qualidade de vida do doente oncológico (Odgen, 1999).

Existem diferenças de género no que concerne ao impacto das modalidades de tratamento na qualidade de vida dos doentes oncológicos. Thomé e Hallberd (2004), concluíram que as mulheres (n=74) evidenciam uma qualidade de vida mais baixa do que os homens (n=76), podendo ser justificado pelo facto de, no momento de serem submetidas aos tratamentos, as mulheres apresentam mais queixas acerca dos efeitos secundários dos tratamentos e sentem-se mais fragilizadas, enquanto que os homens não verbalizam nervosismo ou inquietude (Xavier et al., 2010). Dentro do género feminino, a realização de tratamentos como quimioterapia com a utilização do tamoxifeno influencia, negativamente, a função sexual das mulheres mais jovens, contribuindo assim para uma diminuição da adaptação à doença oncológica (Compas, Stoll, & Thomsen, 1990; Kroenke, Rosner, Chen, Karachi, Colditz, & Holmes, 2004). Assim, as mulheres mais jovens têm qualidade de vida mais baixa comparando com as mulheres mais velhas (Kroenke et al., 2004). Dentro do género masculino também se

verificaram diferenças. No tratamento do cancro retal, os homens mais novos evidenciam maior dificuldade em se adaptar à doença repercutindo-se numa diminuição da qualidade de vida, do que os homens mais velhos (Schimdt et al., 2005).

Apesar de existirem diferenças entre géneros no que concerne à adaptação e ao impacto dos tratamentos na qualidade de vida dos indivíduos, o momento do diagnóstico bem como o início dos tratamentos foram caracterizados, tanto pelos homens como pelas mulheres, os piores momentos uma vez que, provocam um grande impacto nas suas vidas (e.g., geram medo, angústia e ansiedade) (Im, Chee, Guevara, Lim, Liu, & Shin, 2008).

Num estudo realizado por Carlson, Speca, Hagen, e Taenzer (2001), com doentes oncológicos conclui-se que o cancro e as modalidades de tratamento associadas, têm um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Outro estudo realizado por Silva, e seus colaboradores (2001), com uma amostra de 363 mulheres, onde 55 mulheres foram recentemente diagnosticadas com cancro da mama; 63 estavam a realizar quimioterapia; 85 encontravam-se na fase de sobrevivência; 160 não tinham diagnóstico de doença oncológica, os resultados obtidos concluíram que, durante a fase de tratamento o cancro da mama interfere e compromete, significativamente, a qualidade de vida da mulher, em especial nos seguintes níveis: físico, sexual, autoestima e a perceção da saúde em geral. Num estudo realizado por Ribeiro e Santos (2000), foi avaliada a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama que se encontravam em estágios de desenvolvimento da doença idênticos, tendo umas sido submetidas à mastectomia e outras à tumorectomia, concluíram que as mulheres que foram submetidas à tumorectomia tinham uma qualidade de vida superior comparando com as que tinham sido submetidas à mastectomia, tendo em conta que esta modalidade de tratamento é mais mutilante do que a tumorectomia.

Em Portugal a doença oncológica é uma das principais causas de morte, diagnosticando-se anualmente entre os 40 a 45 mil novos casos. Tal como acontece nos restantes países da União Europeia, em Portugal o risco de uma pessoa desenvolver cancro durante a vida é de 50% e, ser uma causa de morte é de 25%. Em Portugal a probabilidade de morrer por cancro continua a aumentar mais de 6% por ano, contribuindo para que o nosso país se encontre na pior situação no que toca à doença oncológica (Pimentel, 2006; Santos & Figueiredo, 2013).

Atendendo a este panorama, o presente estudo demonstra ser bastante pertinente uma vez que, em Portugal a investigação sobre a adaptação à doença oncológica e a sua relação com a qualidade de vida continua, ainda, a ser insuficiente considerando assim, importante a realização de estudos que se foquem nestas duas variáveis (Silva et al., 2011). Outro motivo pelo qual este estudo se revela pertinente deve-se ao facto de que, ao longo da revisão

bibliográfica se ter constatado a inexistência de estudos sobre a adaptação à doença oncológica e a sua relação com a qualidade de vida tendo em consideração o ponto de vista do género masculino, uma vez que a grande maioria dos estudos se focam no género feminino. Por último, este estudo é um contributo para o contexto clínico uma vez que, permite obter um conhecimento sobre a associação da adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida em função da faixa etária, género, em que fase da doença se encontra, o tipo de diagnóstico e o tipo de tratamento que está a realizar.

Neste estudo será dado enfoque à exploração da associação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos e fatores subjacentes para a sua compreensão, tais como sociodemográficos e clínicos.

Parte II – Metodologia

2.1. Objetivos e desenho do estudo

Este estudo apresenta como objetivos específicos os seguintes: 1) explorar as diferenças entre a adaptação à doença oncológica de acordo com o género, faixa etária, tipo de diagnóstico, fase em que se encontra (e.g., diagnóstico, início dos tratamentos) e o tipo de tratamento; 2) explorar as diferenças entre a qualidade de vida dos doentes oncológicos de acordo com a faixa etária, o género, o tipo de diagnóstico, fase em que se encontra (diagnóstico, início dos tratamentos) e o tipo de tratamento; 3) explorar a associação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Perante os objetivos formulados, o estudo apresenta um carácter hipotético-dedutivo isto é, perante o corpo de conhecimentos teóricos prévios, devidamente organizado e consistente, o estudo procura comprovar deduções hipotéticas (Almeida & Freire, 2008). A par disto, evidencia um carácter exploratório uma vez que visa estudar uma temática pouco aprofundada pela comunidade científica. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional uma vez que, procura explorar a existência de relações entre as variáveis e a descoberta de fatores ligados a um fenómeno (Fortin, 1999).

Para compreender a associação entre as variáveis e as diferenças entre as mesmas, foram formuladas as seguintes questões de investigação.

Questão de investigação 1: Que fatores estão associados à adaptação à doença oncológica?

Questão de investigação 2: Que fatores estão associados à qualidade de vida dos doentes oncológicos?

Questão de investigação 3: Qual a relação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos?

2.2. Amostra

O processo de amostragem focou-se numa amostragem não probabilística (Fortin, 1999; Pais-Ribeiro, 1999). Dentro deste processo de amostragem optou-se pela amostra de conveniência isto é, todos os indivíduos que são elegíveis para participar no estudo, deverão ser incluídos conforme vão aparecendo (Jama, 1996 cit in Pais-Ribeiro, 1999). Desta forma, a amostra é constituída por doentes oncológicos que recebem apoio psicológico nas Unidades da Liga Portuguesa Contra o Cancro e por doentes que, voluntariamente, aceitaram participar no estudo, cumprindo os seguintes critérios de inclusão: indivíduos de ambos os géneros, entre os 30 e os 70 anos, ter diagnóstico de doença oncológica, que se encontrem no segundo estágio do ciclo psico-oncológico (i.e., estágio onde se inicia o tratamento até ao término da sua realização) e que saibam ler e compreender a língua portuguesa. A presença destes critérios de inclusão permitem ao investigador discernir quem pode ou não incluir na amostra. Em contrapartida, os critérios de exclusão referem-se à presença de dificuldades a nível físico e psicológico que impedem o preenchimento dos instrumentos.

Como se pode verificar na tabela 1, a amostra é constituída por 34 participantes, onde 18 indivíduos correspondem ao género feminino (52,9%) e 16 indivíduos correspondem ao género masculino (47,1%). As idades dos participantes encontram-se entre a faixa etária dos 33 anos e os 70 anos ($M= 51,53$; $DP= 10,686$).

No que concerne ao estado civil dos participantes, 5 são solteiros (14,7%); 27 são casados (79,4%); 1 é divorciado (2,9%); e 1 é viúvo (2,9%). Quanto às habilitações literárias dos participantes, 9 têm o primeiro ciclo (26,5%); 6 têm o segundo ciclo (17,6%); 3 têm o terceiro ciclo (8,8%); 8 têm o ensino secundário (23,5%); e 8 têm o ensino superior (23,5%).

Quanto ao diagnóstico de doença oncológica, 8 têm cancro no estômago, no intestino e no recto (23,5%); 11 dos participantes têm cancro da mama e do útero (32,4%); 3 têm cancro da pele (8,8%); 11 têm cancro da próstata e pulmão (32,4%) e por fim, apenas 1 participante tem linfoma não Hodgkin (2,9%).

Relativamente à fase em que os participantes se encontram, 1 encontra-se na fase de diagnóstico (2,9%), 4 encontram-se no início dos tratamentos (11, 8%), 24 encontram-se em tratamento (70, 6%) e, 5 encontram-se na fase final dos tratamentos (14, 7%).

Por fim, no que diz respeito ao tipo tratamento que cada participante realiza, 14 participantes realizaram cirurgia (41,2%); 8 são submetidos à radioterapia (23,5%); 26 são

submetidos à quimioterapia (76,5%) e, finalmente, 2 participantes realizam hormonoterapia (5,9%).

Tabela 1

Caracterização da amostra

	Variáveis	N (34)	Percentagem (%)
Género	Masculino	16	47,1
	Feminino	18	52.9
Idades	30-39	5	14,7
	40-49	7	20.6
	50-59	14	41.2
	60-69	7	20.6
	70-79	1	2.9
Estado civil	Solteiro	5	14.7
	Casados	27	79.4
	Divorciado	1	2.9
	Viúvo	1	2.9
Habilitações literárias	1º Ciclo	9	26.5
	2º Ciclo	6	17.6
	3º Ciclo	3	8.8
	Ensino secundário	8	23.5
	Ensino superior	8	23.5
Diagnóstico de doença oncológica	Cancro no estômago, ou no intestino ou no reto	8	23.5
	Cancro da mama e do útero	11	32.4
	Cancro da pele	3	8.8

(continua)

Tabela 1

Caracterização da amostra (continuação)

	Variáveis	N (34)	Percentagem (%)
	Cancro da próstata ou no pulmão	11	32.4
	Linfoma não Hodgkin	1	2.9
Fase em que se encontra o doente oncológico	Diagnóstico	1	2.9
	Início dos tratamentos	4	11.8
	Tratamentos	24	70.6
	Final dos tratamentos	5	14.7
Tipo de tratamento	Cirurgia	14	41.2
	Radioterapia	8	23.5
	Quimioterapia	26	76.5
	Hormonoterapia	2	5.9

2.3. Instrumentos

Para responder às questões de investigação propostas, recorreu-se aos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico; a escala de ajustamento mental ao cancro versão reduzida (Mini-Mac), e a escala de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

O **questionário sociodemográfico** tem como objetivo recolher informação que se considera importante para a compreensão da adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida do doente oncológico, tal como: a idade, o género, o estado civil, habilitações literárias, o diagnóstico de doença oncológica, a fase em que o doente oncológico se encontra (e.g., diagnóstico, início dos tratamentos, tratamentos e final dos tratamentos) e o tipo de tratamento que está a realizar.

Para avaliar a adaptação à doença oncológica através da forma como os doentes oncológicos fazem face à doença oncológica, foi utilizada a **escala de ajustamento mental ao cancro versão reduzida (Mini-Mac)** (*Mental Adjustment to Cancer Scale*) desenvolvida por Watson e seus colaboradores (1994), baseando-se na versão inicial *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC) desenvolvida por Watson e seus colaboradores (1988). Esta escala visa obter a perceção sobre o que os doentes oncológicos pensam e o que fazem para diminuir a

ameaça desencadeada pela doença. Esta, está adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003), e é constituída por 29 itens que se encontram distribuídos por quatro dimensões: desânimo e fraqueza (a doença é vista como uma perda e o doente oncológico vê o prognóstico como inevitável e negativo e entende ser impossível exercer qualquer controlo sobre a doença) com oito itens; preocupação ansiosa (o doente oncológico vê o diagnóstico como uma grande ameaça e evidência incerteza sobre o controlo que pode exercer sobre a doença) com oito itens; espírito de luta (o doente oncológico vê o diagnóstico como um desafio e está presente a crença de que existe algum controlo sobre o curso da doença) com quatro itens; evitamento cognitivo (o doente oncológico vê o diagnóstico como uma ameaça menor e vê o prognóstico de uma forma positiva, sendo que o controlo é irrelevante) com quatro itens.

Cada item é uma afirmação que descreve as reações dos doentes ao cancro, sendo que devem responder numa escala ordinal de quatro posições (“1 não se aplica de modo nenhum a mim” até 4 “aplica-se totalmente a mim”) (Pais-Ribeiro, 2006). As pontuações das escalas podem variar entre 4 e 40, sendo que o Mini-Mac não fornece um resultado total, isto é, não permite somar as pontuações numa pontuação total (Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003). No que toca à fidelidade (consistência interna), os autores do Mini-Mac consideram que os coeficientes de alfa calculados no estudo que deu origem a esta escala, são razoavelmente altos e que os valores de fidelidade para cada uma das quatro dimensões são aceitáveis (Watson, et al., 1994). Os valores encontrados num estudo português foram: desânimo-fraqueza (alfa de Cronbach = 0,87); preocupação ansiosa (alfa de Cronbach = 0,88); espírito de luta (alfa de Cronbach = 0,76); evitamento cognitivo (alfa de Cronbach = 0,74), exceto a dimensão do fatalismo que foi retirada (Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003).

Com base nos autores do instrumento, a dimensão “espírito de luta” traduz a adaptação e a forma como os indivíduos fazem face à doença oncológica, manifestando um leque de respostas adaptativas, evidenciadas através de uma visão mais positiva acerca do futuro e a perceção de algum controlo sobre a doença (Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003).

De forma a avaliar a perceção da qualidade de vida do doente oncológico foi utilizada a **escala de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde a versão breve (WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life – Bref)**, que avalia a qualidade de vida conforme o conceito definido pela Organização Mundial da Saúde, esta foi desenvolvida pela World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group, 1994), sendo validada para a população portuguesa por Canavarro e seus colaboradores (2007). Esta versão reduzida difere do WHOQOL-100 em que cada um dos 24 índices é avaliado a partir de quatro questões, enquanto que no WHOQOL-Bref cada índice é avaliado apenas por uma

questão (Fleck et al., 2000). Este instrumento permite obter uma avaliação subjetiva da percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sintomas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994), apresentando quatro domínios da qualidade de vida: físico (reporta os sintomas e os desconforto); psicológico (reporta o impacto da doença a nível emocional como por exemplo depressão e ansiedade); relações sociais (reporta as relações familiares e sociais, a cultura e os costumes) e, o meio ambiente (reporta o ambiente no lar e os recursos económicos). Permite ainda realizar um cálculo que indica o índice geral da qualidade de vida permitindo obter uma percepção geral da qualidade de vida dos indivíduos (Fleck et al., 2000; Canavarro et al., 2007).

A escala é constituída por 26 itens em que dois itens são questões gerais relativas à percepção da qualidade de vida e à percepção da saúde, e os restantes 24 itens correspondem a cada um dos 24 índices específicos que compõe o instrumento original. Para além do índice geral da qualidade de vida (que corresponde aos itens 1 e 2), encontra-se organizada em quatro domínios: domínio físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18); domínio psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19, 26); domínio das relações sociais (itens 20, 21, 22) e por fim domínio do meio ambiente (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). É uma escala de autopreenchimento do tipo Likert de cinco pontos: 1 representa “nada” e 5 “muito satisfeito”, sendo que os itens 3, 4, 26 se encontram invertidos. Os valores obtidos tanto no índice geral como nos diferentes domínios avaliados variam entre 0 e 100, sendo que o valor 100 significa a presença de uma percepção elevada de qualidade de vida. Quanto à pontuação, não existe uma pontuação total do instrumento, sendo que os resultados deverão ser analisados tendo em consideração as pontuações obtidas nos quatro domínios e a pontuação obtida no domínio do índice geral (Fleck et al., 2000; Canavarro et al., 2007). No que concerne à fidelidade os valores encontrados foram: domínio físico (alfa de Cronbach = 0,87); domínio psicológico (alfa de Cronbach= 0,75); domínio relações sociais (alfa de Cronbach = 0,47); domínio meio ambiente (alfa de Cronbach = 0,71) e domínio índice geral (alfa de Cronbach =0,90) (Fleck et al., 2000).

2.4. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados ocorreu nas Unidades da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Antes de se utilizar os instrumentos para a recolha de dados, foi pedido aos autores dos instrumentos a autorização para a administração dos mesmos (Anexo I).

Após a escolha da Instituição, entregou-se um pedido de autorização ao diretor clínico das Unidades de maneira, a que autorizasse a recolha (Anexo II).

Quando se obteve a autorização da Instituição, iniciou-se a recolha de dados. O contacto com os participantes procedeu-se da seguinte forma: à medida que os participantes se dirigiam às Unidades para terem consulta psicológica, foram abordados pela investigadora com o intuito de apelar à sua participação no estudo. Para além disto, foram consideradas participações voluntárias de outros doentes oncológicos.

Este estudo teve em consideração as questões éticas, procurando sempre salvaguardar os direitos de informação e a privacidade dos participantes. Assim, após o consentimento dos participantes para se integrarem na amostra do presente estudo, foi entregue, inicialmente, o consentimento informado (Anexo III) a explicar os objetivos do estudo, o procedimento e a possibilidade de desistir do estudo sem haver qualquer dano para o participante. Para além disto foi, ainda, explicado a atribuição de um código a cada participante de forma a garantir a sua confidencialidade.

Inicialmente explicava-se ao participante o estudo e o facto de a sua participação ser gratuita e voluntária e a confidencialidade dos dados pessoais seria garantida. Finalmente, foram entregues aos participantes os três questionários – questionários sócio-demográfico; mini-mac e o WHOQOL-Bref. A administração dos instrumentos foi realizada individualmente na presença da investigadora.

2.5. Procedimentos de tratamento de dados

O tratamento dos dados recorreu ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences – versão 21.0*), através do qual foi possível realizar análises descritivas e correlacionais. De maneira a caracterizar a amostra do presente estudo foram utilizados testes de estatística descritiva (Martins, 2011).

Antes de se analisar os dados, foi realizado um estudo de normalidade e de homogeneidade das variáveis em estudo através do teste *Kolmogorov-Smirnov / Shapiro Wilk* uma vez que, a análise exploratória dos dados revelou que os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos não estavam cumpridos. Seguidamente a esta análise inicial, atendendo ao desenho do estudo – descritivo-correlacional – na análise dos dados recorreu-se a testes de associação e de diferenças não paramétricos (Martins, 2011).

De seguida são apresentados os resultados obtidos através da análise dos dados.

Resultados

Quanto à primeira questão de investigação “*Que fatores estão associados à adaptação à doença oncológica?*” inicialmente procedeu-se à análise do panorama geral dos participantes

em relação às estratégias de *coping* empregues na doença oncológica. Atendendo ao que anteriormente foi mencionado, a dimensão “espírito de luta” traduz a adaptação e a forma como os doentes oncológicos fazem face à doença. A partir da análise descritiva das subescalas do Mini-Mac, atendendo ao facto de os valores mais altos corresponderem a um maior recurso às estratégias de *coping* que o doente oncológico utiliza para fazer face à situação, constata-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes se referem à preocupação ansiosa (M=21.35, DP=3.08) (pontuação mínima 8 e pontuação máxima 32) e espírito de luta (M=12.47, DP=1.60) (pontuação mínima 4 e pontuação máxima 16) (tabela 2).

Tabela 2- *Dimensões avaliadas pelo Mini-Mac*

	Média (DP)	Mínimo/Máximo
Desânimo Fraqueza	15.24 (4.09)	8-32
Preocupação Ansiosa	21.35 (3.08)	8-32
Espírito de Luta	12.47 (1.60)	4-16
Evitamento Cognitivo	11.47 (1.60)	4-16

Seguidamente analisou-se a adaptação à doença oncológica com base na faixa etária, no género, no tipo de diagnóstico, na fase em que o doente oncológico se encontra e por fim, no tipo de tratamento. Paralelamente a isto, procurou-se verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em função da faixa etária e dos géneros de maneira a obter uma compreensão mais alargada, acerca da variação da adaptação à doença oncológica em função da faixa etária e do género feminino e do género masculino.

Para verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre a adaptação à doença oncológica e as variáveis anteriormente mencionadas, recorreu-se aos testes *Mann-Whitney e Kruskal-Wallis*. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre a adaptação e a faixa etária, o género, fase em que o doente oncológico se encontra e o tipo de diagnóstico (tabela 3,6, 7, 9). Explorando a adaptação à doença oncológica em função da faixa etária no género feminino, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, da mesma forma, não foram verificadas diferenças ao nível da adaptação em função da faixa etária no género masculino (tabela 4 e 5).

No que diz respeito à relação entre a adaptação à doença oncológica e o tipo de tratamento e apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas em participantes que realizaram tratamento cirúrgico face àqueles que não realizaram (U=85,500; sig= .048), ou seja, os participantes que não realizaram tratamento cirúrgico apresentam uma melhor

adaptação à doença oncológica face aos que foram submetidos a esta modalidade de tratamento (tabela 8).

Tabela 3

Teste Mann-Withney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação à faixa etária

	30-59 (n=25) Ordem média	60-70 (n=7) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	16.64	16.00	84.000

Tabela 4

Teste Mann-Withney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação à faixa etária no género feminino

	30-59 (n=13) Ordem média	60-70 (n=5) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	10.04	8.10	25.500

Tabela 5

Teste Mann-Withney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação à faixa etária no género masculino

	30-59 (n=12) Ordem média	60-70 (n=4) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	8.58	8.25	23.000

Tabela 6

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação ao género

	Masculino (n=16) Ordem média	Feminino (n=18) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	15.86	19.34	114.500

Tabela 7

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação à fase que o doente oncológico se encontra

	Em fase de diagnóstico (n=1) Ordem média	Não está em fase de diagnóstico (n=33) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	33.50	17.02	.500

(continua)

Tabela 7

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação à fase que o doente oncológico se encontra (continuação)

	Em fase de início de tratamentos (n=4) Ordem média	Não está em fase de início de tratamento (n=30) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	12.25	18.20	39.000

	Em fase de tratamento (n=24) Ordem média	Não está em fase de tratamento (n=10) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	18.58	14.90	94.000

	Em fase final dos tratamentos (n=5) Ordem média	Não está em fase final dos tratamentos (n=29) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	18.22	13.30	51.500

Tabela 8

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica em relação ao tipo de tratamento

	Submetido a cirurgia (n=14) Ordem média	Não submetido a cirurgia (n=20) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	13.61	20.23	85.500*

	Submetido a radioterapia (n=8) Ordem média	Não submetido a radioterapia (n=26) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	19.88	16.77	85.000

	Submetido a quimioterapia (n=26) Ordem média	Não submetido a quimioterapia (n=8) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	17.27	18.25	98.000

	Submetido a hormonoterapia (n=2) Ordem média	Não submetido a quimioterapia (n=32) Ordem média	<i>U</i>
Espírito de luta	29.50	16.75	8.000

*p < .05

Tabela 9

Teste Kruskal-Wallis para verificar as diferenças ao nível da adaptação à doença oncológica e o tipo de diagnóstico

	Estômago, Intestino, Recto (n=8)	Mama, útero (n=11)	Pele (n=3)	Próstata, pulmão (n=11)	Linfoma não Hodgkin (n=1)	
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média	X²(4)
Espírito de Luta	17.50	18.50	20.33	16.14	13.00	.823

Quanto à segunda questão de investigação “*Que fatores estão associados à qualidade de vida dos doentes oncológicos?*” inicialmente foi analisada a qualidade de vida dos participantes.

A partir da análise descritiva dos domínios da qualidade de vida (índice geral M= 64.34; DP= 17.44; domínio físico M= 50.53; DP= 9.75; domínio psicológico M=62.87; DP=12,49; domínio relações sociais M=61.52; DP=17,28; e o domínio meio ambiente M=65.81; DP=12.26) é possível concluir que, de uma forma geral os participantes do presente estudo evidenciam uma perceção baixa qualidade de vida, considerando que a pontuação varia entre 0 e 100.

Seguidamente analisou-se relação entre a qualidade de vida dos participantes e a faixa etária, o género, o tipo de diagnóstico, a fase em que o doente oncológico se encontra e por fim, o tipo de tratamento. Para além disto, procurou-se verificar diferenças ao nível da qualidade de vida em função da faixa etária e dos géneros de maneira a obter uma compreensão mais pormenorizada acerca da variação da qualidade de vida dos participantes em função da faixa etária e do género feminino e do género masculino.

De forma a verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida dos participantes e as variáveis acima mencionadas, recorreu-se aos testes *Mann-Whitney e Kruskal-Wallis*. Com base nos resultados obtidos, pode-se constatar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida e da faixa etária, do género, a fase em que se encontra o doente oncológico e o tipo de diagnóstico (tabela 10, 11, 14, 16). Não foram verificadas diferenças ao nível da qualidade de vida e das suas dimensões em função da faixa etária no género feminino, da mesma forma, não foram

verificadas diferenças ao nível da qualidade de vida e das suas dimensões em função da faixa etária no género masculino (tabela 12 e 13). Salienta-se apenas que no tipo de tratamento, mais concretamente no tratamento através da hormonoterapia se verificaram diferenças estatisticamente significativas no domínio psicológico ($U=3.000$; $sig=.030$) e no domínio meio ambiente ($U=5.000$; $sig=.047$) entre os indivíduos realizam e os que não realizam este tipo de tratamento. Com base no resultado obtido constata-se que os indivíduos que se encontram a realizar hormonoterapia, apresentam uma melhor qualidade de vida ao nível do domínio psicológico e meio-ambiente, comparando com os indivíduos que não foram submetidos a esta modalidade de tratamento evidenciam uma pior qualidade de vida (tabela 15).

Tabela 10

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre qualidade de vida do doente oncológico e a faixa etária

	30-59 (n=25) Ordem média	60-70 (n=7) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	15.32	20.71	58.000
Domínio Físico	17.30	13.64	67.500
Domínio Psicológico	14.72	22.86	43.000
Domínio relações sociais	16.18	17.64	79.500
Domínio meio ambiente	16.20	17.57	80.000

Tabela 11

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre a qualidade de vida do doente oncológico o género

	Masculino (n=16) Ordem média	Feminino (n=18) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	17.44	17.56	143.000
Domínio Físico	20.00	15.28	104.000
Domínio Psicológico	18.09	16.97	134.500
Domínio relações sociais	16.84	18.08	133.500
Domínio meio ambiente	17.69	17.33	141.000

Tabela 12

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre a qualidade de vida e a faixa etária no género feminino

	30-59 (n=13) Ordem média	60-70 (n=5) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	9.42	9.70	31.500
Domínio Físico	9.04	10.70	26.500
Domínio Psicológico	8.77	11.40	23.000
Domínio relações sociais	9.23	10.20	29.000
Domínio meio ambiente	9.65	9.10	30.500

Tabela 13

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre a qualidade de vida e a faixa etária no género masculino

	30-59 (n=12) Ordem média	60-70 (n=4) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	8.13	9.63	19.500
Domínio Físico	9.67	5.00	10.000
Domínio Psicológico	7.75	10.75	15.000
Domínio relações sociais	8.79	7.63	20.500
Domínio meio ambiente	9.00	7.00	18.000

Tabela 14

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre a qualidade de vida do doente oncológico a fase em que o doente oncológico se encontra

	Fase de diagnóstico (n=1) Ordem média	Não está em fase de diagnóstico (n=33) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	34.00	17.00	.000
Domínio Físico	33.00	17.03	1.000
Domínio Psicológico	33.00	17.03	1.000
Domínio relações sociais	26.50	17.23	7.500
Domínio meio ambiente	32.00	17.06	2.000

(continua)

Tabela 14

Teste Mann-Whitney para verificar diferenças entre a qualidade de vida do doente oncológico a fase em que o doente oncológico se encontra (continuação)

	Início dos tratamentos (n=4)	Não está no início dos tratamentos (n=30)	
	Ordem média	Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	16.25	17.67	55.000
Domínio Físico	18.63	17.35	55.500
Domínio Psicológico	18.00	17.43	58.000
Domínio relações sociais	17.95	14.13	46.500
Domínio meio ambiente	15.50	17.77	52.000
	Tratamentos (n=24)	Não está na fase dos tratamentos (n=10)	
	Ordem média	Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	17.29	18.00	115.000
Domínio Físico	16.79	19.20	103.000
Domínio Psicológico	17.23	18.15	113.500
Domínio relações sociais	17.25	17.60	117.500
Domínio meio ambiente	17.45	17.52	119.500
	Final dos tratamentos (n=5)	Não está na fase final dos tratamentos (n=29)	
	Ordem média	Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	16.20	17.72	66.000
Domínio Físico	16.90	17.60	69.500
Domínio Psicológico	15.30	17.88	61.500
Domínio relações sociais	17.90	17.43	70.500
Domínio meio ambiente	16.10	17.74	65.500

Tabela 15

Diferenças entre a qualidade de vida do doente oncológico o tipo de tratamento

	Submetido à cirurgia (n=14) Ordem média	Não foi submetido à cirurgia (n=20) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	16.96	17.88	132.500
Domínio Físico	17.61	17.43	138.500
Domínio Psicológico		14.43	19.65 97.000
Domínio relações sociais		15.93	18.60 118.000
Domínio meio ambiente		14.21	19.80 94.000

	Submetido à radioterapia (n=8) Ordem média	Não foi submetido à radioterapia (n=26) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	19.13	17.00	91.000
Domínio Físico	18.38	17.23	97.000
Domínio Psicológico	16.25	17.88	94.000
Domínio relações sociais	18.00	17.35	100.000
Domínio meio ambiente	15.50	18.12	88.000

	Submetido à quimioterapia (n=26) Ordem média	Não foi submetido à quimioterapia (n=8) Ordem média	<i>U</i>
Índice geral	16.63	20.31	81.000
Domínio Físico	17.62	17.13	101.000
Domínio Psicológico	16.02	22.31	65.5000
Domínio relações sociais	18.10	15.56	88.500
Domínio meio ambiente	16.56	20.56	79.500

(continua)

Tabela 15

Diferenças entre a qualidade de vida do doente oncológico o tipo de tratamento (continuação)

	Submetido à hormonoterapia (n=2)	Não foi submetido à hormonoterapia (n=32)	<i>U</i>
	Ordem média	Ordem média	
Índice geral	27.50	16.88	12.000
Domínio Físico	9.25	18.02	15.500
Domínio Psicológico	32.00	16.59	3.000*
Domínio relações sociais	17.00	17.53	31.000
Domínio meio ambiente	31.00	16.66	5.000*

* $p < .05$

Tabela 16

Diferenças ao nível da qualidade de vida do doente oncológico e o tipo de diagnóstico

	Estômago, Intestino, Recto (n=8)	Mama, útero (n=11)	Pele (n=3)	Próstata, pulmão (n=11)	Linfoma não Hodgkin (n=1)	X²(8)
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média	
Índice geral	15.25	19.68	19.67	15.14	31.00	3.730
Domínio físico	11.38	18.59	18.33	19.50	30.00	5.284
Domínio psicológico	17.69	16.86	20.83	15.68	33.00	3.297
Domínio relações sociais	22.06	19.55	16.17	11.68	26.50	7.013
Domínio meio ambiente	16.38	19.36	19.67	15.23	24.50	1.715

Por fim, a última questão de investigação “*Qual a relação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos*” recorreu-se ao teste de associação, o Coeficiente de correlação de Spearman (r_s), obtendo os seguintes resultados: índice geral ($r_s=.515$; sig=.002); domínio físico ($r_s=.036$; sig=.839); no domínio psicológico ($r_s=.459$; sig=.006); no domínio relações sociais ($r_s=.219$; sig= .213); e no domínio meio ambiente ($r_s=.507$; sig=.002). Existe associação estatisticamente significativa entre a adaptação e o índice geral da qualidade de vida, o domínio psicológico e o domínio meio ambiente. Assim, uma

maior adaptação está associada a uma maior qualidade de vida, o domínio psicológico e o domínio meio ambiente. No obstante, no domínio físico e relações sociais não existe associação estatisticamente significativa com a adaptação à doença oncológica. Estes resultados podem ser consultados na tabela 17.

Tabela 17

Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s)

	WHOQOL-Bref				
	Índice geral	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio meio ambiente
Espírito_luta	.515*	.036	.459*	.219	.507*

*p <.05

Seguidamente passaremos à discussão dos resultados, na qual são englobados aspetos considerados importantes e que estão diretamente associados a outros estudos referidos no enquadramento teórico e outros que fornecem novas informações acerca da adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Discussão

No que concerne às estratégias de *coping* empregues pelos doentes oncológicos e a sua adaptação à doença oncológica, apesar de os participantes evidenciarem a utilização de estratégias de *coping* ativas, como é o caso do espírito de luta, evidenciam também a utilização de estratégias de *coping* passivas, como é o caso da preocupação ansiosa. Como já referido anteriormente, o *coping* ativo evidencia uma resposta mais adaptativa e o *coping* passivo uma resposta menos adaptativa. Tendo em conta as pontuações obtidas pelos participantes nas dimensões do espírito de luta e preocupação ansiosa, é possível verificar que no caso da amostra em estudo, os participantes empregam os dois estilos de *coping* não estando totalmente adaptados, nem totalmente desadaptados. Desta forma pode-se concluir que, apesar de os participantes evidenciarem a presença de otimismo face à doença oncológica, não se exclui que, ao mesmo, se sintam preocupados com a doença. Assim a utilização de estratégias de *coping* ativas, como o espírito de luta, não exclui, a utilização de estratégias de *coping* passivas, como a preocupação ansiosa (Patrão & Leal, 2004).

Apesar de a literatura evidenciar que existem diferenças de género ao nível da adaptação à doença oncológica – mulheres evidenciam menor adaptação à doença oncológica do que os homens - (Lawson et al., 2010), estas diferenças não se verificaram na amostra em estudo, uma

vez que se verificou que ambos os géneros revelam adaptação à doença oncológica. De uma forma mais específica no que diz respeito ao género feminino Ganz e seus colaboradores (2003), consideram que as mulheres mais jovens têm menor adaptação à doença oncológica do que as mulheres mais velhas. Este facto não foi verificado na amostra do presente estudo, havendo uma equidade entre termos de adaptação entre as faixas etárias. Da mesma forma não se verificaram diferenças quando consideramos os homens mais novos e os homens mais velhos. Assim conclui-se que, independentemente da faixa etária, os participantes do estudo revelam adaptação à doença oncológica.

De acordo com o que é evidenciado na literatura, a adaptação à doença oncológica ocorre de acordo com a doença e com a pessoa em si mesma (Bloom, 1982, Funch & Marshall, 1984; Holland, 2003). No que concerne aos fatores associados à doença, mais especificamente o tipo de diagnóstico, após a análise dos dados verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na adaptação à doença oncológica em função do tipo de diagnóstico, sendo que independentemente do tipo de diagnóstico os participantes revelam adaptação à doença oncológica.

Quanto ao tipo de tratamento, tratamentos mais agressivos como a quimioterapia tem um maior impacto na adaptação à doença oncológica (Compas et al., 1990). Com base nos resultados obtidos no presente estudo, verificam-se diferenças ao nível da adaptação em função do tipo de tratamento, ou seja, os participantes que realizaram tratamento cirúrgico – portanto, mais invasivo – evidenciam menor adaptação à doença oncológica comparando com os participantes que não foram submetidos a esta modalidade de tratamento - evidenciam uma melhor adaptação à doença oncológica. Este resultado pode ser justificado devido ao facto de a cirurgia ser um tratamento que causa marcas irreversíveis no indivíduo, contribuindo para uma deformação física da imagem corporal desencadeando um impacto na autoestima e na autoconfiança do indivíduo, bem como o despoletar de sequelas físicas. Esta conclusão corrobora com o estudo de Moreira e Canavarro (2012), onde concluem que em mulheres que são submetidas à cirurgia no tratamento do cancro da mama, em especial à mastectomia, evidenciam uma menor adaptação à doença oncológica uma vez que, a mastectomia é um procedimento cirúrgico mais mutilante.

No que diz respeito à qualidade de vida do doente oncológico, o diagnóstico provoca um impacto na qualidade de vida do indivíduo (Lewis, 1997). Quanto aos dados obtidos acerca da qualidade de vida do doente oncológico conclui-se que, esta amostra evidencia uma perceção da qualidade de vida baixa.

Segundo Thomé e Halberd (2004), existem diferenças de género no que toca à qualidade de vida tendo em conta as diferentes modalidades de tratamento. Na presente amostra, estas diferenças não se verificam em relação às diferentes modalidades de tratamento. No que toca à faixa etária, Compas e seus colaboradores (1990); Kroenke e seus colaboradores (2004), concluem que em diferentes modalidades de tratamentos existem diferenças na faixa etária em relação à qualidade de vida dos doentes oncológicos. Estas conclusões não foram corroboradas no presente estudo, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas a este nível. Da mesma forma não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação à qualidade de vida tendo em conta a fase em que o doente oncológico se encontra e o tipo de diagnóstico. Assim, tal como na adaptação, estas variáveis não fazem variar a qualidade de vida da amostra em questão.

Conforme evidenciado pelo estudo efetuado por Silva e seus colaboradores (2011), o tratamento do cancro da mama interfere e compromete significativamente, a qualidade de vida da mulher a vários níveis. No que toca às diferentes modalidades de tratamento na doença oncológica, estas conduzem a alterações nos domínios da qualidade de vida, deixando consequências que se podem manter durante anos (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Posto isto, no presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida e o tipo de tratamento – cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Porém, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida dos participantes que realizaram hormonoterapia e os que não realizaram, face aos domínios psicológicos (i.e., pensamentos mais positivos, melhoria na autoestima; melhoria na capacidade de concentração e de memória) e meio ambiente (i.e., maior envolvimento em atividades de lazer, maior oportunidade em adquirir novas informações) (Canavarro et al., 2007). Apesar de a amostra não ser homogénea no que toca aos tratamentos que os participantes estavam a realizar – só dois participantes é que estavam a realizar hormonoterapia – podemos constatar que os participantes que foram submetidos a esta modalidade de tratamento evidenciam uma melhor qualidade de vida comparando com os que não foram submetidos a esta modalidade de tratamento. Este resultado pode ser justificado pelo facto de a hormonoterapia ser um tratamento pouco agressivo na sua realização (i.e., a sua administração é através de fármacos) e nos efeitos secundários (e.g., aumento de peso, náuseas, efeitos semelhantes à menopausa como corrimento vaginal), quando comparado com as outras modalidades de tratamento – e.g., cirurgia, quimioterapia – mais agressivas na sua realização – e.g., introdução de um cateter permanente durante a realização dos ciclos de quimioterapia – e os seus efeitos secundários

também são mais hostis (e.g., alteração da imagem corporal, xerostomia (boca seca), mucosite (lesões na boca), hemorragias devido às poucas plaquetas no sangue (Otto, 2000).

Por fim, no que toca à associação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida, com base nos resultados obtidos pode-se constatar que quanto maior adaptação melhor é a perceção da qualidade de vida do doente oncológico, ao nível do domínio psicológico (i.e., o doente oncológico evidencia sentimentos mais positivos, maior capacidade de concentração e de memória) e ao nível do domínio meio ambiente (i.e., o doente oncológico evidencia maior gratificação com os cuidados de saúde; está predisposto para adquirir novas informações e, manifesta interesse em se envolver em atividades de lazer), havendo uma associação positiva entre estas duas variáveis, uma vez que a qualidade de vida se traduz no resultado da adaptação à doença oncológica (Lewis, 1997; Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003). Assim, na presente amostra uma vez que evidenciam uma baixa adaptação, evidenciam ao mesmo tempo uma baixa qualidade de vida.

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo geral explorar a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos e fatores subjacentes para a sua compreensão, tais como sociodemográficos e clínicos.

A partir dos dados obtidos é possível chegar-se a diferentes conclusões. Pode-se concluir que, de uma forma geral os participantes do presente estudo se encontram adaptados à doença oncológica. Todavia, esta adaptação é acompanhada pela preocupação com a doença devido ao facto de, a percecionarem como sendo ameaçadora e com o que esta acarreta (e.g., perda da função laboral, alterações na rotina diária, limitações a nível físico e a queda do cabelo). Esta conclusão pode ser justificado pelo facto de o diagnóstico e consequentemente os tratamentos existentes para combater a doença serem considerados um marco no acontecer autobiográfico e no ciclo vital de qualquer indivíduo. A presença desta preocupação ansiosa poderá justificar o facto de, apesar os indivíduos apresentarem adaptação à doença oncológica, evidenciam uma qualidade de vida baixa uma vez que, a qualidade de vida é o resultado desejável da adaptação (Lewis, 1997).

Para além disto, conclui-se que os participantes evidenciam estar adaptados à doença oncológica e apresentam qualidade de vida, ainda que baixa, independentemente da faixa etária, do tipo de diagnóstico e da fase em que se encontram. Este facto vem contrapor o que a literatura apresentava. Quanto ao tipo de tratamento, com base no presente estudo pode-se constatar que os indivíduos que são submetidos à cirurgia apresentam dificuldades na adaptação à doença

oncológica uma vez que, esta modalidade de tratamento causa um impacto na imagem corporal e na autoestima do indivíduo. Por sua vez, indivíduos que são submetidos à hormonoterapia manifestam maior percepção da qualidade de vida podendo ser justificado pelo facto de esta modalidade de tratamento não ser tão agressiva (na sua realização e nos efeitos secundários que desencadeia) no indivíduo (em termos físicos e psicológicos), como é a cirurgia e a quimioterapia.

Em suma, conclui-se que na amostra do presente estudo o género, a faixa etária, a fase em que se encontram, o tipo de diagnóstico, não estão associados à adaptação à doença oncológica e à qualidade de vida do doente oncológico, verificando-se que os indivíduos se adaptam à doença oncológica e têm qualidade de vida, independentemente, do género, faixa etária, da fase em que se encontram, do tipo de diagnóstico e do tratamento efetuado. Para além disto, tal como foi verificado na literatura e nos resultados obtidos ao nível da hormonoterapia e da cirurgia, dependendo da agressividade dos tratamentos, ocorre variação na adaptação à doença oncológica e na percepção da qualidade de vida do doente oncológico.

Como limitações, este estudo apresenta algumas, tais como: o número de participantes da amostra ser reduzido, o que não permite realizar generalizações acerca dos resultados obtidos. A par disto considera-se também que, o facto de a amostra não ser homogénea no que toca por exemplo à faixa etária e ao tipo de diagnóstico, não permite obter dados viáveis devido as discrepâncias entre os grupos. Quanto ao tipo de tratamento, a amostra também não é homogénea tornando difícil chegar a uma conclusão sobre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida do doente oncológico. Outra limitação apontada reside no facto de o presente estudo não ter utilizado um instrumento da qualidade de vida relacionado com a saúde, ao invés do WHOQOL-bref, uma vez que o WHOQOL-Bref avalia a qualidade de vida no geral ao invés da qualidade de vida relacionada com a saúde, que avalia a qualidade de vida na doença.

Como sugestões, considera-se importante que estudos futuros se dediquem a adotar um carácter longitudinal, permitindo obter um maior *feedback* acerca da adaptação à doença oncológica e o seu impacto na qualidade de vida, comparando com o tipo de diagnóstico, a fase em que se encontra e o tipo de tratamento a que os doentes oncológicos são submetidos. Sugere-se também, a realização de estudos que se dediquem a compreender o impacto das diferentes modalidades de tratamento na adaptação à doença oncológica com uma amostra homogénea, de forma a perceber de que forma as modalidades de tratamento influenciam a adaptação.

Para terminar, este estudo acarreta consigo implicações práticas que se revelam importantes na prática clínica junto de doentes oncológicos. É importante que o doente

oncológico e o profissional de saúde obtenham conhecimento sobre o impacto da doença oncológica na qualidade de vida e a forma como percebem e reagem à mesma. No âmbito terapêutico este conhecimento contribui para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes sobretudo no que toca à facilitação e à promoção das estratégias de *coping* que auxiliem a adaptação à doença oncológica. Paralelamente a isto, tendo em conta que na presente amostra se encontram evidências da utilização de estratégias de *coping* menos adaptativas – como é o caso da preocupação ansiosa – torna-se primordial o apoio e o desenvolvimento de intervenções junto dos doentes oncológicos no sentido de minimizar estas respostas desadaptativas e promover as respostas e o *coping* adaptativos face à doença oncológica. Desta forma, ao promover uma melhor adaptação irá promover-se uma melhor qualidade de vida do doente oncológico.

Em suma, este estudo permite aos profissionais de saúde ter uma linha orientadora acerca da qualidade de vida e da adaptação do doente oncológico à doença oncológica em termos de intervenção psico-oncológica e clínica uma vez que, a adaptação à doença é um processo normal, desejável e saudável que deve acontecer no indivíduo podendo ser promovido pelo profissional de saúde.

Referências bibliográficas

- Akechi, T., Kugaya, A., & Okamura, H. (1998). Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer*, 6, 281-286.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Edições Psiquilibrios.
- Andersen, B., Kiecolt-Glaser, J., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404. Doi: 10.1037/0003-066X.49.5.389
- Andersen, B., Shelby, R., & Golden-Kruetz, D. (2007). RCT of a psychological intervention for person with cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 927-938. Doi: org/10.1037/0022-006X.75.6.927
- Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, 88-98. Doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009
- Barkweel, D. (1991). Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer related pain. *Journal of Palliative Care*, 7, 5.
- Blomm, J. (1982). Social support accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 1329-1338. Doi: 10.16/0277-9536(82)90028-4
- Brothers, M., & Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18, 267-275. Doi: 10.1002/pon.1394
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3 (3), 243-268.
- Carlson, L., Speca, M., Hagen, N., & Taenzer, P. (2001). Computerized quality of life screening a cancer pain clinic. *Journal of Palliative Care*, 17, 46-52.
- Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R., Veit, M., Gomes, M., & Barros, L. (2008). *Temas em Psico-Oncologia*. Summus Editorial.
- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S., & Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychological*, 24, 508-516. Doi:10.1037/0278-6133.24.5.58
- Cella, D., & Tulsky, D. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4 (5), 29-28.
- Cohen, L., Hack, T., Moor, C., Katz, J., & Goss, P. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 7, 427-434. Doi: 10.1007/s10434-000-0427-9
- Compas, B., Stoll, M., & Thomsen, A. (1990). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203. Doi: 10.1023/A:1006164928474
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., & Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 83, 2130-2138. Doi: :10.1002/

- Fife, B. (1995). The measurement of meaning in illness. *Society, Science and Medicine*, 40 (8), 1021-1028. Doi: 10.1016/0277-9536(94)0017-R
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183. Doi: org/10.1590/S0034-89102000000200012
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Funch, D., & Marshall, J. (1984). Self-reliance as a modifier of the effects of life stress and social support. *Social Science and Medicine*, 28, 9-15.
- Ganz, P., Greendale, P., & Petersen, L. (2003). Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *Journal Clinical Oncology*, 21, 4184-4193. Doi:10.1200/
- Gorisek, B., Krajnc, P., & Krajnc, I. (2009). Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment. *The Journal of International Medical Research*, 37 (2), 557-566. Doi: 10.1177/147323000903700233
- Grilo, A., & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 69-89.
- Hamptom, M., & Frombach, I. (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health care for woman international*, pp. 67-76.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic medicine*, pp. 408-418.

- Holland, J. (2003). Psychological Care of patients: Psycho-Oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (23), 253-265. Doi: 10.1200/JCO.2003.09.133
- Im, E., Chee, W., Guevara, E., Lim, H., Liu, Y., & Shin, H. (2008). Gender and ethnic differences in cancer patient's needs for help: An internet survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1192-1204. Doi: org/10.1016/j.ijnrst.2007.09.006
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Edições ASA.
- Kroenke, C., Rosner, B., Chen, W., Kawachi, I., Colditz, G., & Holmes, M. (2004). Functional Impact of Breast Cancer by Age at Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (10), 1849-1856. Doi: 10.1200/JCO.2004.04.173
- Lawson, J., Chumacher, M., Hughes, T., & Arnold, S. (2010). Gender differences in psychosocial responses to lung cancer. *Gender Medicine*, 7 (2), 137-148. Doi:10.1016/j.genm.2010.03.002
- Levy, S., Haynes, L., Harberman, R., Lee, J., McFeeley, S., & Kirkwood, J. (1992). Mastectomy versus breast conservation surgery: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychology*, 11, 349-354. Doi: 10.1037//0278-6133.11.6.349
- Lewis, F. (1997). Behavioral research to enhance adjustment and quality of life among adults with cancer. *Preventive Medicine*, 28 (5), 19-29. Doi: 10.1006/pmed.1997.0206
- Lewis, F. (1989). Attributions of control, experienced meaning, and psychosocial well-being, in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 105. Doi: 10.1300/J077v07n01_08

- Livneh, H., & Antonak, R. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and disability: a primer for counselors. *Journal of counseling & Development*, 83, 12-20. Doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10, 490-502. Doi:org/10.1002/pon.537
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber, decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios.
- McGregor, B., & Antoni, M. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain Behavior and Immunity*, 23, 159-166. Doi: 10.1016/j.bbi.2008.08.002
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 169-190.
- Mor, V., Allen, S., & Malin, M. (1994). The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer*, 74, 2118-2127.
- Mor, V., Malin, M., & Allen, S. (1994). Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 191-197.
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: Time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology*, 18, 681-686. Doi:10.1111/bjhp.12072
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia*. Loures: Lusociência.

- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J., Ramos, & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-Mac). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 231-241.
- Pais-Ribeiro, J. (2006). *Avaliação Psicológica em Contextos de Saúde e da Doença – Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., . . . & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças* (1), 73-87.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). A abordagem no impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, saúde & doenças*, 5 (1), 53-73.
- Pimentel, L. (2006). *Qualidade de vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Ribeiro, J., & Santos, T. (2000). *Impacto f radical mastectomy versus tumorectomy of the quality of life early breast cancer*. Communication presented at XXVII International Congresso f Psychology. Sweden: Stocholm.
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The roy adaptation model* (2nd, ed). Stanford: Appleton & Lange.
- Rowland, J. (1989). *Handbook of psychooncology: psychological care of patient with cancer*. New York: Oxford university press.
- Santos, C., & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*, 55-65.

- Schimdt, C., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W., Rohde, V., & Kremer, B. (2005). Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study. *World Journal of Surgery*, 29, 1630-1641. Doi: 10.1007/s00268-005-0067-0
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 29, 64-76.
- Steginga, S., Lynch, B., Hawkes, A., Dunn, J., & Aitken, J. (2009). Antecedents of domain specific quality of life after colorectal cancer. *Psychooncology*, 18, 216-220. Doi: 10.1002/pon.1388.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R., & Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychological Health*, 25, 433-449. Doi: 10.1080/08870440802582682
- Thomé, B., & Hallberg, I. (2004). Quality of life in older people with cancer - a gender perspective. *European Journal of Cancer Care*, 13, 454-463. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2004.00471.x
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 479-488.
- Watson, M., Haviland, J., Greender, S., Davidson, J., & Bliss, J. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The lancet*, 1331-1320.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-Mac: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychological Oncology*, 12 (3), 33-46. Doi: 10.1300/J077V12N03_03

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rational and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

Xavier, A., Ataíde, M., Pereira, F., & Nascimento, V. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 921-926.

Anexos

**Anexo I – Pedido de autorização enviado aos autores dos instrumentos utilizados no
presente estudo**

Pedido de autorização do Instrumento

De: **José Luis Pais Ribeiro**

Enviada: sábado, 7 de fevereiro de 2015 10:08:57

Para: Ana Mendes

Cara colega

Autorizo a utilização da versão da MiniMac que traduzi e estudei para a população portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

De: **Cláudia Melo**

Enviada: segunda-feira, 9 de fevereiro de 2015 20:31:21

Para: Ana Mendes

Cara Dra. Ana Mendes,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:


- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Melo.

Anexo II – Pedido de autorização enviado à Instituição onde a recolha dos dados se realizou


CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Projeto de Investigação no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na
Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa – Centro
Regional do Porto

Título: Adaptação à doença oncológica e qualidade de vida

Investigadora Principal: Ana Cristina Barbosa Mendes – acb_m@hotmail.com [REDACTED]

Orientadora: Professora Doutora Elisa Veiga – eveiga@porto.ucp.pt

Enquadramento teórico

A adaptação à doença oncológica é uma reação que se caracteriza pela capacidade de reorganização, reintegração ou reorientação (Roy & Andrews, 1999; Livenh & Antonak, 2005). A adaptação psicológica de um indivíduo à doença oncológica ocorre de acordo com três fatores básicos: o primeiro fator é a própria doença, mais especificamente o local, o tipo e o estágio da doença e o tratamento disponível. O segundo fator é a pessoa em si mesma, isto é, as características da personalidade, as estratégias de *coping*, o nível emocional, a maturidade e o ambiente social (e.g., família, amigos e comunidade). O terceiro fator consiste na sociedade e na cultura em que o indivíduo vive, bem como as atitudes predominantes da sociedade para com o doente oncológico (Blomm, 1982; Funch & Marshall, 1984; Holland, 2003). Dificuldades na adaptação psicológica após o diagnóstico e durante o tratamento conduzem a uma diminuição da qualidade de vida do indivíduo (Carver et al., 2005; Steginga, Lynch, Hawkes, Dunn, & Aitken, 2009).

Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral, explorar a associação que existe entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida e fatores subjacentes para a sua compreensão.

Objetivos específicos

- Explorar a adaptação à doença oncológica e a perceção da qualidade de vida de acordo com o tipo, diagnóstico e estágio do ciclo psico-oncológico.

- Explorar eventuais diferenças na adaptação à doença oncológica e percepção da qualidade de vida considerando o género e o nível etário.

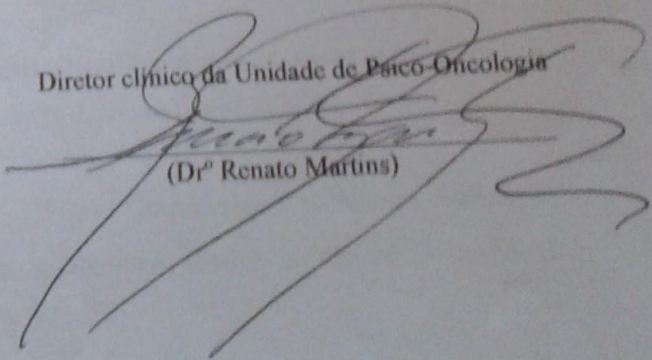
Amostra

A amostra será de conveniência, constituída por indivíduos entre a faixa etária dos 30 e 70 anos, que se encontrem no segundo e no terceiro estágio do ciclo psico-oncológico.

Instrumentos

- Questionário para a recolha de informação sócio-demográfica
- Escala de ajustamento mental ao cancro (versão reduzida) (Mini-Mac) adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003).
- Escala de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) adaptada para a população portuguesa por Vaz Serra e seus colaboradores (2006).

Diretor clínico da Unidade de Psico-Oncologia


(Dr.º Renato Martins)

Anexo III – Consentimento informado entregue aos participantes

Consentimento Informado - Pedido de Colaboração no Estudo

Exmo. Senhor(a)

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Educação e Psicologia – Centro Regional do Porto, venho por este meio pedir a sua colaboração na investigação “*Adaptação à doença oncológica e qualidade de vida*”, tendo como objetivo analisar a relação entre a adaptação à doença oncológica e a qualidade de vida dos indivíduos.

O seu contributo é muito importante para podermos melhorar o apoio às pessoas com doença oncológica. A sua participação implicará a disponibilidade para o preenchimento de três questionários. A recolha dos dados não acarreta quaisquer custos, prejuízos ou benefícios, sendo que poderá desistir a qualquer momento da investigação. As informações recolhidas serão totalmente confidenciais e anónimas.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora principal: Ana Mendes - [REDACTED]
Agrademos desde já a sua colaboração.

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento acerca dos objetivos do estudo e da informação disponibilizada acerca do mesmo. Compreendi que me é concedido o direito de desistir a qualquer momento da investigação sem que isso tenha algum prejuízo sobre a minha pessoa. Assim sendo, aceito colaborar na investigação proposta.

Data: ___/___/___

Assinatura
