



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O IMPACTO PSICOSSOCIAL DO DISTRESS EM DOENTES ONCOLÓGICOS:
GÉNERO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO
E TIPO DE CANCRO

RITA ALEXANDRA NOVO TEODORO

Orientador de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Ivone Patrão

Co-Orientador Externo de Dissertação:

Professor Doutor Carlos Moreira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ivone Patrão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à Professora Doutora Ivone Patrão pelas orientações, disponibilidade e partilha de conhecimentos, pela persistência, apoio e carinho demonstrados ao longo deste ano. Obrigado por acreditar e fazer-me acreditar que era possível!

Ao Professor Doutor Carlos Moreira pelo apoio, simpatia e preciosa contribuição neste estudo, possibilitando recolher uma parte dos dados no Hospital Santa Maria, E.P.E.

A todas as pessoas que fazem parte das equipas multidisciplinares do Serviço de Medicina I do HSM, pela simpatia, compreensão, colaboração e disponibilidade demonstradas ao longo do tempo, facilitando a minha integração e interação com os utentes internados.

O meu sincero e profundo agradecimento a todos os inquiridos pela disponibilidade com que, de uma forma ou de outra, me receberam cordialmente e partilharam as suas histórias de vida, ainda que, por vezes num momento de grande fragilidade física e/ou emocional. Um especial obrigado a todos eles, aos que continuam a lutar estoicamente contra o cancro e a todos os lutadores que já partiram, sem os quais não teria sido possível a realização deste estudo.

Ao Gabinete de Comunicação e Imagem do ISPA e à Bee – Aventura em Movimento, Lda., pela prontidão ao disponibilizar todo o material cedido, auxiliando a recolha de dados.

Meus queridos Amigos/as e Ispanos/as, em especial, à Maria, Rui, Jamie, Valdano e Filipa obrigada por todo o apoio e carinho demonstrado nesta fase, em muito contribuíram para este trabalho! Um agradecimento muito especial à Rita pela amizade, partilha e apoio incondicional, foste a minha âncora e fazes parte dos meus pilares. Ao “tio” Chico pela amizade, apoio e paciência demonstrada nas minhas aflições. Obrigada aos dois por toda a força e apoio fazendo com que as coisas parecessem mais fáceis. Esta tese também é vossa!

À minha mãe, companheira de todas as horas, és e serás sempre a minha grande referência de força e coragem, o meu pilar mestre de palavras sábias. Ao meu pai, o eterno lutador destemido de coração mole, que recordo com tanta saudade, partiste cedo demais mas o que partilhámos perdurará para sempre em mim. Juntos deram-me asas para poder voar, muito do que sou hoje e o que alcancei deve-se a vocês. Este curso dedico-o a vós!

Ao meu querido avô Zé, a pessoa mais bonita e genuína que tive o privilégio de conhecer. Obrigada por teres sido um companheiro de vida e um mentor que tanto me ensinou. Deixas muitas saudades meu “bigodes”. À minha avó Céu, um exemplo de força e persistência mostrando que não existe adversidade que a detenha. Força avó, estamos juntas.

Um agradecimento especial a toda a minha família sem a qual não seria o que sou hoje!

“Somos feitos de carne, mas temos de viver
como se fôssemos de ferro”

Freud, S.

RESUMO

As doenças oncológicas são a segunda principal causa de morte em Portugal e a primeira a nível mundial nos países desenvolvidos, tendo um grande impacto nos doentes, familiares e na sociedade em geral.

Nos últimos anos Portugal registou um aumento de 12,6% em novos casos de cancro. Por ano morrem mais de 25 mil portugueses, revelando um aumento constante e progressivo.

A partir do diagnóstico o doente enfrenta todo um processo de adaptação face à doença, seus efeitos e tratamentos, podendo assim no decurso do mesmo, experienciar algum grau de sofrimento físico e/ou psicológico.

Este foi um estudo exploratório, descritivo-transversal, do tipo correlacional e de natureza quantitativa, tendo como objetivo avaliar os níveis de angústia/sofrimento (*distress*) presentes num processo de doença oncológica e compreender se existem relações quanto ao género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro.

Foi recolhida uma amostra de 136 sujeitos detentores de uma doença oncológica, presente ou passada, com idades compreendidas entre os 19 e os 91 anos. Utilizaram-se como instrumentos o Termómetro Emocional e o Questionário Sociodemográfico e Clínico.

Verificou-se que a amostra apresenta-se sob a influência de ansiedade (75,7%), sofrimento emocional (72,8%) e depressão (55,9%), sendo a revolta a menos sentida (47,8%). Para 58,8%, estes sintomas têm um impacto significativo e uma duração entre 4 e mais de 10 meses, sendo que, 54,4% sente necessidade de ajuda para ultrapassar os mesmos.

Encontraram-se resultados estatisticamente significativos em algumas dimensões para a variável género e tipo de cancro. Contudo, não se obtiveram resultados significativos para a variável tempo de diagnóstico.

Palavras-chave: Cancro, Distress, Ciclo Psico-Oncológico.

ABSTRACT

Cancer is the second leading cause of death in Portugal and the first in developed countries in the worldwide, having a great impact on patients, families and society in general.

In recent years Portugal has increased by 12.6% in new cases of cancer. Per year die over 25 thousand Portuguese, revealing a steady and progressive increase.

From the diagnosis the patient faces a process of adaptation to the illness, its effects and treatments, and may thus in the course of it, experience some degree of physical and / or psychological suffering.

This was an exploratory, descriptive, cross-sectional, correlational quantitative, aiming to assess levels of psychological distress present in the process of cancer, and understand whether exist relationships as to the gender, time of diagnosis and type of cancer.

Was taken in a sample of 136 subjects holders of a malignant disease, past or present, aged 19 to 91 years. Were used as instruments the Emotion Thermometers and the Sociodemographic and Clinical Questionnaire.

It was found that the sample is presented under the influence of anxiety (75.7%), emotional distress (72.8%) and depression (55.9%), the anger being less felt (47.8%). For 58.8%, these symptoms have a significant burden and lasting between 4 and more than 10 months, and that 54.4% feel need help to overcome them.

We found statistically significant results in some dimensions for the variable gender and type of cancer. However, no significant results were obtained for the variable time diagnosis.

Keywords: Cancer, Distress, Psychosocial Pathway.

Índice

Introdução	1
Fundamentação Teórica	3
Cancro: Aspetos Clínicos e Psicossociais Relevantes	3
Incidência, Morbilidade e Mortalidade em Portugal e no Mundo	8
Evolução, Classificação e Diferentes Tipos de Tratamentos	11
Fatores de Risco e Prevenção	14
<i>Distress</i> e suas Implicações na Doença Oncológica	16
Método	23
Tipo de Estudo	23
Amostra	23
Participantes	23
Caraterização da Amostra	24
Dados Sociodemográficos	24
Material	25
Questionário Sociodemográfico e Clínico	25
Termómetros da Emoção (TE)	26
Procedimento	27
Resultados	28
Dados Clínicos	29
Dados dos Termómetros da Emoção	33
Questão de Investigação nº 1	36
Questão de Investigação nº 2	36
Questão de Investigação nº 3	37
Discussão	39
Considerações Finais	43
Referências Bibliográficas	45
Anexos	51
Anexo A – Consentimento Informado	52
Anexo B – Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas	53
Anexo C – Questionário Sociodemográfico e Clínico	55
Anexo D – Termómetros da Emoção	56
Anexo E – Consistência Interna do Termómetros das Emoção	58
Anexo F – Pedido e Autorização para a Recolha de Dados	59

Anexo G – Análise Descritiva das Variáveis Clínicas	61
Anexo H – Outputs da Análise dos Termómetros da Emoção... ..	75
Anexo I – Outputs da Análise da Questão de Investigação nº 1.....	80
Anexo J – Outputs da Análise da Questão de Investigação nº 2	82
Anexo K – Outputs da Análise da Questão de Investigação nº 3	84
Anexo L – Comprovativo e Aceitação para Congressos	92

Lista de Quadros

Quadro 1. Descrição das Variáveis Sociodemográficas.....	25
Quadro 2. Consistência Interna dos Termómetros da Emoção	27
Quadro 3. Frequências e % do Tipo de Cancro	30
Quadro 4. Descrição das Variáveis Clínicas	32
Quadro 5. Frequências e % das dimensões do TE	34
Quadro 6. Frequências, % e Scores das dimensões do TE.....	35
Quadro 7. Frequências e % dos “Problemas Emocionais” do TE	35
Quadro 8. Análise t de Student para TE e Género	36
Quadro 9. Análise ANOVA One-Way: TE e Tempo de Diagnóstico	37
Quadro 10. Análise ANOVA One-Way: TE e Tipo de Cancro.....	38
Quadro 11. Teste de Tukey: Sofrimento Emocional e Tipo de Cancro	38
Quadro 12. Teste de Tukey: Necessidade de Ajuda e Tipo de Cancro	38

Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico dos Valores Médios das dimensões do TE	33
--	----

Lista de Abreviaturas

ACS – American Cancer Society;	NCI - National Cancer Institute
DGS - Direção Geral de Saúde;	QDV – Qualidade de Vida;
HSM – Hospital Santa Maria;	QT – Quimioterapia;
IARC – International Agency for Research on Cancer;	RT – Radioterapia;
INE - Instituto Nacional de Estatística;	TE (ET) – Termómetros da Emoção (<i>Emotion Thermometers</i>);
IOM – Institute of Medicine	TNM – Tumor, Nódulo e Metástases;
NCCN - National Comprehensive Cancer Network;	WCRF - World Cancer Research Fund;
	WHO - World Health Organization;

Introdução

O cancro é um dos grandes desafios deste século, tanto pelo seu aumento progressivo ao nível da incidência, morbilidade e mortalidade, mas também pelo forte impacto negativo a nível psicológico, social e económico, tanto para o doente e sua família como para a sociedade em geral (Jemal et al., 2011).

No mundo inteiro, milhões de pessoas vivem com o diagnóstico de cancro, sendo este responsável por uma em cada oito mortes, fazendo desta doença a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda nos países em desenvolvimento, a seguir às doenças cardiovasculares (ACS, 2011). Em Portugal, é a segunda causa de morte, matando mais de 25 mil portugueses por ano, em 2011 morreram 25.593, sendo a patologia responsável pela principal causa de morte prematura (antes dos 70 anos) (DGS, 2012; INE, 2013; George, 2012). O tipo de cancro que afeta e mata mais homens é o do pulmão e nas mulheres é o da mama. Os três tipos de cancro mais comuns nos portugueses é o da próstata, a mama feminina e o cólon, sendo esta uma patologia com maior incidência e mortalidade no género masculino (DGS, 2013).

A incidência e mortalidade devido ao cancro continuam a aumentar, em grande parte devido ao crescimento e envelhecimento da população mundial, bem como, a uma crescente adoção de comportamentos e exposição aos fatores de risco (IARC, 2011; ACS, 2013; DGS, 2013). Por outro lado, a sobrevivência dos doentes oncológicos também tem vindo a aumentar graças ao progresso da investigação científica, associada ao desenvolvimento das técnicas terapêuticas e de rastreio, visando a promoção da saúde, a prevenção da doença e o apoio ao doente oncológico em todas as fases da doença, existindo assim, uma nova e crescente população de sobreviventes com aspetos clínicos e psicossociais específicos, associados à qualidade de vida dos mesmos, resultantes das várias consequências da doença e seus tratamentos (WHO, 2013).

Todavia, esta é uma doença que continua a ser muito temida, por um lado por esta ser complexa, rodeada de mitos e crenças, tendo um caráter ameaçador na vida do doente, mas também pelo facto do próprio processo terapêutico trazer muitas vezes repercussões negativas a todos os níveis, sendo uma experiência temível no plano somático, psíquico e social (Crespo, 2009; Sami-Ali & cols, 2004).

A experiência da doença oncológica faz-se então acompanhar por um assinalado sofrimento físico, psicológico, social e espiritual que atinge não só o doente como também a sua família. A partir do seu diagnóstico o doente enfrenta um processo de adaptação à doença, tratamentos e seus efeitos, ficando assim vulnerável a experimentar algum grau de

sofrimento/angústia emocional (*distress*) num dos estádios do ciclo psico-oncológico (diagnóstico, tratamentos, pós tratamentos e sobrevivência) (Cardoso et al, 2010; NCCN, 2013; Patrão, Leal & Maroco, 2012; Remondes-Costa, S., Jimenéz, F. & Pais-Ribeiro, 2012). Esta doença provoca respostas emocionais e sintomas diferentes em cada fase do ciclo psico-oncológico, sendo o impacto e a adaptação psicossocial diferentes em cada situação, tendo repercussões ao nível dos comportamentos, nas relações interpessoais e profissionais, na qualidade de vida e até mesmo na vida futura (Pais-Ribeiro, 2007).

A adaptação psicológica à doença oncológica é influenciada por quatro fatores centrais: características específicas da doença (localização do tumor, estadio, prognóstico, sintomas, dor); reações ao tratamento (náuseas, vômitos, alopecia); dinâmica do paciente (personalidade, estratégias de *coping*, situação atual da vida) e contexto sociocultural (hábitos, crenças, suporte social) (Breidart, 1995, *in* Landeiro, 2011; Johansen, 2010; Ngoma & Msemo, 2010; Patrão, 2007).

Vários são os fatores que podem resultar no aparecimento ou desenvolvimento de *distress*, estando todos eles ligados ao impacto psicossocial e à capacidade de adaptação à doença oncológica e suas implicações, estando assim intimamente relacionados com a qualidade de vida do doente, podendo trazer prejuízos no planos preventivo e terapêutico, com repercussões na adesão e no decorrer do tratamento oncológico (NCCN, 2013).

A intervenção psico-oncológica tem então uma importante contribuição no cuidado com os doentes e familiares nas diferentes etapas do percurso oncológico (prevenção, diagnóstico, tratamentos, remissão/recidiva da doença, alta/fase terminal e suporte aos familiares pós-óbito), atuando no confronto e controlo de sintomas físicos e psicológicos (ansiedade e/ou depressão com ou sem perturbação de adaptação, *delirium*, *distress*, perturbações da personalidade, dor e fadiga), na prevenção de transtornos psiquiátricos, problemas psicossociais e cuidados paliativos, com o objetivo terapêutico de reforçar a identidade e recursos psicológicos do paciente, fortalecendo no mesmo movimento os seus recursos biológicos e imunológicos (Holland & Weiss, 2010; Sami-Ali & cols, 2004).

Tendo em conta o explanado anteriormente e face aos poucos estudos nacionais nesta temática, esta investigação teve como objetivo principal estudar o impacto psicossocial da angústia/sofrimento (*distress*) ao longo dos diferentes momentos da doença oncológica (estádios do ciclo psico-oncológico: diagnóstico, tratamentos, pós tratamentos e sobrevivência), visando compreender as relações quanto ao género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro. Neste sentido os objetivos específicos pretenderam verificar a existência de

relações significativas entre as variáveis: género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro, com as diferentes dimensões psicossociais do *distress*.

Fundamentação Teórica

Cancro: Aspetos Clínicos e Psicossociais Relevantes

O cancro é uma doença silenciosa, complexa e multifatorial que pode afetar qualquer pessoa em qualquer idade. O desenvolvimento desta patologia depende então de um conjunto de fatores inerentes às características particulares do indivíduo (género, idade, etnia, herança genética, estilo de vida, hábitos alimentares, crenças, religiões, etc.) e ao meio em que se insere (país, região, profissão, etc.), contudo, pode acontecer a muitas pessoas terem um ou vários fatores de risco e não virem a desenvolver esta doença, sendo que, o contrário também pode acontecer, isto é, não terem nenhum fator de risco e desenvolverem cancro (ACS, 2011).

A palavra cancro é comumente utilizada para identificar um vasto conjunto de doenças que são os tumores malignos, também chamados de neoplasias, que podem afetar qualquer parte do corpo. Estes tumores são muito diversos, havendo causas, formas de evolução e tratamentos diferentes para cada tipo, porém, existe uma característica comum a todos eles: o crescimento, a divisão e a proliferação contínua e descontrolada das células anormais (cancerígenas) invadindo e destruindo órgãos e/ou tecidos adjacentes, acabando por provocar alterações orgânicas (ACS, 2011). Em alguns casos, pode ainda acontecer um processo chamado metastização, onde estas células malignas libertam-se do tumor primário (original) e entram na corrente sanguínea ou no sistema linfático, formando novos tumores noutros órgãos com o mesmo tipo de células do tumor inicial. Se esta propagação de células não for controlada, poderá resultar na morte do doente, sendo as metástases a principal causa de morte por cancro (Wittekind, Hutter, Greene, Klimpfinger & Sobin, 2005; ACS, 2011; WHO, 2013).

Dentro dos tumores malignos existem os carcinomas (os mais comuns – constituem 90% de todas as células cancerígenas) que atacam as células e tecidos epiteliais que revestem as superfícies externas e internas do corpo; adenocarcinoma, é um carcinoma com origem no tecido glandular; os sarcomas que são constituídos por células cancerígenas nos músculos, ossos e cartilagens; os linfomas que se formam no sistema linfático e as leucemias que atacam o sistema sanguíneo e medula óssea através da multiplicação de células brancas (leucócitos), alterando assim o sistema imunitário (Ogden, 2004; Straub, 2007; WHO, 2013).

No entanto, nem todos os tumores são cancerígenos, sendo o caso dos tumores benignos, onde as células são idênticas às células normais, geralmente mantêm-se no mesmo

local (não metastizam) pois as células estão envolvidas por membrana que, de certa forma, impede a expansão e a invasão das mesmas para outros locais do corpo, sendo o seu crescimento local e a sua evolução lenta, tendo a característica de poder parar ou retroceder o seu desenvolvimento, não tendo assim um risco acrescido de vida para o indivíduo, ao contrário dos tumores malignos (Odgen, 2004).

O cancro torna-se assim uma das doenças mais ameaçadoras devido a uma série de fatores, tais como, o dilema vida/morte, a incerteza face à sobrevivência e evolução da doença podendo ocorrer o reaparecimento de novos tumores, as alterações na imagem corporal e por vezes ao nível funcional que podem conduzir a uma pior QDV, os tratamentos invasivos (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) que podem ser prolongados no tempo acabando por limitar a atividade laboral do paciente, levando a preocupações económicas e profissionais, podendo existir também limitações nas interações sociais implicando um pior ajustamento psicossocial (Patrão, 2007).

O processo de adaptação à doença oncológica passa então por questões clínicas e psicossociais, tais como, o estadio, prognóstico e representação da doença, o estado físico geral, antecedentes pessoais e familiares, a relação com a equipa prestadora de cuidados, a existência de psicopatologia prévia, o estado emocional, a capacidade de lidar eficazmente com o *stress* (estratégias de *coping*), a personalidade, a espiritualidade, o suporte social percebido (isolamento vs. bom suporte), os acontecimentos de vida negativos, a dor, a agressividade, reações e resposta aos tratamentos. Estes fatores vão contribuir para um pior ou melhor ajustamento psicossocial à doença e seus tratamentos (adesão e resultados), tendo repercussões ao nível da qualidade de vida, sintomas e sobrevivência do doente (Breidart, 1995, *in* Landeiro, 2011; Johansen, 2010; NCCN, 2013; Ngoma & Msemo, 2010; Patrão, 2007; Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012b; Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001).

Os tratamentos requerem assim por parte do doente um maior esforço de adaptação, sendo os administrados em meio hospitalar particularmente aversivos física e psicologicamente, tanto durante o tratamento mas também antes do seu início. A decisão de seguir o tratamento para o cancro pode ser uma experiência perturbadora, para o paciente e para a sua família, devido à evolução e prognóstico da própria doença, aos efeitos secundários que causam sofrimento físico e psicológico, que levam a um possível decréscimo da qualidade de vida, podendo assim representar uma ameaça mais angustiante do que a própria morte (Landeiro, 2011).

O impacto emocional ao diagnóstico, tanto para o paciente como para a sua família, é semelhante ao *desânimo aprendido* descrito por Seligman, onde as “vítimas” acreditam que nada do que possam fazer irá alterar o desfecho final, a morte (Landeiro, 2011). Apesar de atualmente a maioria dos câncros serem tratáveis e curados, para muitos dos pacientes esta doença continua a ter como sinónimo a morte. Ainda hoje, por vezes, os médicos e familiares preferem que o doente não saiba o nome da doença para que este não perder a esperança (Holland & Weiss, 2010).

Relativamente à família, o impacto emocional e as reações emocionais ao diagnóstico de cancro são idênticas às do familiar doente (experiência de medo, fragilidade, ansiedade, desespero e instabilidade emocional devido às incertezas do processo de doença), embora possam ser vividas em momentos diferentes. O diagnóstico pode então alterar uma série de aspetos na vida familiar, como por exemplo, na distribuição de papéis que muitas vezes têm de ser reformulados, trazendo novas responsabilidades e competências acrescidas, alterando assim as rotinas, regras e rituais que existiam e toda uma dinâmica familiar, podendo ser algo desorganizador, tendo de enfrentar um processo de adaptação a vários níveis. Para além disso, devido à alteração dos serviços de saúde, são cada vez menos os doentes oncológicos hospitalizados cabendo também à família prestar os cuidados necessários, apesar de não terem qualquer formação específica que lhes permita assegurar a qualidade dos mesmos, não estando emocionalmente preparados para desempenhar esta função eficazmente, podendo mesmo pôr em risco a própria saúde física e mental do cuidador (e.g. *distress* e *burnout*), acabando por influenciar também o bem-estar do doente oncológico (Landeiro, 2011; Najjar, Davis, Beck-Coon & Doebbellling, 2009).

Ao longo dos tempos diversas foram as definições para a palavra cancro, inclusive no sentido figurado: “Mal contínuo e lento que vai arruinando” (Dicionário Enciclopédico Lello Universal, 1981, p. 448), “Mal insidioso capaz de arruinar” (Nova Enciclopédia Larousse, 1997, p.1399), “Mal que se agrava progressivamente” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003, p.293). O cancro é uma doença mítica ligada ao imaginário coletivo tendo uma dimensão pejorativa de “mal absoluto” e “doença terminal”.

É então possível perceber o estigma negativo que o cancro acarreta na sua caracterização, centrada numa forte ameaça à vida do doente, devido à impossibilidade de cura, estando subjacente um sofrimento físico e psicológico prolongado, onde existem diversos medos e emoções negativas para além de uma ideia de sentença de morte, inerente a todo o processo terapêutico e às características da doença, onde o doente é confrontado a uma

experiência mais radical de perda imaginária ou real de si (Sami-Ali & cols., 2004; Holland & Weiss, 2010).

As consequências físicas e psicológicas associadas à doença oncológica são inúmeras, não estando presentes em todos os casos, no entanto, as mais comuns são: dores, cansaço, fadiga, vômitos, náuseas, anemia, perda de apetite, alterações de peso, queda de cabelo (alopecia), diarreia, obstipação, inflamações da boca, reações cutâneas, alterações no desejo sexual (libido), tonturas, confusão mental, dificuldades de concentração, distúrbios do sono, alterações dos estados de humor, irritabilidade, ansiedade, tristeza, revolta, angústia, entre outras (Ogden, 2004; NCCN, 2013).

Desta forma, esta patologia provoca no doente sentimentos de incerteza face ao futuro e à evolução do cancro, acompanhada de um medo latente e constante de que a doença, subitamente e por qualquer motivo, se instale novamente. Este comportamento é conhecido por *Síndrome de Dâmoques*, considerada como uma das principais repercussões psicossociais do cancro e do período pós-tratamentos, onde o doente sente receio de entrar na vida normal, inseguro de que a doença volte, tendo assim medo de morrer (Pais-Ribeiro, 2007). A reincidência do cancro possui um caráter ameaçador pois simboliza o fracasso dos esforços empenhados em controlar a doença e coloca o seu portador novamente frente à sua própria finitude. A possibilidade da recaída parece ser especialmente angustiante, pois, além de evidenciar de forma contundente a fragilidade que marca a condição humana, é vivenciada como uma nova ameaça ao corpo já mutilado pelo tratamento (EERP, 2006, *in* Landeiro, 2011).

Todo o comportamento está relacionado com a personalidade do sujeito e muitos são os estudos desenvolvidos que tentam compreender a relação entre o cancro e a personalidade. Defende-se que indivíduos com certos padrões de personalidade, como a *Personalidade Tipo C*, estão mais propensos a este tipo de doenças, sugerindo que o tipo de reações emocionais destes face a fatores psicossociais percebidos como potencialmente stressantes, tais como os acontecimentos de vida negativos (morte de uma pessoa significativa, doença prolongada do próprio ou de outro, perda de suporte social – separação/divórcio e problemas económicos/emprego), estão associados à alteração do estado emocional ocorrendo mudanças fisiológicas que perturbam o equilíbrio básico do sujeito, levando a uma fragilidade da imunocompetência orgânica e conseqüente aumento da vulnerabilidade do sistema imunológico, favorecendo o aparecimento e/ou desenvolvimento da doença oncológica (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Patrão, 2007; Maia & Correia, 2008; Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012b).

Este tipo de personalidade apresenta-se relacionado com um determinado perfil psicológico, que nestes indivíduos geralmente traduz-se num baixo nível de neuroticismo existindo um estilo de *coping* de controlo da expressão emocional na relação com os outros, principalmente na expressão das emoções negativas (raiva, tristeza e ansiedade), reagindo a situações de *stress* com sentimentos de desespero e culpabilidade, com tendência a serem pouco assertivos, recorrendo frequentemente a mecanismos de defesa como a negação e repressão perante estados emocionais intensos, resultando assim na somatização dos conflitos emocionais. Têm um estilo cooperativo e submisso com tendência ao auto-sacrifício, respeitam a autoridade e evitam o conflito, revelando uma excessiva amabilidade e deseabilidade social, existindo assim uma dissimulação emocional, bem como, traços ansiosos e depressivos (Ogden, 2004; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Straub, 2007).

Outro fator apontado como relevante na doença oncológica são as estratégias de *coping*, que permitem compreender as quebras no comportamento adaptativo dos pacientes. As estratégias de *coping* são responsáveis pela forma ou capacidade de lidar com os acontecimentos sentidos como stressantes, podendo ter uma causa externa (ambiente/situação vivida) como interna (reação emocional), deste modo o processo de *coping* pode ser centrado no problema (resposta externa) ou na emoção (resposta interna). Estas estratégias permitem assim restabelecer um controlo sobre a situação causadora de *stress*, sendo uma regulação emocional para alcançar o equilíbrio e o bem-estar subjetivo do sujeito. (Bennett, 2002; Fischer & Tarquinio, 2006; Ogden, 2004).

Existem várias teorias e modelos acerca das estratégias da *coping*, todavia, estas podem dividir-se em: espírito de luta, evitamento, fatalismo, preocupação ansiosa e o desânimo/fraqueza. O espírito de luta é uma atitude otimista de desafio, numa tentativa de obter uma maior perceção de controlo face à doença, por exemplo, indo em busca de informação sobre o cancro; o evitamento, onde pode ser minimizado e/ou negado o diagnóstico havendo assim uma demissão de se confrontar com a doença, onde não se pensa ou fala sobre a doença existindo um pior ajustamento à mesma; o fatalismo, existe uma maior passividade face ao diagnóstico existindo uma aceitação estóica, parecendo resignada com o que o destino lhe possa trazer, sendo uma atitude de controlo emocional; a preocupação ansiosa, existe uma ansiedade e preocupação constante devido à perceção de doença muito ameaçadora; e por fim o desânimo/fatalismo, sendo uma atitude pessimista onde a doença é vivida como perda, existindo sentimentos de desespero, impotência ou culpa, onde existe uma expectativa de morte eminente e a ausência de controlo sobre a doença (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chrysochoou, 2006; Watson & Greer, 1998 *in* Patrão, 2007).

Consideram-se existir estratégias de *coping* mais positivas, que favorecem o ajustamento emocional e melhor adaptação à situação stressante, permitindo obter uma maior perceção de controlo sobre doença e a redução da ameaça, estando associadas a um melhor prognóstico; e mais negativas, que anulam a possibilidade de ajustamento, ligadas à vivência da incerteza, perda e ameaça, estando associadas a pior prognóstico e pior QDV global e funcional. Como estratégias adaptativas de melhor ajustamento psicossocial temos o espírito de luta e o evitamento (quando minimizador do impacto do diagnóstico), enquanto que, o fatalismo, a preocupação ansiosa e os sentimentos de desânimo/fraqueza são estratégias de *coping* passivas pouco adaptativas existindo um pior ajustamento psicossocial à doença (Watson & Greer, 1998 *in* Patrão, 2007; Gopie, Vasen & Tibben, 2012).

Várias são as evidências na inter-relação entre o biológico e o psicológico, no entanto, não existe uma relação linear de causa-efeito entre a Personalidade Tipo C, as estratégias de *coping* e o aparecimento/desenvolvimento do cancro, acabando por não ser algo exclusivo deste tipo de patologia, pois também se verificam em pacientes com outras doenças crónicas (Ogden, 2004; Maia & Correia, 2008). Contudo, o *stress* crónico já é considerado um fator de risco, visto que este pode levar à debilidade do sistema imunitário, dando espaço a que as células cancerígenas se possam desenvolver (Sami-Ali & cols, 2004).

Incidência, Morbilidade e Mortalidade em Portugal e no Mundo

As doenças de degenerescência orgânica (cancro e doenças cardiovasculares) são as principais causas de morte a nível nacional e mundial (INE, 2013). Dentro do conjunto das doenças crónicas, o cancro destaca-se na medida em que apresenta uma elevada taxa de incidência, morbilidade e mortalidade (Jemal et al., 2011).

Em todo o mundo, uma em cada oito mortes é devida ao cancro, causando mais mortes do que o HIV, a tuberculose e a malária juntas, sendo já a principal causa de morte nos países desenvolvidos (26,6%) e a segunda nos países em desenvolvimento (10,4%), a seguir às doenças cardiovasculares (14,5%), contudo, estima-se que nos próximos anos o cancro irá ser a principal causa de morte mundial substituindo as doenças cardiovasculares (ACS, 2011; IARC, 2011; Jemal et al 2011).

Em Portugal, o cancro é a segunda causa de morte (23,5%), a seguir às doenças cardiovasculares (31,8%), no entanto, é a principal causa de morte prematura, isto é, antes dos 70 anos de idade (DGS, 2012; INE, 2013; George, 2012). A nível global aproximadamente 50% dos casos de cancro nos países desenvolvidos ocorrem em indivíduos com menos de 65 anos de idade (ACS, 2011). Sabe-se que qualquer pessoa pode desenvolver cancro, no

entanto, o risco de ser diagnosticado com o mesmo aumenta consideravelmente com a idade. A nível nacional, a taxa de mortalidade por cada 100 mil habitantes, é de 70,3 casos de morte antes dos 65 anos, sendo que, este número aumenta exponencialmente para 817,91 mortes após os 65 anos de idade (DGS, 2013).

Em 2008, existiram cerca de 12,7 milhões de novos casos (56% destes ocorreram em países menos desenvolvidos), 7,6 milhões de mortes (cerca de 21.000 pessoas por dia, 64% em países em desenvolvimento) e existiam 28,8 milhões de pessoas vivas com cancro (dentro de 5 anos após o diagnóstico) em todo o mundo (ACS, 2011; IARC, 2011; Jemal et al 2011). Relativamente à morbilidade, os cancros mais comuns são o da mama (5,2 milhões de mulheres sobrevivem até cinco anos após o diagnóstico), o colo-rectal (3,3 milhões de pessoas) e o da próstata (3,2 milhões de homens) (IARC, 2011).

Uma previsão realizada pela IARC, tendo por base o envelhecimento da população, indicou um aumento de 12,6% em novos casos de cancro em Portugal. Estima-se existirem, por cada 100 mil habitantes, uma incidência de 402,6 novos casos, 154,3 mortes e 888,13 casos de morbilidade por patologia oncológica (DGS, 2013). Nos últimos cinco anos registou-se um aumento de mortes por cancro, sendo que, em 2011 morreram 25.593 portugueses e este número tende a aumentar (INE, 2012).

Mundialmente, tanto a incidência como a mortalidade mostram-se superiores no género masculino, afetando 6,6 milhões de homens (vs. 6 milhões de mulheres) e matando 4,2 milhões destes (vs. 3,3 milhões) (WCRF International, 2013). Em Portugal, a mortalidade devida ao cancro atinge 27,5% dos homens e 19,3% das mulheres (213,8 vs. 108,8 casos por 100 mil habitantes respetivamente), imediatamente a seguir às doenças cardiovasculares que atinge mais mulheres (36,3% vs. 27,5%) (DGS, 2013; INE, 2013).

Estima-se que em 2030, a carga global terá aumentado para 21,4 milhões os novos casos (sendo que 60-70% ocorrerão nos países desenvolvidos) e 13,2 milhões as mortes por cancro, baseado nos fatores de crescimento e envelhecimento da população, bem como a redução da mortalidade infantil e de mortes por doenças infecciosas (IARC, 2011).

Em 2010 a incidência de cancro em Portugal era superior a 40 mil novos casos e a previsão de evolução para 2030 será superior a 50 mil (DGS, 2013). Por outro lado, a sobrevivência dos doentes com cancro também tem vindo a aumentar graças a múltiplos fatores, entre os quais o desenvolvimento científico e o empenhamento dos profissionais, sendo crescente uma nova população, os sobreviventes de cancro, com problemas clínicos e sociais particulares (INE, 2012; DGS, 2013).

A nível global, os cinco cancros mais comuns são o do pulmão (1,6 milhões – 12,7%), a mama feminina (1,4 milhões – 10,9%), o colo-rectal (1,2 milhões – 9,7%), o estômago (990 mil – 7,8%) e a próstata (913 mil – 7%) (ACS, 2011; IARC, 2011). No nosso país, estima-se que por cada 100 mil habitantes, os tipos de cancro mais comuns são o da próstata (114 novos casos), da mama feminina (101,80), do cólon (42,80), do pulmão (30,60) e do estômago (27,20), sendo este último o único a apresentar uma contínua uma redução na sua incidência nos últimos anos (DGS, 2013).

Mundialmente os cancros que mais matam são o do pulmão (1,4 milhões – 18,2%), do estômago (738 mil – 9,7%), do fígado (695 mil – 9,2%), do colo-rectal (608 mil – 8,1%) e o da mama (458 mil – 6,1%) (ACS, 2011; IARC, 2011). Em Portugal, os mais mortais são os da próstata (36,8%), do pulmão (35%), da mama feminina (29,5%), do cólon (26,6%) e do estômago (23,4%) (DGS, 2013).

No género masculino a incidência mundial é maior no pulmão (1,1 milhões), na próstata (904 mil) e no colo-rectal (664 mil), e os que mais matam são o do pulmão (951 mil), o do fígado (478 mil) e o do estômago (464 mil), sendo que, nos países desenvolvidos, a incidência é maior no cancro da próstata (648 mil), enquanto que, nos países em desenvolvimento é o cancro do pulmão (613 mil), contudo, em ambos os países o cancro do pulmão é o que mata mais homens (412 mil vs. 539 mil respetivamente) (ACS, 2011; IARC, 2011).

Em Portugal, a incidência no género masculino acompanha os valores globais, sendo o cancro mais comum o do pulmão (21,9%), seguindo-se o da próstata (12,0%) e o do cólon (10,1%), contudo, como principal causa de morte temos o cancro do pulmão (6 %), da próstata (3,3%), do cólon (2,8%) e do estômago (2,5%) (INE, 2013).

No género feminino, os cancros com maior incidência a nível global são o da mama (1,4 milhões), do colo-rectal (570 mil) e do colo do útero (530 mil), sendo que, a mortalidade é maior na mama (458 mil), pulmão (427 mil) e colo-rectal (288 mil). Tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento o cancro com maior incidência é o da mama (692 mil vs. 691 mil), contudo, o número de mortes é muito inferior nos países desenvolvidos do que nos em desenvolvimento (190 mil vs. 269 mil respetivamente) (ACS, 2011; IARC, 2011).

A nível nacional, os cancros com maior incidência no género feminino são o da mama (16,6%), seguindo-se o do cólon (11,4%) e do estômago (9,4%), tendo este último um peso superior nas mulheres (9,4% vs. 9,2%). Os tumores do tipo hematológico (9,1%) – que afetam o sangue, medula óssea e gânglios linfáticos, tais como as leucemias, os linfomas e os mielomas – e os tumores do pâncreas (5,7%) afetam mais as mulheres do que os homens

(7,3% vs. 4,5% respectivamente). Como principais causas de morte nas mulheres, um primeiro lugar está o cancro da mama (3,2%), seguindo-se o do cólon (2,2%), do estômago e os do tipo hematológico (1,8%) (INE, 2013).

Evolução, Classificação e Diferentes Tipos de Tratamentos

O desenvolvimento desta doença é moroso, entre a exposição aos fatores externos e o cancro detetável costumam passar dez ou mais anos, daí a importância da doença ser detetada ainda numa fase precoce, quando as lesões são menores, existindo assim um prognóstico mais favorável e a possibilidade dos tratamentos realizados serem mais eficazes, controlando deste modo a difusão das células (ACS, 2013).

Globalmente o cancro é classificado através de estadios, que descrevem a extensão ou a propagação da doença no momento do diagnóstico, sendo essencial para determinar a escolha da terapêutica e a avaliação do prognóstico. O estadio é baseado no tamanho, local do tumor primário e se este se espalhou para outras áreas do corpo (ACS, 2011).

O sistema TNM (T – tumor; N – nódulos; M – metástases) avalia e classifica os tumores em três formas: o tamanho e localização do tumor primário (T – 0 a 4), a ausência ou presença de envolvimento de nódulos linfáticos regionais (N – 0 a 3) e a ausência ou a presença de metástases distantes (M – 0 a 1). Uma vez que o T, N e M são determinados, é atribuído um estadio de 0, I, II, III ou IV. O estadio 0 corresponde à fase inicial e o estadio IV a uma fase já avançada da doença, ou seja, classifica-se em que medida o cancro se espalhou a partir do seu ponto de origem (*in situ*, local, regional e distante). Se as células cancerígenas estão presentes apenas na camada de células onde se originou e não penetrou a membrana basal do tecido, estamos perante a fase *in situ*, caso contrário é considerado invasivo. A fase local é quando as células malignas estão confinadas ao órgão de origem, a fase regional quando as células se espalharam para além do seu local inicial (primário), para os nódulos linfáticos ou tecidos próximos, e é considerado distante quando as células se estenderam a partir do sítio primário para outros órgãos ou gânglios linfáticos distantes (Wittekind et al, 2005; ACS, 2011).

Consoante o tipo de cancro e seu estadio, os tratamentos têm diferentes objetivos podendo ser curativos (neo-adjuvantes e adjuvantes) ou paliativos. O termo curativo acontece pois o objetivo é eliminar o cancro por completo, tentando alcançar a cura o que acaba por nunca ser garantido na sua totalidade. O tratamento paliativo tem como objetivo aliviar ou prevenir sintomas, prolongando consideravelmente a vida do paciente melhorando a sua qualidade de vida. O tratamento neo-adjuvante geralmente ocorre antes da cirurgia, no caso de

tumores de grande dimensão, em estádios II ou III, quando pode ser útil e necessário reduzir o tamanho do tumor inicial facilitando a cirurgia e possibilitando ter uma abordagem cirúrgica mais conservadora. O tratamento adjuvante ocorre após a cirurgia com o objetivo de destruir possíveis células cancerígenas que possam ter ficado no local do tumor, tentando desta forma prevenir o reaparecimento do cancro, no local do tumor primário ou noutra zona do organismo. O tratamento paliativo acontece quando o tumor já está metastizado, não tendo propriamente um intuito curativo mas sim controlar ou parar a evolução do tumor, bem como aliviar (paliar) ou prevenir os sintomas da própria doença, isto é, perante uma situação de incurabilidade, existe uma tentativa de atenuar os sintomas físicos, psicossociais, emocionais e espirituais do paciente com o objetivo de ajudar a pessoa a viver de fora mais confortável, respeitando-se os limites do próprio, melhorando assim a sua qualidade de vida (WHO, 2013).

O cancro é então tratado através de cirurgia, radiação, quimioterapia, terapêutica hormonal ou biológica (imunoterapia), atuando de duas formas: numa área específica (terapêutica local) ou em todo o corpo (terapêutica sistémica). A terapêutica local é realizada através da cirurgia, radioterapia ou braquiterapia (radiação interna por implante), removendo ou destruindo as células do tumor atuando apenas numa parte específica do corpo. Já a terapêutica sistémica é feita através da quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia, entrando e percorrendo a corrente sanguínea, destruindo e/ou controlando o crescimento das células cancerígenas que possam ter metastizado para além do tumor original. Adicionalmente, pode ainda ser usado o transplante ou autotransplante de células estaminais (indiferenciadas), para que novas células do sangue se desenvolvam a partir das células transplantadas, permitindo assim ao doente receber doses mais elevadas de quimioterapia e/ou radioterapia (ACS, 2011).

Em 2012 foram realizadas 41.705 cirurgias a neoplasias malignas em Portugal, sendo que, 67% (26.065 cirurgias) dos doentes oncológicos são operados em instituições que realizam mais de 1000 cirurgias oncológicas por ano. As cirurgias mais comuns são à pele e à região abdominopélvica, entre 8 e 10 mil cirurgias, seguindo-se a da mama e do colo-rectal, entre 4 a 6 mil cirurgias oncológicas. Relativamente a tratamentos, em 2011, foram admitidos 372.634 pacientes para sessão de radioterapia e 368.745 para quimioterapia e imunoterapia por condições neoplásicas (DGS, 2013).

Ao nível da intervenção e tratamento de perturbações psicocorporais existe um vasto leque de opções terapêuticas, contudo, existe uma forte evidência que suporta o valor das intervenções psicossociais (psicológico, social e farmacológico) e o seu impacto sobre qualquer aspeto da qualidade de vida, sintomas e sobrevivência. Neste sentido foram

referenciados como os três principais tipos de psicoterapia: a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia de apoio, a terapia familiar e de casal (NCCN, 2013; Regan, Lambert, Girgis, Kelly, Kayser & Turner, 2012).

As intervenções psicossociais incluem a terapia cognitivo-comportamental, a intervenção na crise, as técnicas de resolução de problemas, a psicoterapia de apoio individual e de grupo (Adler & Page, 2008; Jacobsen, 2009). A terapia cognitivo-comportamental envolve a identificação e correção de pensamentos disfuncionais (pensamentos automáticos) que levam à ansiedade, depressão ou outras formas de *distress*, utilizando técnicas de relaxamento e técnicas de resolução de problemas e reduzir o *distress*. Esta terapia é bastante eficaz no alívio de *distress* psicológico (ansiedade, depressão) e dos sintomas físicos (dor, fadiga) nos doentes oncológicos (Holland & Yesne, 2010; NCCN, 2013). As técnicas comportamentais como a hipnose, o relaxamento, o *biofeedback*, a distração imagética guiada, a dessensibilização sistemática, a dessensibilização e reprocessamento através do movimento ocular (EMDR), entre outras, são muito úteis numa ampla gama de situações em oncologia, tais como, o alívio da ansiedade relacionada a procedimentos cirúrgicos e o alívio ou prevenção de sintomas condicionados como as náuseas e vômitos antecipatórios associados à quimioterapia, como o objetivo terapêutico de através do reforço da identidade e dos recursos psicológicos do paciente reforçar também a imunocompetência orgânica do mesmo (Breitbart, Lederberg, Rueda-Lara & Alici, 2009; Holland & Yesne, 2010; Odgen, 2004; Sami-Ali & cols, 2004).

Das diferentes formas de intervenção em psicoterapia de grupo, apesar de não haver evidências no aumento das taxas de sobrevivência entre os doentes oncológicos, o impacto destas promove uma melhoria da qualidade de vida, estratégias de *coping*, auto-estima, controlo da dor e das relações interpessoais (Boesen & Johansen, 2008). Na terapia de grupo suportiva-expressiva (de orientação cognitivo-existencial) existem melhorias nos sintomas psicológicos, dor, e qualidade de vida em mulheres com cancro da mama metastizado, sendo que, em mulheres com um estadio inicial submetidas a quimioterapia adjuvante, a terapia de grupo cognitivo-existencial provou reduzir o *distress* psicológico. A psicoterapia de grupo centrada no significado, com o objetivo de ajudar pacientes com um estadio avançado a manter ou aumentar a perceção de significado ou sentido nas suas vidas (mesmo quando se aproximam do fim desta), reduzindo também eficazmente o *distress* nestes doentes (Kissane, Grabsch, Clarke, Smith, Love, Bloch, Snyder & Li, 2007).

Todas estas formas de intervenção psicossocial promovem, através de uma abordagem holística, a melhoria da qualidade de vida do doente, permitindo ao mesmo desenvolver

competências de autorregulação emocional, através de estratégias de *coping*, monitorizando a dor e tensão física, com o objetivo de diminuir das mesmas, aumentando assim uma sensação de bem-estar no paciente (Bennet, 2002; Fischer & Tarquinio, 2006; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Odgen, 2004).

Outra forma de tratamento de perturbações psicocorporais é a medicação psicofarmacológica (ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos, estabilizadores do humor), usada no tratamento da depressão, da ansiedade, do ciclo vigília-sono, desordem mental, *delirium* e também quando existem danos físicos como metástases cerebrais ou outros problemas clínicos que manifestem alterações e perturbações mentais, com o objetivo de aliviar os sintomas numa tentativa de proporcionar ao doente bem-estar e uma melhoria da qualidade de vida (Cordioli & cols., 2011).

Fatores de Risco e Prevenção

O cancro continua a aumentar, em grande parte devido ao envelhecimento e crescimento da população mundial, à exposição a fatores de risco e também a uma crescente adoção de comportamentos que aumentam o risco de contração de cancro, tais como, o uso do tabaco, consumo de álcool, stress, alimentação inadequada e sedentarismo (IARC, 2011; ACS, 2013; DGS, 2013).

Os tumores são causados por fatores externos (tabaco, produtos químicos, radiação e organismos infecciosos) e internos (mutações hereditárias, hormonas, condições imunológicas e mutações que ocorrem a partir do metabolismo) podendo agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o processo de formação do cancro (cancinogénese), sendo que, na maioria dos casos este desenvolvimento requer várias etapas que ocorrem ao longo dos anos (ACS, 2011).

Apesar de não existir uma forma concreta de prevenir o cancro, existem medidas preventivas que se podem adotar para diminuir o risco de contrair esta doença, todavia, pode acontecer que várias pessoas tenham um ou vários fatores de risco e não vêm a desenvolver esta doença, sendo que o contrário também pode acontecer, isto é, não terem nenhum fator de risco e desenvolvem cancro (ACS, 2011, IARC, 2011).

Estima-se que mais de metade de todos os casos e mortes por cancro em todo o mundo são potencialmente evitáveis através de medidas de prevenção primária (e.g. diminuição à exposição ao tabagismo) e de prevenção secundária (diagnóstico precoce em rastreios). Anualmente são diagnosticados na Europa 3,2 milhões de novos casos destes tipos de cancro, sendo possível diminuir as taxas de incidência através de uma combinação de medidas

políticas, educacionais e sociais que incentivem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, tais como, campanhas de saúde pública para a promoção da atividade física e hábitos alimentares saudáveis, implementar programas de rastreio eficazes que permitam um diagnóstico e tratamentos precoces, bem como a auto-responsabilidade para a prevenção individual de cancro (ACS, 2011).

Sabe-se que alguns tipos de cancro, tais como, o pulmão, a mama feminina e o colo-rectal, estão relacionados com fatores associados ao estilo de vida tais como o tabagismo, alcoolismo, má alimentação, sedentarismo, obesidade e com fatores reprodutivos, estando mais presentes nos países desenvolvidos e têm vindo a aumentar nos países em desenvolvimento (ACS, 2011; IARC, 2011; Jemal et al 2011).

Só em 2013, morreram cerca de 174 mil pessoas em todo o mundo devido ao uso do tabaco (ACS, 2013). O uso do tabaco está relacionado com 71% das mortes por cancro do pulmão, respondendo a pelo menos 22% de todas as mortes por cancro e de acordo com as tendências estima-se que o uso matará 1 bilião de pessoas durante o século XXI (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2013; WHO, 2013).

Certos tipos de cancros estão ligados a agentes infecciosos, tais como o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus do papiloma humano (HPV) e *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) são responsáveis por 20% das mortes por cancro e poderiam ser evitados através de mudanças comportamentais, uso de vacinas (para o fígado e cancro do colo do útero), antibióticos e melhoria de saneamento ou educação (WHO, 2013). Muitos dos cancros de pele poderiam ser evitados protegendo a mesma da exposição excessiva ao sol, evitando também o bronzear artificial. Já o cancro do colo-rectal e do colo do útero podem ser evitados através da deteção e remoção de lesões pré-cancerosas através de exames de rastreio regulares realizados por um profissional de saúde. (ACS, 2013).

Ainda há muito a ser aprendido acerca das várias causas dos diferentes tipos de cancro, todavia, é importante uma deteção precoce do cancro pois é menos letal e mais tratável do que em estádios mais tardios, existindo uma maior probabilidade dos tratamentos serem bem-sucedidos e menos extenso. Está provado que o rastreio tem sido eficaz na redução da mortalidade na mama, colo do útero e colo-rectal. Os tipos de cancros que podem ser detetados numa fase inicial através do rastreio são: mama, colo do útero, colo-rectal, próstata, cavidade oral e pele (ACS, 2011). O rastreio torna-se um ótimo recurso, por exemplo para quem tem antecedentes oncológicos na família permitindo saber qual o risco de vir a contrair determinado tipo de cancro, todavia, esta decisão acarreta preocupações a nível psicológico tanto para o próprio como para a família envolvente (Odgen, 2004).

Em Portugal, na última década houve progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro, como a implementação de programas de combate às listas de espera para cirurgias e a redução das mesmas, instalação de novas unidades de radioterapia e melhoria das existentes e ainda a implementação de programas de rastreio (DGS, 2012). No entanto, a cobertura geográfica dos rastreios oncológicos não aumentou nos últimos anos tanto como o previsto, sendo a sua dinâmica muito regional e portanto variável, causando iniquidades no acesso, existindo graves lacunas na região de Lisboa e Vale do Tejo, no que toca aos rastreios do cancro da mama, útero e colo-rectal, não estando ao alcance de todos, tanto em termos geográficos como também devido aos recursos limitados ou à inexistência de sistemas eficazes implementados, existindo assimetrias regionais que devem ser eliminadas (DGS, 2013).

Em conclusão, o avanço no conhecimento e o controlo do cancro caminham lado a lado, num esforço para promoverem o desenvolvimento humano e económico, melhorando os padrões de saúde, educação e assistência médica em todo o mundo.

***Distress* e suas Implicações na Doença Oncológica**

Para Selye, o *stress* tem quatro variações básicas, duas delas relacionadas com a intensidade: acentuada (*hyperstress*) e moderada (*hypostress*); e as outras duas relacionadas com a forma como este é encarado: saudável (*eustress*) e patológico (*distress*). O *eustress* corresponde ao *stress* saudável, benéfico, positivo, criativo ou construtivo, manifestada através da vitalidade, prazer, alegria, vontade de viver e onde os obstáculos são encarados como desafios. O *distress* é um *stress* patológico, prejudicial e destrutivo estando relacionado com a derrota, a angústia, o sofrimento, a tristeza, a insegurança, a raiva, a incapacidade de criar, implicações da doença e até a morte, onde predominam emoções destrutivas e incapacitantes como a ansiedade, medo, depressão, desprazer, baixa capacidade de concentração e insónias (Szabo, Tache & Somogyi, 2012).

Apesar do *distress* não estar contemplado no DSM-IV ou no CID-10, este é frequentemente considerado equivalente à perturbação de adaptação (com ansiedade e/ou depressão, ou mista), sendo este o transtorno emocional mais comum no decurso de uma doença oncológica, estando presente em 20% dos cancros numa fase inicial e 15% numa fase mais avançada (Mitchell, 2012; NCCN, 2013). Esta perturbação é definida como o “desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais significativos em resposta a um ou mais stressores psicossociais identificáveis” (DSM-IV-TR, 2000, p.683).

Em oncologia o *distress* é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e / ou espiritual, que pode interferir na capacidade de lidar (sentir, pensar e agir) perante a doença oncológica (diagnóstico, sintomas físicos e tratamentos). O *distress* caracteriza-se então por se prolongar no tempo, quando uma variação constante de humor de sentimentos comuns, tais como a vulnerabilidade, a tristeza pela perda de saúde, o medo do futuro e entre outras preocupações, a raiva, a impotência, o sentimento de culpa, que vão evoluir a ganhar proporções mais graves podendo levar a um transtorno psiquiátrico incapacitante como a depressão major, ansiedade generalizada, pânico, isolamento social, crises existenciais e/ou espirituais. O termo *distress* foi adotado pela oncologia por este caracterizar bem determinados aspetos psicossociais do paciente durante o processo terapêutico do cancro e também por ser uma expressão pouco estigmatizada sendo melhor aceite (NCCN 2013).

A National Cancer Institute (NCI) considera o *distress* como um contínuo que inclui a perturbação de adaptação, depressão e ansiedade (Mitchell, 2007), tendo sido considerado pela Internacional Psycho-Oncology Society (IPOS) o sexto sinal vital no cuidado ao doente oncológico, a seguir à temperatura, respiração, pressão arterial, batimento cardíaco e dor. Em vários países já existem programas implementados que avaliam e identificam os níveis e a natureza do *distress*, devido a este ser um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas no decorrer da doença oncológica, visto esta geralmente durar anos, tendo por objetivo atuar preventivamente na redução ou eliminação dessas possíveis perturbações, possibilitando, ao mesmo tempo, ao paciente um espaço de conversa onde pode expressar os seus sentimentos, dúvidas e angústias (Howell & Olsen, 2011; NCCN, 2013; Watson & Bultz, 2010). Assim, o *distress*, a depressão e ansiedade são importantes não só para profissionais de saúde mental, mas também para os clínicos oncológicos. A presença de *distress* está relacionada com a redução da qualidade de vida associada à saúde, falta de satisfação com os cuidados prestados, adesão aos tratamentos e possivelmente uma sobrevivência reduzida (Howell & Olsen, 2011; Mitchell, 2012).

Qualquer diagnóstico de doença grave ou crónica gere um período de crise na vida desses doentes, no entanto, há evidências de que o cancro causa um temor ainda mais intenso devido às suas características e conotação negativa (Holland & Weiss, 2010; Odgen, 2004). O cancro é uma doença que não estática e o estado do paciente vai-se alterando devido à evolução da mesma, tendo assim inúmeras implicações, para o doente e para a sua família, causando sofrimento e angústia a nível físico, psicológico, social e espiritual. Existe então a partir do diagnóstico um processo de adaptação psicossocial à doença e seus efeitos,

implicando uma resposta emocional a estes acontecimentos, traduzindo-se num pior ou melhor ajustamento com diferentes consequências psicossociais, que se desenrolam num determinado período de tempo, com uma durabilidade subjetiva (indivíduo para indivíduo), designado por ciclo psico-oncológico (NCCN, 2013; Patrão, Leal & Maroco, 2012).

Este ciclo é caracterizado por um conjunto de estádios que correspondem aos diferentes momentos da intervenção médica, sendo eles: diagnóstico, tratamentos, pós-tratamentos e sobrevivência. O estágio 1 corresponde ao momento até chegar ao diagnóstico, isto é, fase onde existe um pré-diagnóstico, recorrendo a exames e colheitas de amostras de tecidos ou células (biopsia) para chegar a um diagnóstico. Esta é a fase pré-cirurgia onde os tratamentos são neo-adjuvantes tendo por objetivo a redução do tumor para depois facilitar a cirurgia podendo esta ser mais conservadora. O estágio 2 decorre entre a aceitação do diagnóstico e o tratamento da doença, ou seja, é a fase pós-cirurgia e a realização dos tratamentos adjuvantes (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, entre outros) tendo por objetivo destruir ou eliminar o tumor prevenindo o seu reaparecimento. O estágio 3 refere-se ao tempo pós-tratamentos, caracterizado pela vigilância do estado de saúde de forma pontual deixando de existir um contato permanente com a equipa médica. Este estágio imprime sentimentos de abandono e maior vulnerabilidade física e emocional devido ao contraste existente para com o estágio anterior, onde as constantes avaliações do estado de saúde produziam sentimentos de segurança e controlo da doença. O último estágio corresponde a uma fase permanente de cura, equivalente à sobrevivência ou uma remissão controlada do tumor onde não existe evidência clínica da doença, sendo esta determinada no tempo, 5 anos após o diagnóstico (NCCN, 2013; Patrão, 2007).

O aparecimento ou desenvolvimento de *distress* em oncologia resulta de um vasto conjunto de variáveis e não apenas de um único fator, estando associado à angústia face ao diagnóstico, o sofrimento e dor física causada pelos tratamentos e pela própria doença, a incerteza face ao futuro, sobrevivência e qualidade de vida, associadas ao medo devido à ideia e/ou iminência de morte, tristeza pela perda de saúde e suas consequências (NCCN, 2013).

A notícia da doença oncológica interrompe a vida dos pacientes e prolonga-se, de um modo geral, por um longo período de tempo e sem garantias de cura. Grande parte dos doentes vivencia o *distress* no momento do diagnóstico e no início do tratamento, sendo descrito por estes como um momento traumático e stressante, apesar de nesta fase o *distress* ser considerado uma resposta natural (NCCN, 2013; Mitchell, 2012; Zabora et al., 2001). Numa fase inicial (estádio 1: do pré-diagnóstico ao diagnóstico passando por tratamento neo-adjuvantes e cirurgia), as respostas emocionais mais comuns são: medo, desespero, angústia,

impotência, incerteza, isolamento, negação, insegurança, descrença, raiva, amargura, hostilidade, ansiedade e/ou depressão com ou sem transtorno de adaptação, irritabilidade, perda de apetite, transtornos do sono, dificuldades de concentração, angústia, dor, desfiguramento, dependência, luto, separação, perdas e a ameaça de morte, para além dos efeitos colaterais dos tratamentos. Geralmente neste estágio os pacientes apresentam níveis de *distress* mais elevados e estratégias de *coping* reduzidas (Mitchell, 2012; NCCN, 2013).

Os tratamentos por si só já são debilitantes e podem até ser geradores de várias perturbações, deixando a pessoa fragilizada física e psicologicamente, provocando frequentemente alterações na imagem corporal, associada a uma vivência corporal de perda (perda de órgão ou de função), o que poderá ter um impacto profundo na auto-imagem e auto-estima, despoletando vivências de perda da integridade corporal e de identidade (Cardoso et al, 2006; Remondes-Costa, Jimenez & Pais Ribeiro, 2012; Sami-Ali & cols, 2004). Esta situação leva muitos dos doentes a sentirem uma diminuição da satisfação da imagem corporal e do prazer sexual, preocupação face à fertilidade e à sobrevivência, levando a um aumento de sentimentos de tristeza e *stress*, podendo levar a perturbações incapacitantes como a depressão, pânico, ansiedade ou isolamento (Lemieux, Maunsell & Provencher, 2008). Geralmente nesta fase (estádio 2: pós-cirurgia e tratamentos adjuvantes), a maioria dos doentes adaptam-se ao diagnóstico e aos tratamentos, aumentando a sua capacidade e adaptação e *coping*, reduzindo os níveis de *distress*. No entanto, aqueles que não aceitam a doença ou que por vivenciarem conflitos pessoais e/ou sociais importantes permanecem com um elevado *distress* não conseguindo minimizar o impacto e as consequências da doença. Nestes casos, por vezes os efeitos secundários dos tratamentos provocados no corpo do doente servem para muitos entrarem em contacto com a realidade do diagnóstico, acabando por integrá-lo (Mitchell, 2012; NCCN, 2013).

No caso de o cancro entrar em remissão (estádio 3: pós-tratamentos e vigilância intermitente do estado de saúde) existem dois tipos de reação: por um lado pode existir um sentimento de alívio e de vitória sobre a doença e sobre o medo, inerente ao fim da angústia do processo de doença, trazendo geralmente uma nova visão da vida; por outro lado pode haver um agravamento do estado emocional, sendo o resultado de um mau ajustamento ao processo de doença, deixando sequelas emocionais profundas existindo uma dificuldade de contemplar o futuro. Devido ao fim do contacto permanente com a equipa médica e constante vigilância do estado de saúde, trazendo ao doente sentimentos de segurança e controlo sobre a doença, nesta fase torna muito presente o sentimento de abandono, o medo da recidiva, a vulnerabilidade física e emocional, levando muitos pacientes a um estado de hipocondria e/ou

de hipervigilância da saúde, estando atentos a qualquer sinal ou sintoma do corpo. Estes pensamentos tornam-se obsessivos e o *distress* pode aumentar com o tempo. Depois de um período de remissão prolongada, o medo da recidiva diminui e o paciente frequentemente retoma as suas atividades de vida (Decat, 2008; Mitchell, 2012; Patrão, 2007).

No caso da recidiva, sentimentos como desânimo/fraqueza levam o paciente a sentir-se desencorajado de lutar e os medos, estigmas e crenças do cancro voltam a atormentar e a ruminar os pensamentos do doente, apresentando assim um elevado nível de *distress*. A recidiva é considerada uma das piores fases, sendo o retorno ao início do ciclo, o ressurgimento das problemáticas iniciais, estando equiparada aos sentimentos vivenciados na fase de diagnóstico, a intensidade é idêntica ou superior à fase inicial, a incerteza volta a fazer parte do seu universo, sendo uma fase muito marcada pela desesperança, menor confiança nos tratamentos, a descrença de uma possível cura, perda do controlo da situação e sentimentos de desgaste físico e psicológico, sendo por vezes diagnosticado nesta fase a perturbação de *stress* pós-traumático (Decat, 2008; Mitchell, 2012; NCCN, 2013; Patrão, 2007).

Na fase terminal/avançada existe um intenso sofrimento, derivado da evolução da doença, o *distress* é elevado estando relacionado com o medo da dor e da morte (Zabora et al., 2001). É caracterizada pela ansiedade, depressão, medo do abandono ou da solidão, perda de controlo, dependência física e psicológica, regressão, comportamento auto-destrutivo e resoluções de conflitos familiares (Mitchell, 2012). Nesta fase a intervenção psicossocial é ao nível do bem-estar psicológico, existencial e espiritual, atendendo às necessidades emocionais da pessoa, considerando os seus medos e ansiedades diante do sofrimento, da deterioração física e da iminência da morte (NCCN, 2013). Desta forma, é importante e necessário identificar precocemente os fatores emocionais envolvidos em cada fase do ciclo para que a intervenção possa ser efetiva e adequada.

Uma referência possível para compreender as respostas emocionais do doente oncológico nas diferentes fases da doença é o modelo de Kübler-Ross, dos estágios emocionais da doença terminal e do luto (negação, raiva, negociação, depressão e aceitação). Numa fase inicial é comum passar pelo estágio de negação, em que não se acredita no diagnóstico podendo mesmo em alguns casos não aderir ou abandonar o tratamento, agindo como se a doença não existisse. O estágio da raiva é caracterizada pela revolta, ressentimento, inconformismo e/ou inveja, onde o paciente frequentemente projeta estes sentimentos nos familiares e equipa de saúde. Na fase da negociação o paciente já integrou de certa forma que tem a doença e tenta negociar, geralmente de uma forma espiritual, através de algum tipo de acordo que adie o seu sofrimento ou até mesmo a morte. O estágio da depressão pode ocorrer

de duas formas: depressão reativa, uma resposta de tristeza face à doença e ao sofrimento; depressão preparatória, ligada à ideia de morte e às perdas impostas pela cronicidade da doença. Por último, a aceitação acontece quando a pessoa se conforma com a permanência da doença, o desfecho final que há-de vir e para o qual se preparou. Podem não ser percorridas todas as fases/estádios e/ou podem surgir mecanismos de defesa, como e.g. a regressão, como forma de *coping* (Kübler-Ross, 2005).

Diversos estudos indicam existir uma alta incidência de *distress* nesta população, sabendo-se que elevados níveis de *distress* trazem prejuízos no plano terapêutico e preventivo, com repercussões na adesão, decurso e resultados dos tratamentos contra o cancro, diminuindo a qualidade de vida dos pacientes e consequentemente aumentam os custos dos cuidados de saúde (Howell & Olsen, 2011; Linden, Vodermaier, Mackenzie & Greig, 2012; Mitchell, 2007, 2011, 2012; NCCN; 2013; Zabora, et al. 2001).

Mais de um terço da população oncológica em geral, experiencia e apresenta níveis significativos de *distress*, entre 28 a 43%, com necessidade de intervenção psicológica (Boyes, D'Este & Carey, 2013, Howell & Olsen, 2011; Mitchell, 2012; NCCN, 2013). As pesquisas descobriram que 20-47% dos recém-diagnosticados é comum apresentarem níveis elevados de *distress* e nos doentes em paliativos esta taxa ronda os 60% (Gao, Bennett, Stark, Murray & Higginson, 2010; NCCN, 2013).

Num estudo com doentes oncológicos com diversos tipos de cancro (n=10,153), averiguou-se que após o diagnóstico aproximadamente 19% preenchem os critérios de diagnóstico para um transtorno de ansiedade e quase 13% para depressão clínica, com um adicional de 22,6% e 16,5% demonstrando sintomas de ansiedade e depressão, respetivamente (Freed, 2012; Linden, et al., 2012). Quatro em cada dez doentes apresentam um nível de sofrimento emocional elevado, assim como, a depressão (com ou sem perturbação de adaptação) ocorre aproximadamente 3 em cada 10 pacientes (Mitchell, 2011).

Uma revisão de análises revelou que 18% dos pacientes apresentavam depressão, 38% ansiedade e 39% sofrimento emocional, revelando também que cerca de 40% a 50% dos doentes (adultos) experiencia níveis de *distress* significativos, passando despercebido e sem tratamento pelos profissionais oncológicos. Esta baixa deteção de *distress* e perturbações psicológicas parece estar relacionado com a sobrecarga de trabalho das equipas e disponibilidade dos serviços de saúde mental, sendo que dos casos detetados apenas uma minoria (cerca de 5%) é encaminhada para obter ajuda psicológica (Mitchell, 2007). Apenas 15 a 40% das questões emocionais são tratadas em consultório, sendo que a maioria dos pacientes é que fala sobre o assunto com um clinico ou chega mesmo a pedir ajuda clinica

(Mitchell, 2011; NCCN, 2013). Por vezes, mesmo os pacientes sobre níveis de *distress* não sentem necessário ajuda com os seus sintomas e/ou têm dificuldade em expressar o desejo de ajuda (36 a 64%) (Mitchell, 2011; Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds & Mitchell, 2011).

O *distress* deve ser considerado uma complicação tratável, através de intervenções psicossociais e tratamento farmacológico, que se pode apresentar em qualquer etapa do processo do cancro. Cerca de 30-40% dos pacientes têm uma combinação de distúrbios de humor (Mitchell, Chan, Bhatti, Halton, Grassi, Johansen & Meader, 2011). Em geral a prevalência de *distress* varia de acordo com o tipo e estadió do cancro, o género, e a idade do paciente. Existem evidências que demonstram que os jovens adultos sofrem mais de *distress* (ansiedade e depressão) do que os adultos mais velhos; um diagnóstico recente e um estadió avançado resultam em mais sintomas físicos e emocionais (22,6% ansiedade e 16,5% depressão); o *distress* é significativamente mais elevado nas mulheres em todos os tipos de cancro, sendo que as mulheres têm mais disposição para relatar os sintomas ansiosos e/ou depressivos e tendem a utilizar estratégias de *coping* emocional, ao contrário dos homens (Freed, 2012; Linden, et al., 2012).

Relativamente ao género, Frequentemente os pacientes do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de *distress* do que os pacientes do sexo masculino (Zabora et al, 2001; Bultz & Carlson, 2006), contudo, existem diferenças quanto às dimensões de *distress*, sendo mais elevado no género masculino na dimensão física (limitações nas atividades quotidianas) e para o género feminino na dimensão psicológica (ansiedade e preocupação). Em geral, as mulheres apresentam maior *distress* para as diferentes dimensões do sofrimento psíquico, sendo que os homens apresentam maiores níveis de *distress* nas dimensões da angústia somática (Herschback, Book, Brandl, Keller, Lindena, Neuwöhner & Marten-Mittag, 2008).

No tipo de cancro também existem diferenças relativamente ao *distress*, sendo que o cancro do pulmão (43,3%), ginecológico (29,6%) e do tipo hematológico revelam ser os mais propensos ao *distress* (Gao, et al., 2010; Holland, 2010; Linden, et al., 2012; NCCN, 2013). As mulheres com cancro hematológico foram as mais influenciadas pelo *distress* com taxas de ansiedade de grande significância e as taxas de depressão muito elevadas face ao recém-diagnóstico; os homens estavam mais próximos da média em relação à depressão, enquanto que, na ansiedade encontravam-se abaixo da média (Freed, 2012).

O comportamento do *distress*, mais associado à ansiedade e depressão, está associado ao tempo de diagnóstico da seguinte forma: no primeiro ano, 50%; nos seguintes reduz para 25% e no final dos 5 anos volta a aumentar para os 45% (Gao, et al., 2010).

Contudo, o tipo de cancro e a QDV relaciona-se de forma moderada com o *distress* (Mitchell, 2012). Também existe relação entre o baixo suporte social percebido verificando-se um aumento de ansiedade e depressão (NCCN, 2013).

A avaliação diagnóstica do *distress* revelou elementos úteis para a compreensão dos aspetos psicossociais presentes nas etapas do tratamento da doença oncológica, identificação dos momentos adequados e necessários para a intervenção psicológica. Ao que tudo indica, as intervenções psicológicas têm sido eficazes na redução do nível de *distress* e dos quadros de ansiedade e depressão. Tendo em vista os resultados obtidos ao longo das etapas do tratamento, em que a incidência desses transtornos diminuiu consideravelmente, as intervenções psicológicas contribuem para melhorar a qualidade de vida de doentes oncológicos (NCCN, 2013).

Método

Tipo de Estudo

O presente estudo tem um carácter exploratório, descritivo-transversal, do tipo correlacional e de natureza quantitativa.

Existem poucos estudos em Portugal acerca desta temática, pretendendo-se assim fornecer informação acerca da população em estudo, através de dados que são recolhidos num único momento, procurando explorar a existência de possíveis relações entre as variáveis e prever o comportamento de determinada variável quantificável, através de um coeficiente de correlação (Hill & Hill, 2005; D'Oliveira, 2007; Pais-Ribeiro, 2010).

Deste modo, tem como variáveis principais os níveis de *distress* em doentes oncológicos e como variáveis de influência as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Amostra

Participantes

O estudo foi constituído por uma amostra não probabilística ou intencional. Neste tipo de amostragem a probabilidade de um indivíduo pertencer à amostra é desconhecida, fazendo com que os indivíduos que fazem parte dela possam ser ou não representativos da população em estudo (Pais-Ribeiro, 2010).

Como critério de inclusão na amostra, a característica necessária era a pessoa ter ou já ter tido algum diagnóstico de cancro durante a sua vida, podendo estar em qualquer fase do processo de doença (diagnóstico, tratamentos ou sobrevivência).

Devido às características específicas da amostra, os indivíduos foram selecionados por conveniência, através de informantes estratégicos pelo método bola de neve ou *snowball*. Trata-se assim de uma amostra construída pelo investigador onde este recorre a um conjunto de informadores que indicam potenciais elementos para a amostra e que por sua vez estes podem recomendar os elementos seguintes (Maroco & Bispo, 2003; Pais-Ribeiro, 2010).

A participação neste estudo foi realizada de forma voluntária, mediante um questionário individual, confidencial e anónimo. Os questionários aplicados foram de autopreenchimento, no entanto, existiram casos onde estes foram aplicados por meio de entrevista a pedido dos inquiridos, por questões de conforto devido à fragilidade física e/ou emocional dos mesmos.

O Consentimento Informado foi executado por escrito e oralmente, tendo sido obtido por todos os participantes (Anexo A).

Caracterização da amostra

Dados Sociodemográficos

No presente estudo colaboraram 136 sujeitos falantes de língua portuguesa, que eram ou foram detentores de uma doença oncológica (Anexo B). Trata-se de uma amostra com idades compreendidas entre os 19 e os 91 anos ($M=54,97$; $DP=15,696$), sendo esta predominantemente feminina (72,8%; $n = 99$) pois apenas 27,2% ($n = 37$) dos inquiridos pertencem ao género masculino. Em termos de estado civil, a maioria é casada (55,9%), seguindo-se os viúvos (13,2%) e os solteiros (11,0%). Dos sujeitos que têm filhos (81,6%), 66,2% têm 1 filho ou dois filhos. Quase metade do agregado familiar é constituído por duas pessoas (40,3%). No que se refere às habilitações académicas, 28,7% têm o 1º ciclo, 25,0% o ensino superior e 19,9% têm o 3º ciclo. Relativamente à situação profissional os reformados constituem quase metade da amostra (42,2%) e os sujeitos empregados constituem 34,0% (Quadro 1)

Quadro 1: Descrição das Variáveis Sociodemográficos (n=136)

Variáveis	Medidas				
	Média		Desvio Padrão	Intervalo	
Idade (anos)	54,97		15,696	19 - 91	
	N	%		N	%
Género			Agregado Familiar		
Feminino	99	72,8	1	13	9,7
Masculino	37	27,2	2	54	40,3
			3	36	26,9
			4	26	19,4
Estado Civil			5	4	3,0
Solteiro(a)	15	11,0	8	1	0,7
Casado(a)	76	55,9			
União de Facto	9	6,6			
Namorar	3	2,2	Situação Profissional		
Divorciado(a)	14	10,3	Estudante	1	0,7
Separado(a)	1	0,7	Trabalhador	46	34,0
Viúvo(a)	18	13,2	Desempregado	14	10,4
			Reformado	57	42,2
Nº de Filhos			Baixa	17	12,6
0	25	18,4			
1	45	33,1	Escolaridade		
2	45	33,1	1º Ciclo – 4º Ano	39	28,7
3	15	11,0	2º Ciclo – 6º Ano	10	7,4
4	4	2,9	3º Ciclo – 9º Ano	27	19,9
5	2	1,5	Secundário – 12º Ano	26	19,1
			Superior	34	25,0

Material

A recolha dos dados incluiu apenas um momento avaliativo que se traduziu na aplicação de dois instrumentos de autorresposta, o *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (Teodoro & Patrão, 2012) (Anexo C) e os *Termómetros da Emoção (Emotion Thermometers – ET7*, Mitchell, 2010a; 2010b; validada por Bizarro, Patrão & Deep, 2011) (Anexo D), ambos de fácil administração e compreensão.

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário foi criado com o objetivo de poder caracterizar a população em estudo através de dois tipos de variáveis, sociodemográficas e clínicas. As variáveis sociodemográficas avaliadas foram a Idade, o Género, o Estado Civil, o Número de Filhos, o Agregado Familiar, a Escolaridade, a Situação Profissional e a Profissão.

As variáveis clínicas foram realizadas através de questões abertas e dicotómicas, “Sim” ou “Não”, com o objetivo de avaliar: o Tipo de Cancro, o Tempo de Diagnóstico, o Estadio do Cancro, o Tipo de Cirurgia e Número de vezes realizada, o Tipo e Duração do

Tratamento, o Término do Tratamento, o Tratamento Atual, as Complicações Associadas, Outro Diagnóstico de Cancro, as Recidivas, Outra Doença Crónica e Duração, o Tipo e a Utilização de Psicofármacos: Antes, Durante ou Depois do Diagnóstico de Cancro, a Participação ou o Desejo de Intervenção Psicológica: Duração, Término e Benefício, o Suporte Social, os Acontecimentos de Vida Negativos e os Antecedentes Familiares Oncológicos

Termómetros da Emoção (TE)

Originalmente esta escala, *The Emotion Thermometers*, foi criada pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) em 2007, especifica para doentes oncológicos e cuja versão tem 5 itens. Posteriormente esta foi revista e adaptada pelo Alex Mitchell em 2010, surgindo então uma nova versão com 7 itens, tendo sido esta última a utilizada para o presente estudo, através da versão portuguesa validada por Bizarro, Patrão e Deep em 2011.

Esta escala é uma rápida ferramenta de triagem para a deteção e acompanhamento de distúrbios emocionais na prática clínica, tendo um design visual simples e apelativo, sendo de rápida aplicação e fácil compreensão para a maioria dos pacientes. Tem como objetivo avaliar os níveis de *distress* e é composta por 7 dimensões, ilustradas visualmente por um termómetro de cores diferentes para cada dimensão: sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta, duração e impacto desses sintomas e o nível da necessidade de ajuda sentida pelo paciente.

Estes 7 termómetros contêm uma escala de 11 pontos (0-10) de tipo Likert, na qual o inquirido deverá selecionar um número, entre 0-10, que melhor descreve o seu estado emocional durante a última semana e o próprio dia em que preenche o questionário. A escala tem como valor mínimo zero para “Nenhum/a” e como valor máximo dez para “Extremo/a”, “Não consigo funcionar” e “Desesperadamente”, sendo o valor de corte recomendado ≥ 4 , considerando-se que a pessoa está sob a influência de *distress* e tal poderá estar a afetar a vida do sujeito, contudo, quanto mais elevado for o número indicado maior será a angústia/sofrimento sentida pelo mesmo, sendo que, entre os valores 8 e 10 os sintomas são considerados acentuados.

Esta escala conta ainda com um grupo de questões dicotómicas, “Sim” ou “Não”, composta por 5 dimensões relacionadas com a qualidade de vida do sujeito: problemas do dia-a-dia, familiares, emocionais, físicos e de aspetos religiosos/espirituais, onde o participante deve indicar quais são as afirmações que revelam ter sido um problema para o próprio na última semana, incluindo o dia em que responde ao inquérito

Quanto às qualidades métricas da escala, recorreu-se à análise da consistência interna do termómetro emocional, com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. O valor encontrado para o TE foi de 0,892, como se pode observar no quadro 2 (Anexo E), podendo ser considerada como boa consistência interna (Hill, 2005), sendo também um valor semelhante ao apresentado por Bizarro, Patrão e Deep numa população portuguesa, com um Alfa de Cronbach de 0,91 (Bizarro, Patrão & Deep, 2011).

Quadro 2 – Consistência Interna do TE

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
T- Emocional	,892	7

Procedimento

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bibliotecas nacionais e diversas bases de dados: EBSCO, Web of Knowledge, PubMed e SciELO. Na EBSCO selecionaram-se as seguintes bases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycBOOKS, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PEP Archive e Academic Search Complete. A pesquisa foi realizada tendo como limitador o ano de publicação, entre 2008-2013, com as seguintes palavras-chave: “cancer”, “distress”, “quality of life”, “emotional thermometers”, “psychological distress”, “psychological impact”, “psychological aspects” e “review”.

Procedeu-se à recolha da amostra através de informantes estratégicos, tendo em conta os princípios da amostragem por bola de neve ou *snowball*, sendo esta restrita a sujeitos que falassem português e tivessem uma doença oncológica, presente ou passada.

Esta investigação teve o apoio do Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., tendo sido enviada à Comissão de Ética do mesmo um pedido de autorização para a respetiva recolha dos dados (Anexo F).

A recolha da amostra foi realizada em diversos locais e desenvolveu-se entre 5 de Novembro de 2012 e 28 de Setembro de 2013. Foram recolhidos 43 questionários em contexto de enfermaria no Serviço de Medicina I – A, B, C e D, do Hospital Santa Maria - CHLN, E.P.E.; 39 inquéritos foram obtidos através do servidor Survey Monkey onde foi criado um questionário online, tendo sido divulgado nas redes sociais, associações e instituições ligadas ao cancro; na 5ª Corrida Vencer o Cancro, que ocorreu no dia 23 de Junho de 2013 no Parque das Nações foram conseguidos 34 questionários e os restantes 20 foram

recolhidos através de alguns participantes que recomendaram outros indivíduos para o preenchimento do questionário (método *snowball*).

Os participantes foram contactados diretamente pela investigadora e no momento de aplicação do questionário foi explicado o estudo, instruções, anonimato e confidencialidade do mesmo. Relativamente ao questionário online, todas estas informações estavam explicadas no mesmo. A aplicação do questionário rondava aproximadamente 10 minutos. Quando finalizado o seu preenchimento foi oferecido a cada participante um marcador de página para livro, feito em *origami* pela investigadora, como forma de agradecimento.

Após concluída a constituição da amostra procedeu-se ao tratamento e análise estatística dos dados com recurso ao programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 21.0 para Windows).

Resultados

A análise estatística englobou as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como os valores obtidos nas diferentes dimensões do Termómetro Emocional, envolvendo a utilização de estatísticas descritivas, frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios padrão, e estatística inferencial. Para responder às questões de investigação formuladas, recorreu-se à análise estatística, tendo em estudo as dimensões do Termómetro Emocional e as variáveis género, tipo de cancro e tempo de diagnóstico. A apresentação dos resultados foi realizada de acordo com os resultados da escala e a ordem das questões de investigação, sendo analisadas as variáveis que foram relevantes pela sua significância estatística ou pela sua importância clínica.

Ao testar as hipóteses formuladas, fixou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ($\alpha \leq 0,05$). Como as variáveis dependentes eram de tipo quantitativo recorreu-se à estatística paramétrica. Utilizou-se o teste t de Student para testar a hipótese nº 1 pois estamos a comparar dois grupos e as variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Nas hipóteses nº 2 e nº 3 utilizou-se a Anova One-Way pois estamos a comparar mais do que dois grupos e as variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nas situações em que as amostras têm dimensão superior a 30

aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores, de acordo com o teorema do limite central. Quando a significância do teste Anova One-way foi significativa usou-se o teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey, para identificar os grupos responsáveis pelas diferenças (Hill & Hill, 2005; Maroco, 2011).

Dados Clínicos

Dos tipos de cancro existentes nos sujeitos da amostra, os mais frequentes foram: o cancro da mama (31,6%), do trato gastrointestinal (18,4%) e os hematológicos (15,4%), como se pode observar no quadro 3 (Anexo G).

Relativamente ao tempo de diagnóstico, a maioria (30,1%) apresentou um diagnóstico recente (até 1 ano), e em 25,7% dos casos, o diagnóstico já tem mais de 4 anos. O estadio ou grau de caracterização do tumor, mais frequentes foram o estadio II e III (19,1%). Todavia, a mesma percentagem surge associada a tumores não metastizados e aos sujeitos que dizem desconhecer o estadio da sua doença. Três quartos dos sujeitos (75%) foram submetidos a cirurgia, sendo as mais frequentes a tumorectomia (42,6%), a mastectomia (24,8%) e a colostomia (10,9%). A maioria (77,5%) só realizou a cirurgia 1 vez. No entanto, 15,7% realizaram-na duas vezes e 6,9% três ou mais vezes.

Quanto aos tipos de tratamentos, a maioria realizou quimioterapia (QT) (36,8%) ou QT + radioterapia (RT) (29,4%). No que toca à duração dos tratamentos, mais de metade dos sujeitos (52,1%) realizaram entre 4 a 6 ciclos de QT e metade (50,0%) fizeram entre 16 a 30 sessões de RT. Relativamente aos outros tratamentos, 44% destes duraram até 1 ano e 32% entre 1 e 3 anos. Para a maioria dos sujeitos, os tratamentos tinham terminado há menos de 1 ano, 39,1% para a QT e 35,4 para a RT, porém, no que toca aos outros tipos de tratamentos, mais de metade dos sujeitos (54,5%) terminaram há mais de 1 ano. Atualmente, quase metade (49,3%) não se encontra a realizar nenhum tratamento e dos que realizam, a maioria (22,8%) faz terapêutica sistémica (QT oral e/ou hormonoterapia) ou QT (21,3%).

Quadro 3: Frequências e % do Tipo de Cancro (n=136)

Tipo de Cancro	Frequência	Porcentagem
Mama (Feminina)	43	31,6
Trato Gastrointestinal (Colón, Recto, Esófago e Estômago)	25	18,4
Hematológicos (Leucemia, Linfoma e Mieloma)	21	15,4
Sistema Reprodutor Feminino (Útero e Ovários)	10	7,4
Órgãos Anexos do Tubo Digestivo (Fígado e Pâncreas)	8	5,9
Sistema Respiratório (Garganta e Pulmões)	8	5,9
Pele (Melanoma e Não Melanoma)	5	3,7
Sistema Reprodutor Masculino (Próstata e Testículos)	4	2,9
Sistema Urinário (Bexiga e Rins)	4	2,9
Outros (Cerebral, Ósseo, Tiróide, Mesotelioma Peritoneal/Vascular e Micro Fibrossarcoma)	8	5,9
Total	136	100,0

Uma percentagem bastante elevada (81,6%) refere não terem ocorrido recidivas. Das recidivas que ocorreram (18,4%) as mais frequentes foram na mama (5,9%), linfoma e pele (2,2%). Na amostra, 16,9% dos sujeitos referem que no passado já tiveram outro diagnóstico de cancro, diferente do diagnóstico mais recente, sendo os mais frequentes: mama (4,4%), cólon (2,9%), linfoma e rins (2,2%). Mais de metade da amostra refere não ter tido complicações associadas ao cancro (64,7%). Dos que tiveram, as mais frequentes estão associadas a incapacidades e/ou alterações físicas (14,0%), alterações dos órgãos internos (funções e aparência) e outras doenças (vasculares, neuropáticas, autoimunes e astenia) (9,6%). Dos participantes, 59,6% indicaram não terem outra doença crónica. As doenças crónicas concomitantes mais frequentes foram: as cardiovasculares (17,5%) podendo ainda ter mais outra doença associada, as metabólicas (6,6%) e as autoimunes (5,9%). Relativamente à duração destas, a maioria encontra-se entre 5 e 10 anos (29,8%) ou entre 11 a 20 anos (27,7%).

Cerca de 40,0% refere que toma medicação psiquiátrica. Os ansiolíticos e antidepressivos são os medicamentos mais frequentes, quer durante o tratamento (32,3%), quer atualmente (25,8%). Antes do diagnóstico de cancro, 89,0% dos participantes não fazia medicação psiquiátrica, sendo que, apenas 10,3% administravam ansiolíticos e/ou antidepressivos. Somente 22,1% dos sujeitos indicaram ter sido alvo de intervenção psicológica, contudo, uma grande percentagem destes (93,3%) refere que a intervenção foi ou está a ser benéfica. Em mais de metade dos inquiridos a intervenção psicológica durou até 1 ano (54,2%), para cerca de um terço dos sujeitos (33,3%) a intervenção psicológica ainda está em curso e para 44,4% esta já terminou há mais de 1 ano. Dos sujeitos que não foram alvo de intervenção psicológica (77,9%), 51,0% desejavam ter ou ter tido apoio psicológico durante o processo de doença oncológica.

O suporte social mais referido é o dos familiares (28,1%), família e amigos (20,0%) e cônjuge/parceiro(a) (17,8%). 38,1% dos sujeitos apontaram algum acontecimento de vida como negativo e significativo para o próprio, sendo os mais referidos: a morte de parentes (20,9%), os problemas de saúde do próprio e/ou de familiares (6,7%) e os conflitos familiares e/ou divórcios (6,0%). Mais de metade dos participantes (59,0%) indicaram ter antecedentes familiares de cancro: 19,4% em vários familiares, 17,1% em pais e 7,5% em irmãos ou tios. O tipo de cancro mais frequente nos antecedentes familiares foi o da mama (10,8%) e do cólon (9,2%) (Quadro 4).

Quadro 4: Descrição das Variáveis Clínicas (n=136)

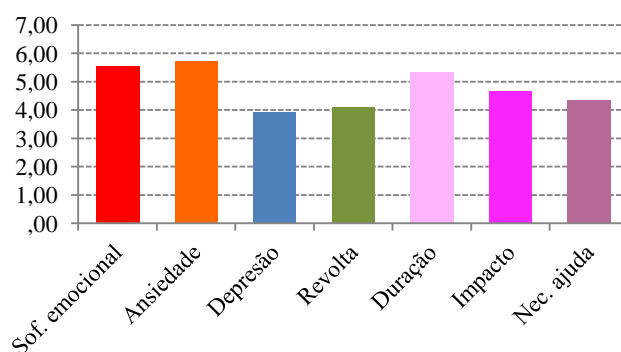
Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Tempo de Diagnóstico			Fim QT		
≤ 1 ano	41	30,1	≤ 1 ano	27	39,1
≤ 2 anos	25	18,4	≤ 1 – 3 anos	18	26,1
≤ 3 anos	20	14,7	> 3 – 5 anos	12	17,4
≤ 4 anos	15	11,0	> 5 anos	12	17,4
> 4 anos	35	25,7	Fim RT		
Estadio do Cancro			≤ 1 ano	17	35,4
I	5	3,7	> 1 – 3 anos	15	31,3
II	26	19,1	≤ 3 – 5 anos	10	20,8
III	26	19,1	> 5 anos	6	12,5
IV	8	5,9	Fim Outros Tratamentos		
Com Metástases	19	14,0	≤ 1 ano	5	45,5
Sem Metástases	26	19,1	> 1 ano	6	54,5
Não Sabe	26	19,1	Tratamento(s) Atual		
Cirurgia			Nenhum	67	49,3
Sim	102	75,0	RT	2	1,5
Não	34	25,0	QT	29	21,3
Tipo de Cirurgia			Terapêutica Sistémica:	31	22,8
Mastectomia	25	24,8	QT oral e/ou Hormonoterapia		
Tumorectomia	43	42,6	RT + Hormonoterapia	2	1,5
Colostomia	11	10,9	QT + RT	3	2,2
Histerectomia	9	8,9	Conjunto de Terapêuticas	2	1,5
Prostatectomia	2	2,0	Complicações Associadas		
Orquiectomia (testículo)	2	2,0	Nenhumas	88	64,7
Nefrectomia/Cistectomia	2	2,0	Alterações Órgãos Internos	13	9,6
Hepatectomia	2	2,0	Alterações Hormonais	3	2,2
Gastrectomia	2	2,0	Incapacidades e/ou Alt. Físicas	19	14,0
Lobectomia (pulmão)	2	2,0	Outras Doenças	13	9,6
Tiroidectomia	1	1,0	Recidivas		
Nº Vezes Realizada			Não	111	81,6
1	79	77,5	Mama	8	5,9
2	16	15,7	Linfoma	3	2,2
3	4	3,9	Mesotelioma	1	0,7
> 4	3	3,0	Fígado	2	1,5
Tipo Tratamentos			Mieloma	1	0,7
Nenhum	11	8,1	Próstata	2	1,5
QT	50	36,8	Recto	1	0,7
RT	8	5,9	Pele	3	2,2
QT + RT	40	29,4	Estômago	1	0,7
QT+RT+Hormo/Imunoterapia	12	8,8	Pulmão	1	0,7
Terapêutica Sistémica:	8	5,9	Cólon	1	0,7
QT oral, Hormonoterapia,			Ovário	1	0,7
(Auto) Transplante			Outro Diagnóstico de Cancro		
Conjunto de Terapêuticas:	7	5,1	Não	113	83,1
QT, Hormonoterapia, RT,			Útero	2	1,5
Radioatividade, Medicinas			Cólon	4	2,9
Alternativas e Braquiterapia			Linfoma	3	2,2
Nº Ciclos Quimioterapia			Próstata	2	1,5
1 – 3	15	15,3	Mama + Útero	1	0,7
4 – 6	51	52,1	Língua	1	0,7
7 – 12	16	16,3	Mama	6	4,4
> 7	16	16,3	Rins	3	2,2
Nº Sessões Radioterapia			Melanoma + Tiróide	1	0,7
1 – 15	12	21,4	Outra Doença Crónica		
16 – 30	28	50,0	Sim	55	40,4
> 30	16	28,6	Não	81	59,6
Duração Outros Tratamentos			Duração Doença Crónica		
≤ 1 ano	11	44,0	≤ 5 anos	10	21,3
> 1 – 3 anos	8	32,0	5-10 anos	14	29,8
> 3 anos	6	24,0	11-20 anos	13	27,7
			> 20 anos	10	21,3

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Tipo de Doença Crónica			Interv. Psicológica: Duração		
Nenhuma	81	59,6	≤ 1 ano	13	54,2
Autoimune	8	5,9	> 1 ano	11	45,8
Cardiovascular	15	11,0	Interv. Psicológica: Término		
Cardiovascular + Outra: (Metabólica, Renal, Infecciosa, Digestiva e Neurológica)	9	6,5	Ainda em curso	9	33,3
Metabólicas	9	6,6	< 1 ano	6	22,2
Mental / Neurológica	2	1,5	> 1 ano	12	44,4
Respiratória	4	2,9	Interv. Psicológica: Benéfica		
Digestiva	2	1,5	Sim	28	93,3
Degenerativa	3	2,2	Não	2	6,7
Infecciosa	2	1,5	Desejo de Apoio Psicológico		
Genética	1	0,7	Sim	50	51,0
Medicação Psiquiátrica			Não	48	49,0
Sim	53	39,0	Suporte Social		
Não	83	61,0	Cônjuge / Parceiro(a)	24	17,8
Med. Psiq. Anterior ao Cancro			Filho/a(s)	19	14,1
Nenhuma	121	89,0	Família	38	28,1
Antidepressivo (AD)	1	0,7	Amigos	4	3,0
Ansiolítico	8	5,9	Neto/a(s)	2	1,5
AD + Ansiolítico	5	3,7	O Próprio / Ninguém	9	6,7
Outros Psicofármacos	1	0,7	Família e Amigos	27	20,0
Med. Psiq. Durante o Tratamento			Pais e ou Irmã/o(s)	12	8,9
Nenhuma	90	66,2	Acontecimentos de Vida Negativos		
Antidepressivo (AD)	11	8,1	Nenhuns	83	61,9
Ansiolítico	24	17,6	Morte de Parentes	28	20,9
AD + Ansiolítico	9	6,6	Problem. Profissionais/Económicos	6	4,5
Outros Psicofármacos	2	1,5	Problem. Saúde Próprio/Familiares	9	6,7
Med. Psiq. Atual			Conflitos Familiares/Divórcios	8	6,0
Nenhuma	99	72,8	Antecedentes Familiares Oncológicos		
Antidepressivo (AD)	10	7,4	Não	55	41,0
Ansiolítico	20	14,7	Pais	23	17,1
AD + Ansiolítico	5	3,7	Irmã/o(s)	10	7,5
Outros Psicofármacos	2	1,5	Tia/o(s)	10	7,5
Intervenção Psicológica Realizada			Prima/o(s)	5	3,7
Sim	30	22,1	Avô/ó(s)	5	3,7
Não	106	77,9	Vários Familiares	26	19,4

Dados do Termómetro Emocional

Na figura 1, podemos apreciar os valores médios obtidos pelos participantes nas diferentes dimensões do Termómetro Emocional (Anexo H).

Figura 1 – Valores médios das dimensões do TE



Podemos também observar através do quadro 5, os valores mínimos, máximos, médios e respectivos desvios padrões em todas as dimensões do TE, sendo que, o valor médio mais elevado foi obtido na *Ansiedade* ($M = 5,72$) e o mais baixo na *Depressão* ($M = 3,93$). Todas as dimensões, à exceção da *Depressão*, encontram-se acima do valor 4 (ponto de corte recomendado) revelando assim a existência dos sintomas descritos.

Quadro 5 – Frequências e % das dimensões do TE

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sofrimento emocional	136	0	10	5,55	3,49
Ansiedade	136	0	10	5,72	3,14
Depressão	136	0	10	3,93	3,33
Revolta	136	0	10	4,10	3,73
Duração	136	0	10	5,35	4,08
Impacto	136	0	10	4,67	3,47
Necessidade de ajuda	136	0	10	4,37	3,74

O quadro 6 permite-nos observar que a maioria dos sujeitos refere estar sob a influência de *Ansiedade* (75,7%), *Sofrimento Emocional* (72,8%) e *Depressão* (55,9%), sendo que, em 58,8% dos casos estes sintomas têm uma *Duração* de pelo menos 4 até mais de 10 meses e 58,8% refere que estes sintomas têm um *Impacto* significativo na vida dos mesmos. Quanto à *Necessidade de Ajuda*, esta é sentida por 54,4% dos sujeitos, por outro lado, 52,2% refere não sentir *Revolta*.

Todavia, foram registados níveis elevados de *Sofrimento Emocional* (36%), *Ansiedade* (33,8%), *Revolta* (25%) e *Depressão* (21,3%), tendo sido experienciadas de forma acentuada pelos indivíduos. Para 39,7% dos sujeitos estes sintomas têm uma *Duração* entre 8 a mais de 10 meses e 27,9% consideram que tais sintomas têm um grande *Impacto* na vida dos mesmos. Relativamente à *Necessidade de Ajuda*, esta é sentida por 31,6% dos sujeitos de forma acentuada.

Quadro 6 – Frequências, % e Scores das dimensões do TE

Variáveis	Scores	n	%
Sofrimento Emocional	0-3	37	27,2%
	4-7	50	36,8%
	8-10	49	36,0%
Ansiedade	0-3	33	24,3%
	4-7	57	41,9%
	8-10	46	33,8%
Depressão	0-3	60	44,1%
	4-7	47	34,6%
	8-10	29	21,3%
Revolta	0-3	71	52,2%
	4-7	31	22,8%
	8-10	34	25,0%
Duração	0-3	56	41,2%
	4-7	26	19,1%
	8-10	54	39,7%
Impacto	0-3	56	41,2%
	4-7	42	30,9%
	8-10	38	27,9%
Necessidade de Ajuda	0-3	62	45,6%
	4-7	31	22,8%
	8-10	43	31,6%

Fonte: NCCN (2013).

Relativamente aos *problemas do dia-a-dia*, os mais referidos pelos doentes são os económicos (54,4%), as despesas de saúde (42,6%) e a realização das tarefas domésticas (41,9%). Nos *aspetos religiosos/espirituais* salienta-se a perda de significado ou sentido da vida, que ocorreu em 19,1% dos sujeitos. Quanto aos *problemas emocionais* os mais sentidos pelos doentes foram a preocupação (78,7%), o nervosismo/ansiedade (75,7%) e a tristeza (61,8%) (quadro 7). Os *problemas familiares*, no relacionamento com os filhos ou com o parceiro/a ocorreram apenas em 8,1% e 11,0% dos casos, respetivamente. Por último, os *problemas físicos* mais referenciados foram as alterações do sono (77,2%), o cansaço/fadiga (72,8%) e os formigueiros nas mãos e pés (46,3%). Já os menos referidos foram as diarreias (15,4%), os problemas sexuais (17,6%), e as feridas na boca (22,1%).

Quadro 7 – Frequências e % dos “Problemas Emocionais” do TE

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Depressão	48	35,3%	88	64,7%
Medos/Receios	84	61,8%	52	38,2%
Nervosismo/Ansiedade	103	75,7%	33	24,3%
Tristeza	85	62,5%	51	37,5%
Preocupação	107	78,7%	29	21,3%

Questão de Investigação 1:

Existe uma relação significativa entre o género e os valores obtidos nas diferentes dimensões dos Termómetros da Emoção, numa amostra de doentes oncológicos?

Com o intuito de responder à presente questão de investigação, realizou-se o teste t de Student, sendo possível verificar através do quadro 8 que a dimensão **Ansiedade**, $t(134) = -2,002$; $p = 0,047$, revelou-se significativamente mais elevada no género masculino (6,59 vs. 5,39) (Anexo I). Verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas nas outras dimensões do termómetro para a variável em estudo.

Quadro 8 – Análise t de Student para TE e Género

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Sofrimento emocional	5,25	3,58	6,35	3,16	,103
Ansiedade	5,39	3,10	6,59	3,16	,047*
Depressão	3,88	3,45	4,08	3,07	,754
Revolta	3,79	3,72	4,95	3,71	,108
Duração	5,19	4,15	5,76	3,94	,475
Impacto	4,45	3,48	5,24	3,43	,240
Necessidade de ajuda	4,17	3,80	4,89	3,60	,320

* $p \leq 0,05$

Questão de Investigação 2:

Existe uma relação significativa entre o tempo de diagnóstico do cancro e os valores obtidos nas diferentes dimensões dos Termómetros da Emoção?

Para esta questão utilizou-se o procedimento estatístico ANOVA One-Way e constatou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas (Quadro 9), isto é, o **Tempo de Diagnóstico** do cancro não influencia significativamente os valores obtidos no Termómetro Emocional (Anexo J).

No entanto, menciona-se que a *Depressão*, $F(4; 131) = 0,218$, $p = 0,928$, revelou-se mais elevada durante o primeiro ano de diagnóstico (4,22) e mais baixa entre os 3 e 4 anos (3,33).

Já o *Sofrimento Emocional*, $F(4; 131) = 0,682$, $p = 0,605$, foi mais elevado nos sujeitos com um tempo de diagnóstico entre 1 – 2 anos (6,00) e mais baixo no período entre 3 – 4 anos (4,4). Quanto à *Revolta*, $F(4; 131) = 0,502$, $p = 0,734$, esta revela-se mais elevada a partir dos 4 anos de diagnóstico (4,57) e mais baixa entre os 3 – 4 anos (3,40).

As outras dimensões *Ansiedade*, $F(4; 131) = 0,759$, $p = 0,554$, *Duração*, $F(4; 131) = 1,307$, $p = 0,271$, *Impacto*, $F(4; 131) = 1,901$, $p = 0,114$, e a *Necessidade de Ajuda*, $F(4; 131) = 1,309$, $p = 0,270$, são mais elevados entre 2 – 3 anos de diagnóstico e mais baixos com 4 ou mais anos de diagnóstico, (6,55 vs. 5,20), (6,85 vs. 4,29), (6,05 vs. 3,69), (5,70 vs. 3,43), respetivamente.

Quadro 9 – Análise ANOVA One-Way para TE e Tempo de Diagnóstico

	Até 1 ano		≤ 2 anos		≤ 3 anos		≤ 4 anos		> 4 anos		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Sofrimento Emocional	5,80	3,27	6,00	3,83	5,90	3,58	4,40	3,68	5,23	3,44	,605
Ansiedade	6,02	3,22	5,52	3,14	6,55	2,89	5,33	2,94	5,20	3,32	,554
Depressão	4,22	3,31	4,04	3,56	3,95	3,38	3,33	3,52	3,77	3,26	,928
Revolta	4,34	3,71	3,44	4,03	4,15	3,63	3,40	3,56	4,57	3,79	,734
Duração	5,32	3,82	5,60	4,60	6,85	3,95	5,47	4,26	4,29	3,92	,271
Impacto	4,95	3,30	5,00	3,79	6,05	3,19	3,80	3,10	3,69	3,56	,114
Necessidade de Ajuda	4,66	3,47	4,40	3,83	5,70	3,81	3,93	4,01	3,43	3,78	,270

Questão de Investigação 3:

Existe uma relação significativa entre o tipo de cancro e os valores obtidos nas diferentes dimensões dos Termómetros da Emoção?

Para esta questão realizou-se primeiramente o teste ANOVA One-Way (Quadro 10) onde se encontraram diferenças significativas em duas dimensões do Termómetro Emocional, o *Sofrimento Emocional* e a *Necessidade de Ajuda* (Anexo K).

Quadro 10 – Análise ANOVA One-Way para TE e Tipo de Cancro

		Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
Sofrimento Emocional	Entre grupos	181,944	5	36,389	3,198	,010*
	Nos grupos	1240,230	109	11,378		
	Total	1422,174	114			
Ansiedade	Entre grupos	69,130	5	13,826	1,392	,233
	Nos grupos	1082,661	109	9,933		
	Total	1151,791	114			
Depressão	Entre grupos	86,286	5	17,257	1,651	,153
	Nos grupos	1139,662	109	10,456		
	Total	1225,948	114			
Revolta	Entre grupos	75,242	5	15,048	1,126	,351
	Nos grupos	1456,444	109	13,362		
	Total	1531,687	114			
Duração	Entre grupos	84,141	5	16,828	,990	,427
	Nos grupos	1852,259	109	16,993		
	Total	1936,400	114			
Impacto	Entre grupos	91,388	5	18,278	1,590	,169
	Nos grupos	1253,099	109	11,496		
	Total	1344,487	114			
Necessidade de Ajuda	Entre grupos	200,010	5	40,002	3,131	,011*
	Nos grupos	1392,564	109	12,776		
	Total	1592,574	114			

* $p \leq 0,05$

Após a realização do teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey (Quadro 11), concluiu-se que na dimensão *Sofrimento Emocional*, $F(5; 109) = 3,198$; $p = 0,010$, os sujeitos com cancros do tipo hematológicos (leucemia, linfoma e mieloma) obtêm valores significativamente mais elevados do que os sujeitos com cancro de mama (6,76 vs. 3.84). Na dimensão *Necessidade de Ajuda*, $F(5; 109) = 3,131$; $p = 0,011$, efetuou-se o mesmo procedimento (Quadro 12), revelando que os sujeitos com cancros do sistema respiratório obtêm valores significativamente mais elevados do que os sujeitos com cancro de mama (7,13 vs. 3.02).

Quadro 11 – Teste de Tukey: Sofrimento Emocional e Tipo de Cancro

Tipo de cancro	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Mama	43	3,84	
Trato Gastrointestinal	25	5,24	5,24
Orgãos Anexos do	8	5,50	5,50
Tubo Digestivo	10	6,50	6,50
Hematológicos	21	6,76	
Sistema Respiratório	8	7,25	7,25
Sig.		,111	,144

Quadro 12 – Teste de Tukey: Necessidade de Ajuda e Tipo de Cancro

Tipo de cancro	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Mama	43	3,02	
Trato Gastrointestinal	25	4,44	4,44
Útero / Ovários	10	4,70	4,70
Hematológicos	21	5,62	5,62
Orgãos Anexos do	8	6,25	6,25
Tubo Digestivo	8		
Sistema Respiratório	8	7,13	
Sig.		,202	,398

Discussão

No presente capítulo pretende-se articular os resultados apresentados com a teoria existente acerca do tema em estudo. Para tal, a discussão será realizada de acordo com a ordem das questões de investigação já apresentadas e alguns dos dados relevantes.

Relativamente à primeira questão de investigação, onde se pretendeu analisar a relação entre o género e as dimensões psicossociais de *distress*, constatou-se que o género masculino (27,2%; n= 37) apresenta um nível significativamente mais elevado na dimensão ansiedade (Quadro 8). Tal facto não foi evidenciado na literatura, visto ser o género feminino que apresenta níveis mais elevados de *distress*, nas dimensões ansiedade e depressão (Zabora et al, 2001; Bultz & Carlson, 2006), sendo que, as mulheres têm mais disposição para relatar os sintomas ansiosos e/ou depressivos e tendem a utilizar estratégias de *coping* emocional, ao contrário dos homens (Freed, 2012; Linden, et al., 2012).

Uma das razões para esta diferença existir é o facto do género masculino frequentemente desvalorizar os sintomas de ansiedade, sendo muitas vezes confundidos ou mal interpretados, especialmente no transtorno de pânico. Outro motivo para os homens não serem tantas vezes diagnosticados com ansiedade é o facto destes não estarem tão recetivos a procurar e/ou aceitar ajuda clínica, bem como o seu tratamento, estando associado a este comportamento questões psicossociais relacionadas com o medo e a vulnerabilidade física e emocional (Bailey, 2010). Sabe-se que, os homens com sintomatologia ansiosa, por exemplo agorafobia, estão duas vezes mais propensos a ter comportamentos alcoólicos do que as mulheres, sendo esta a sua estratégia de *coping* (Writer, 2007 in Bailey, 2010).

Neste sentido, é conhecido que os sintomas de *distress* no género masculino tem maior significância numa dimensão mais física, isto é, os homens apresentam maiores níveis de *distress* nas dimensões da angústia somática (Herschback, et al., 2008). Os resultados obtidos poderão então ser compreendidos à luz das características da *Personalidade Tipo C* que estão relacionadas com um baixo nível de neuroticismo, traços ansiosos e depressivos, bem como, uma dissimulação emocional associadas a estratégias de *coping* de controlo das emoções, principalmente as negativas, face a situações de *stress*, resultando assim na somatização dos conflitos emocionais (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Maia & Correia, 2008; Patrão, 2007; Ogden, 2004; Straub, 2007). Sabe-se também que o *stress* crónico pode levar à debilidade do sistema imunitário e conseqüente somatização de angústias (Sami-Ali & cols, 2004).

A segunda questão de investigação pretendeu analisar a relação entre o tempo de diagnóstico e as diferentes dimensões psicossociais de *distress*, onde não foi possível verificar resultados estatisticamente significativos entre as variáveis (Quadro 9). Relativamente a esta variável clínica, a maioria (30,1%) apresentou um diagnóstico recente (até há 1 ano), e 25,7% dos casos o diagnóstico já tem mais de 4 anos. Pode-se constatar que, neste estudo, o tempo de diagnóstico do cancro não influencia as dimensões psicossociais do *distress*. Contudo, foi possível observar o comportamento das diversas dimensões. Assim sendo, o sofrimento emocional apresentou níveis de *distress* mais elevados durante o 1º e o 2º ano e a partir do 4º ano os valores reduzem consideravelmente, aproximadamente metade. Os valores mais elevados na depressão estão presentes durante o 1º ano, sendo que depois vão reduzindo gradualmente mas com pouca discrepância, atingindo o seu mínimo entre o 3º e 4º ano, e a partir do 4º ano adiante esta volta a aumentar.

Relativamente à ansiedade, duração, impacto e necessidade de ajuda comportam-se da mesma forma, atingindo os seus valores máximos entre o 2º e o 3º ano e os valores mínimos a partir do 4º ano adiante. Já revolta atinge o seu valor máximo a partir do 4º adiante, contudo um valor muito próximo surge durante o 1º ano, e os valores mínimos encontram-se no tempo intermédio, isto é, entre o 1º e o 4º ano. Apesar dos resultados não terem sido significativos, estes vão, em parte, ao encontro da literatura, que explica que o comportamento do *distress* está associado ao tempo de diagnóstico, onde quanto maior este for, menor serão os sintomas físicos e emocionais (NCCN, 2013). Contudo, sabe-se que após o diagnóstico, aproximadamente 19% preenchem os critérios de diagnóstico para um transtorno de ansiedade e quase 13% para depressão clínica, com um adicional de 22,6% e 16,5% demonstrando sintomas de ansiedade e depressão, respetivamente (Freed, 2012; Linden, et al., 2012). Desta forma, o *distress* e o tempo de diagnóstico estão relacionados da seguinte forma: no primeiro ano existe o *distress* apresenta uma percentagem de 50% e nos seguintes reduz para 25%, sendo que ao final dos 5 anos volta a aumentar para os 45% (Gao, et al., 2010).

Numa fase inicial (diagnóstico) do processo de doença os pacientes apresentam níveis de *distress* mais elevados e estratégias de *coping* reduzias; numa segunda fase (tratamentos), o que se conseguiram adaptar à doença e tratamentos, aumentam a capacidade de adaptação e *coping* reduzindo os níveis de *distress*, caso contrário permanecem com um elevado nível de *distress*; No estágio seguinte (pós-tratamentos) pode existir a diminuição ou um aumento progressivo dos níveis de *distress* dependendo da forma como o paciente encara o final dos tratamentos, contudo depois de um período prolongado de remissão estes níveis de *distress* têm tendência a desaparecer; no caso da recidiva os níveis de *distress* são muito elevados e

equiparados aos da fase de diagnóstico; a fase terminal/avançada também é caracterizada pelos níveis elevados de *distress* relacionados com o medo da dor e da morte (Decat, 2008; Mitchell, 2012; Patrão, 2007; NCCN, 2013; Zabora et al., 2001).

A última questão de investigação pretendeu analisar a relação entre o tipo de cancro e as diferentes dimensões psicossociais de *distress* (Quadro 10). Dos tipos de cancro existentes nos sujeitos da amostra, os mais frequentes foram: o cancro da mama (31,6%), do trato gastrointestinal (18,4% - colón, recto, esófago e estômago) e os hematológicos (15,4% - leucemia, linfoma e mieloma) (Quadro 3). Foi possível encontrar diferenças estatísticas significativas nas dimensões: sofrimento emocional e necessidade de ajuda. Verificou-se que os pacientes com cancro do tipo hematológico (leucemia, linfoma e mieloma) apresentam um sofrimento emocional mais significativo do que as mulheres com cancro da mama (Quadro 11). Relativamente à necessidade de ajuda, os indivíduos com cancro no sistema respiratório revelaram uma maior necessidade de ajuda para ultrapassar os sintomas de *distress* do que as mulheres com cancro da mama (Quadro 12).

Os resultados vão assim de acordo com a literatura. A prevalência de *distress* varia de acordo com o tipo de cancro, sendo os mais propensos a este conjunto de sintomas o cancro do pulmão (43,3%), o cancro ginecológico (29,6%) e os do tipo hematológico (Gao, et al., 2010; Holland, 2010; Linden, et al., 2012; NCCN, 2013). As mulheres com cancro hematológico são as que têm níveis muito elevados de *distress* (ansiedade e depressão), os homens com a mesma patologia, os valores encontram-se acima da média, enquanto que, na ansiedade estavam abaixo da média (Freed, 2012). Sabe-se que o sofrimento emocional está inerente a todas as variáveis do Termómetro Emocional, reforçando assim a ideia de que o cancro afeta a QDV do paciente a vários níveis, sendo uma mais-valia a intervenção psicológica, visto a influencia desta fazer diminuir o sofrimento emocional, a ansiedade, a depressão, o impacto e a necessidade de ajuda (Bizarro, Patrão & Deep, 2011).

Sabe-se que a necessidade de ajuda está relacionada com a ansiedade e a depressão, revelando assim a importância do suporte social, emocional e dos técnicos de saúde, que em muito contribuem para a diminuição destes sintomas (Austin, Burkhalter, DuHamel, Isola, Labay, Markarian, Mosher, Moskowitz, Papadopoulos, Redd, Rini, Rowley, Schetter, & Scigliano, 2011). Paralelamente, sabe-se que os doentes que apresentam uma taxa elevada de *distress* são os que têm cancro do pulmão (Gao, et al., 2010; Holland, 2010), podendo-se extrapolar que a necessidade de ajuda sentida por estes, para conseguirem ultrapassar estes sintomas, seja mais elevada.

Relativamente aos problemas físicos e problemas emocionais os mais referidos foram as alterações do sono (77,2%), cansaço/fadiga (72,8%), preocupação (78,7%) e o nervosismo ansiedade, também à semelhança de outros autores, sendo aspetos a considerar ao nível da intervenção (Almanza-Munoz, De La Huerta-Sanchez, Rosario-Juárez, & Silvia-Ortiz, Bitsika, Christie & Sharpley, 2009; Bizarro, Patrão & Deep, 2011; NCCN, 2013). Na literatura, as alterações de sono não são dos problemas mais referidos pelos doentes, todavia, tem que se ter em conta que grande parte da amostra foi recolhida em contexto de enfermaria/internamento hospitalar o que pode ter enviesado estes resultados, bem como, ter influenciado os níveis de *distress*. Em comparação com o estudo de Bizarro et al. (2011), no geral, os participantes obtiveram resultados superiores em todas as dimensões, inclusive nos *scores* mais elevados/severos, contudo, estes vão de acordo com a literatura internacional (Linden, et al., 2012; NCCN, 2013; Mitchell, 2012).

Sabe-se também que apenas 5% dos casos detetados são encaminhados para obtenção de ajuda psicológica e que 40 a 50% deles não são detetados pela equipa de profissionais (Mitchell, 2007). Muitas das vezes são os próprios doentes que pedem ajuda, falando sobre o assunto com um clínico, mas apenas 15 a 40% das questões emocionais são tratadas em consultório (Mitchell, 2011, NCCN, 2013). Por outro lado, mesmo os pacientes que estão sob a influência de *distress* têm dificuldade em expressar o desejo de ajuda clínica (36 a 64%) (Mitchell, 2011; Baker-Glenn, et al., 2011). Contudo, neste estudo 51% dos sujeitos demonstrou desejo de obter apoio psicológico, sendo que apenas 22,1% realizaram ou estavam a realizar algum tipo de intervenção psicológica ou já tinham sido submetidos à intervenção durante o decorrer da doença oncológica.

Esses resultados vêm reforçar a importância da psicologia nos serviços de saúde oncológicos e oferecem um apoio vital para a necessidade de identificar pacientes de alto risco através da triagem psicossocial a fim de proporcionar a intervenção preventiva e adequada (Zabora, et al., 2001).

Considerações Finais

O cancro pode ser considerado como a nova epidemia do século XXI, impõe uma nova visão desde a génese à intervenção em diversas áreas, sendo considerada um problema de saúde pública e da humanidade (Pollock, 2006).

Face à importância e atualidade deste tema, o estudo pretendeu compreender o impacto psicossocial do *distress* em doentes oncológicos ao longo dos diferentes momentos da doença oncológica (estádios do ciclo psico-oncológico: diagnóstico, tratamentos, pós tratamentos e sobrevivência), visando compreender as relações quanto ao género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro. Pelo seu carácter exploratório, poderá olhar-se este estudo como um marco significativo para a compreensão das diversas dimensões e consequências envolvidas na vida do doente e da doença oncológica oncológico.

O *distress* é então uma parte integrante de todo o processo oncológico e deve ser considerado uma complicação tratável, através de intervenções psicossociais e farmacológicas estando provado a sua eficácia. Torna-se então importante avaliar ao longo deste, de forma sistemática, principalmente em fases específicas como o diagnóstico, início e final dos tratamentos, e mudanças de estadio da doença (remissão, recidiva e/ou progressão), de forma a poder monitorizar o *distress* ao longo de todas as etapas da doença para poder intervir, melhorando a qualidade de vida do doente (NCCN, 2013).

Apesar da importância que o *distress* tem no decurso da doença oncológica, continua a ser mal diagnosticado pelas equipas, contudo, já existem ferramentas de triagem, de fácil e rápida aplicação (e.g. termómetros da emoção) validados para a população portuguesa (Bizarro, Patrão & Deep, 2011), com o intuito de avaliar as diversas situações de *distress*, identificando também possíveis transtornos psicológicos e psiquiátricos nesta população, podendo implementar-se programas de intervenção com equipas multidisciplinares nos serviços de oncologia. Os resultados apresentados dão indicações aos profissionais de saúde, permitindo identificar quais os pacientes que apresentam níveis elevados de *distress*, assim como as fontes de sofrimento mais significativas, permitindo desta forma intervir adequadamente de uma forma biopsicossocial consoante as necessidades e especificidades desta população.

Verificaram-se algumas limitações, relativamente à recolha dos dados, pois apesar de ser uma população numerosa nos dias que correm, é uma amostra restrita a locais de tratamentos ao abrigo de éticas relacionadas com a proteção da privacidade das instituições e seus utentes, tendo sido um processo moroso. Relativamente ao preenchimento do

questionário, observou-se em alguns casos o efeito de desajustamento social e respostas aleatórias, sugerindo-se que estudos futuros incluam escalas de controlo para estes efeitos, nomeadamente através de uma entrevista guiada.

Como recomendações para futuras investigações, para além do já mencionado, e visto este tema estar numa fase exploratória, sugere-se por forma a completar o estudo, uma recolha e análise de dados através de uma metodologia qualitativa de forma a aprofundar as relações entre as dimensões do TE e as variáveis sociodemográficas, clínicas e história de vida/doença (Pais-Ribeiro, 2007). Contudo, algumas formas de sofrimento não são facilmente identificados pelo TE, tais como o abuso de substâncias, demência e delírio. Seria interessante entender como o *distress* se relaciona com a QDV, os resultados funcionais, tratamento, impacto (*burden*) dos mesmos ao longo de um contínuo de cuidados.

A psicologia desempenha assim um papel importante na compreensão do cancro ao nível das atitudes e crenças (susceptibilidade, gravidade, custos e benefícios), comportamentos que podem estar relacionados com o aparecimento desta patologia e mudança dos mesmos, representações da doença, estratégias de *coping* face ao diagnóstico, progressão da doença e acontecimentos de vida stressantes, mas também ao nível das consequências psicológicas e alívio de sintomas, promovendo a qualidade de vida do paciente durante a sua recuperação, nos intervalos livres da doença, na longevidade e reduzindo as taxas de perturbações psicológicas, tais como a ansiedade e depressão, bem como reduzir os custos económicos dos serviços de saúde, através do reforço da identidade e recursos psicológicos, e consequente redução do uso de fármacos, é possível fortalecer no mesmo movimento os recursos biológicos e imunológicos do doente evitando tantos internamentos ou de recorrerem tantas vezes aos serviços de saúde (Breitbart, Lederberg, Rueda-Lara & Alici, 2009; Holland & Weiss, 2010; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Ogden, 2004; Sami-Ali & cols, 2004).

Será ainda de salientar a importância de existir uma divulgação dos resultados e discussão dos mesmos, tanto a nível nacional como internacional, contribuindo para o progresso da investigação científica acerca do tema. O presente estudo já foi apresentado no II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e no 22º Congresso Mundial de Medicina Psicossomática, como também foi aceite para o 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde ainda a realizar-se (Anexo L).

Referências Bibliográficas

- American Cancer Society (2011). *Global Cancer: facts & figures*. 2nd Ed. Atlanta, Georgia: ACS
- American Cancer Society (2013). *Cancer: facts & figures 2013*. Atlanta, Georgia: ACS
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Alici, Y. & Levin T. (2010). Anxiety Disorders. In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (Eds.), *Psycho Oncology* (324-331). New York: Oxford University Press.
- Almanza-Munoz, J., De La Huerta-Sanchez, R., Rosario-Juárez, L. & Silvia-Ortiz, J. (2009). Distrés psicossocial y transtornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos com câncer. *Revista de Sanidad Militar*, 63,148-155.
- Austin, J., Burkhalter, J., DuHamel, K., Isola, L., Labay, L., Markarian, Y., Mosher, C. Moskowitz, C., Papadopoulos, E., Redd, W., Rini, C., Rowley, S., Schetter, C. & Scigliano, E. (2011). Effectiveness of Partner Social Support Predicts Enduring Psychological Distress After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 64-74.
- Bailey, E. (2010) .Why men are diagnosed with anxiety disorder less often than women. *Heath Guide*. Consultado em 27 Novembro, 2013 através de <http://www.healthcentral.com/anxiety/c/22705/114159/diagnosed-anxiety/>
- Baker-Glenn, E., Park, B., Granger, L, Symonds, P. & Mitchell, A. (2011). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Pshyco-Oncology*, 20, 525-531.
- Bennet, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. 1^a Edição. Lisboa: Climepsi.
- Bitsika,V., Christie, D. & Sharpley, C. (2009). Understanding the causes of depression among prostate cancer patients: development of the Effects of Prostate Cancer on Lifestyle Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 18, 162-168.

Bizarro, J., Patrão, I. & Deep, C. (2012). Contributo para a Validação do TE (Termómetro Emocional) numa Amostra Portuguesa com Diagnóstico de Cancro. *Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 152-159).

Boesen, E. & Johansen, C. (2008). Impact of psychotherapy on cancer survival: time to move on?, *Current Opinion in Oncology*, 20 (4), 372–377.

Boyes, A., D’Este, C. & Carey, M. (2013). How does the Distress Thermometer compare to the Hospital Anxiety and Depression Scale for detecting possible cases of psychological morbidity among cancer survivors? *Support Care Cancer*, (2013) 21, 119–127.

Breitbart, W., Lederberg, M., Rueda-Lara, M. & Alici, Y. (2009) Psycho-Oncology In Kaplan, V., Sadock, B. & Ruiz, P., *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2314-2353), 9th Edition, Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

Bultz, B. & Carlson, L. (2006) Emotional Distress: The sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 15, 93–95.

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *PsiLogos*, 4, 8-18.

Cordioli, A. & Cols (2011). *Psicofármacos*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed

Crespo, S. (2009). *Histórias de Vidas e a Doença Oncológica Terminal*. Tese de Mestrado em Oncologia apresentada no ICBAS, Porto.

Dicionário Enciclopédico Lello Universal, Vol. 1, (1981). Porto: Lello & Irmão Editores.

Dicionário da Língua Portuguesa (2003). Porto Editora.

Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Orientações Programáticas*. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal: Doenças Oncológicas em Números – 2013*. Lisboa.

Decat, C. (2008). Avaliação Diagnóstica do *Distress*: Contribuições para rotina de atendimento em serviços de oncologia. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada no IP-UnB, Brasília.

D’Oliveira, T. (2007). *Teses e Dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH.

Fischer, G. N. & Tarquinio, C. (2006). *Os Conceitos Fundamentais da Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

Freed, B. (2012) Snapshot after diagnosis: Prevalence of distress varies by cancer, gender, and age. *Oncology Report: Digital Network*.

Gao, W., Bennett, M., Stark, D., Murray, S. & Higginson, I. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer*.

George, F. (2012). Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Revista Científica da Ordem dos Médicos: Acta Médica Portuguesa*, 25 (2), 61-63.

Gopie, J., Vasen, H. & Tibben, A. (2012). Surveillance for hereditary cancer: Does the benefit outweigh the psychological burden?—A systematic review. *Oncology Hematology*, 83, 329-340.

Herschback, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Lindena, G., Neuwöhner, K. & Marten-Mittag, B. (2008). Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. *British Journal of Cancer*, 99, 37-43.

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Holland, J. & Yesne, A. (2010). Management of Distress in Cancer Patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 8 (1), 4-12.

Holland, J. & Weiss, T. (2010). History of Psycho-Oncology. In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (2nd Ed.), *Psycho Oncology* (3-12). New York: Oxford University Press.

Howell, D & Olsen, K. (2011). Distress – The 6th Vital Sign. *Current Oncology*, 18(5), 208-210.

International Agency for Research on Cancer. (2011). Section of Cancer Information (CIN). *Biennial Report 2010/2011*, 27-39. Lyon: IARC Press.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013). *Revista de Estudos Demográfico*, 50, Ed. 2013. Lisboa: Statistics Portugal

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Indicadores Sociais 2011. *Destaque: Informação à Comunicação Social*, 1-11.

Jacobsen, P. (2009). Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psychooncology*, 18 (1), 6–13.

Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E. & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistic. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61, 2, 69-90.

Johansen, C. (2010). Psychosocial Factors In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (Eds.), *Psycho Oncology* (57-61). New York: Oxford University Press.

Joyce-Moniz, J. & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde*. Edições ASA.

Kissane, D., Grabsch, B., Clarke, D., Smith, G., Love, A., Bloch, S., Snyder, R. & Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*, 16 (4), 277-286.

Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo; Martins Fontes.

Landeiro, E. (2011). *Significações, Reações Familiares, Avaliação, Apoio à Doença e Luto*. O Portal do Psicólogos. Porto: PsicoGlobal.

Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317-328.

Liga Portuguesa Contra o Cancro (2013). Dia Mundial do Cancro: Mitos Sobre o Cancro. Consultado em 11 Agosto de 2013 em <http://www.ligacontracancro.pt/gca/?id=371>

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R. & Greig, D. (2012) Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141 (2), 343-351.

Maia, L. & Correia, C. (2011). *Consequências Psicológicas, Estratégias de Coping e Intervenção na Doença Oncológica: Uma Revisão da Literatura para Aplicação Prática*. O Portal do Psicólogos. Porto: PsicoGlobal.

Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Lisboa: Report Number.

Mitchell, A. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4670-4681.

Mitchell, A. (2010a). Screening Procedures for Psychosocial Distress In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology* (389-396). New York: Oxford University Press.

Mitchell, A. (2010b). Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 8(4), 487-494.

Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12, 160-174.

Mitchell, A., Lord, K. & Slattery, J., et al. (2012). How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer*, 1 (10), 6260-6269.

Najjar, N., Davis, L., Beck-Coon & Doebbellings, C. (2009). Compassion Fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14 (2), 267-277.

National Comprehensive Cancer Network (2013), *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: distress management*. Version 2.2013 NCCN.org (retirado de http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf).

Ngoma, T. & Msemo, D. (2010). Psychological Issues Related to Common Tumors in the Developing World In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, P. Jacobsen, R. Mccorkle & W. Breitbart (Eds.), *Psycho Oncology* (207-201). New York: Oxford University Press.

Nova Enciclopédia Larousse, Vol. 5, (1997). Lisboa: Círculo de Leitores Editora.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi.

Pais Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 2º Edição. Coimbra: Quarteto

Pais-Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.

Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Tese de Doutoramento apresentada no ISPA, Lisboa.

Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1 (1), 33-55.

Pollock, R. E. (2006). *Manual de Oncologia Clínica da UICC*. Sao Paulo : 8º Edição.

Regan, T., Lambert, S., Girgis, A., Kelly, B., Kayser, K. & Turner, J. (2012) Do Couple-Based Interventions Make a Difference for Couples Affected by Cancer?: A Systematic Review. *BMC Cancer*, 12, 279

Remondes-Costa, S., Jimenez, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012a). Imagem Corporal, Sexualidade e Qualidade de Vida no Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 327-339.

Remondes-Costa, S., Jimenez, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012b). Depois do Cancro da Mama: Acontecimentos Significativos no Ciclo de Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 238-251.

Sami-Ali & Cols. (2004). *Manual de Terapias Psicossomáticas*. Porto Alegre: Artmed.

Straub, R. (2007). *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.

Szabo, S., Tache, Y. & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. *Stress*, 15 (5), 472-478.

Watson, M. & Bultz, B. (2010). Distress, the 6th vital sign in cancer care. *Psycho-Oncology*, 4 (3), 159-163.

Wittekind, C., Hutter, R., Greene, F., Klimpfinger M. & Sobin, L. (2005). *TNM Atlas: Illustrated guide to the TNM classification of malignant tumors*. 5th Edition. New Jersey: John Wiley & Sons.

World Cancer Research Fund International (2013). Cancer Statistic: Worldwide. Consultado em 15 Outubro de 2013 em http://www.wcrf.org/cancer_statistics/world_cancer_statistics.php

World Health Organization (2012). *World Health Statistics*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2013). Cancer (Fact Sheet nº 297), Geneva: WHO.

Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of distress by cancer site. *Psychooncology*, 10, 19-28.

ANEXOS

Consentimento Informado

O questionário que pedimos para preencher faz parte de uma investigação científica elaborada por Rita Teodoro, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, dirigida pela Prof.^a Dr.^a Ivone Patrão no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto psicossocial do cancro em função do tempo de diagnóstico, do tipo de cancro e do género.

A população alvo são todas as pessoas que têm ou já tiveram algum diagnóstico de cancro e que estejam em qualquer fase do processo (diagnóstico, tratamento ou sobrevivência).

Caso esteja nesta situação agradecemos que colabore na investigação mediante o preenchimento de um questionário (cerca de 8/10 minutos).

A sua participação é voluntária, anónima e estritamente confidencial.

Todos os dados serão tratados apenas coletivamente e usados somente para fins de investigação.

A sua colaboração é um valioso contributo para a concretização desta investigação e para o progresso científico acerca do tema!

Declaro que tomei conhecimento e aceito participar voluntariamente no presente estudo.

Obrigado por participar!

Data: _____

Investigadora: Rita Teodoro

Para qualquer contacto relacionado com o estudo: ritanovoteodoro@gmail.com

Anexo B – Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas

Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	136	19	91	54,97	15,696
Valid N (listwise)	136				

Género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Feminino	99	72,8	72,8	72,8
Valid Masculino	37	27,2	27,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro(a)	15	11,0	11,0	11,0
Casado(a)	76	55,9	55,9	66,9
União de Facto	9	6,6	6,6	73,5
Valid Namorar	3	2,2	2,2	75,7
Divorciado(a)	14	10,3	10,3	86,0
Separado(a)	1	,7	,7	86,8
Viúvo(a)	18	13,2	13,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Nº_Filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	25	18,4	18,4	18,4
1	45	33,1	33,1	51,5
2	45	33,1	33,1	84,6
Valid 3	15	11,0	11,0	95,6
4	4	2,9	2,9	98,5
5	2	1,5	1,5	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Agregado_Familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	13	9,6	9,7	9,7
2	54	39,7	40,3	50,0
3	36	26,5	26,9	76,9
Valid 4	26	19,1	19,4	96,3
5	4	2,9	3,0	99,3
8	1	,7	,7	100,0
Total	134	98,5	100,0	
Missing 999	2	1,5		
Total	136	100,0		

Situação_Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Estudante	1	,7	,7	,7
Trabalhador-Estudante	1	,7	,7	1,5
Trabalhador	45	33,1	33,3	34,8
Valid Desempregado	14	10,3	10,4	45,2
Reformado	57	41,9	42,2	87,4
Baixa	17	12,5	12,6	100,0
Total	135	99,3	100,0	
Missing 999	1	,7		
Total	136	100,0		

Habilitações Acadêmicas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1º ciclo - 4ºano	39	28,7	28,7	28,7
2º ciclo - 6ºano	10	7,4	7,4	36,0
Valid 3º ciclo - 9ºano	27	19,9	19,9	55,9
Secundário - 12ºano	26	19,1	19,1	75,0
Superior	34	25,0	25,0	100,0
Total	136	100,0	100,0	

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

(Teodoro & Patrão, 2012)

Idade: _____ anos **Género:** Fem. Masc. **Estado Civil:** Solteiro(a) Casado(a) União de Facto Namorar Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)

Nº de filhos: _____ **Agregado Familiar** (nº total de pessoas com quem vive, incluindo a si / parentes): _____

Situação Profissional: Estudante Trabalhador-Estudante Trabalhador Desempregado(a) Reformado(a) De Baixa

Profissão: _____ **Escolaridade:** 1º ciclo (4º ano) 2º ciclo (6º ano) 3º ciclo (9º ano) Secundário (12º ano) Superior

Qual o tipo de cancro que tem? (o seu diagnóstico mais recente) _____ **Há quanto tempo lhe foi diagnosticado?** _____

Qual a classificação que atribuíram no diagnóstico? (Ex: Estadio 0, I, II, III ou IV / Com ou Sem Metástases) _____

Foi submetido/a a cirurgia? Sim Não **Se sim, que tipo de cirurgia fez?** _____ **Quantas vezes a realizou?** _____

Que tipo de tratamentos realizou? _____ **Durante quanto tempo / quantos ciclos?** _____

Há quanto tempo terminou esses tratamentos? _____ **Atualmente faz algum tratamento?** Sim Não **Se sim, qual?** _____

Teve ou tem alguma complicação associada ao cancro? Sim Não **Se sim, qual?** _____

No passado teve outro diagnóstico de cancro? Sim Não **Se sim, que tipo de cancro?** _____

Já foi diagnosticado/a mais do que uma vez para o mesmo tipo de cancro? (recidiva) Sim Não **Se sim, que tipo de cancro?** _____

Tem outra doença crónica? Sim Não **Se sim, qual?** _____ **Há quanto tempo?** _____

	Sim	Não	Se sim, de que tipo? (Ex: antidepressivos, ansiolíticos, etc...)
Toma algum tipo de medicação psiquiátrica? → Antes do diagnóstico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
(Ex: antidepressivos, ansiolíticos, etc...)			
→ Durante o processo de doença:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
→ Atualmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____

DURANTE este processo de doença: { Sim → Durante quanto tempo? _____ Há quanto tempo? _____ Sente que foi ou é benéfico? _____

→ Foi ou é alvo de alguma intervenção psicológica? { Não → Gostaria de ter, ou ter tido, algum apoio psicológico? Sim Não

→ Quem considera ter sido a pessoa que foi o seu suporte social e/ou emocional? Parentesco: _____

→ Sofreu algum acontecimento negativo? Sim Não **Se sim, qual?** _____

Tem ou teve alguém na família que sofre ou sofreu de cancro? Sim Não **Se sim, qual o grau de parentesco?** _____

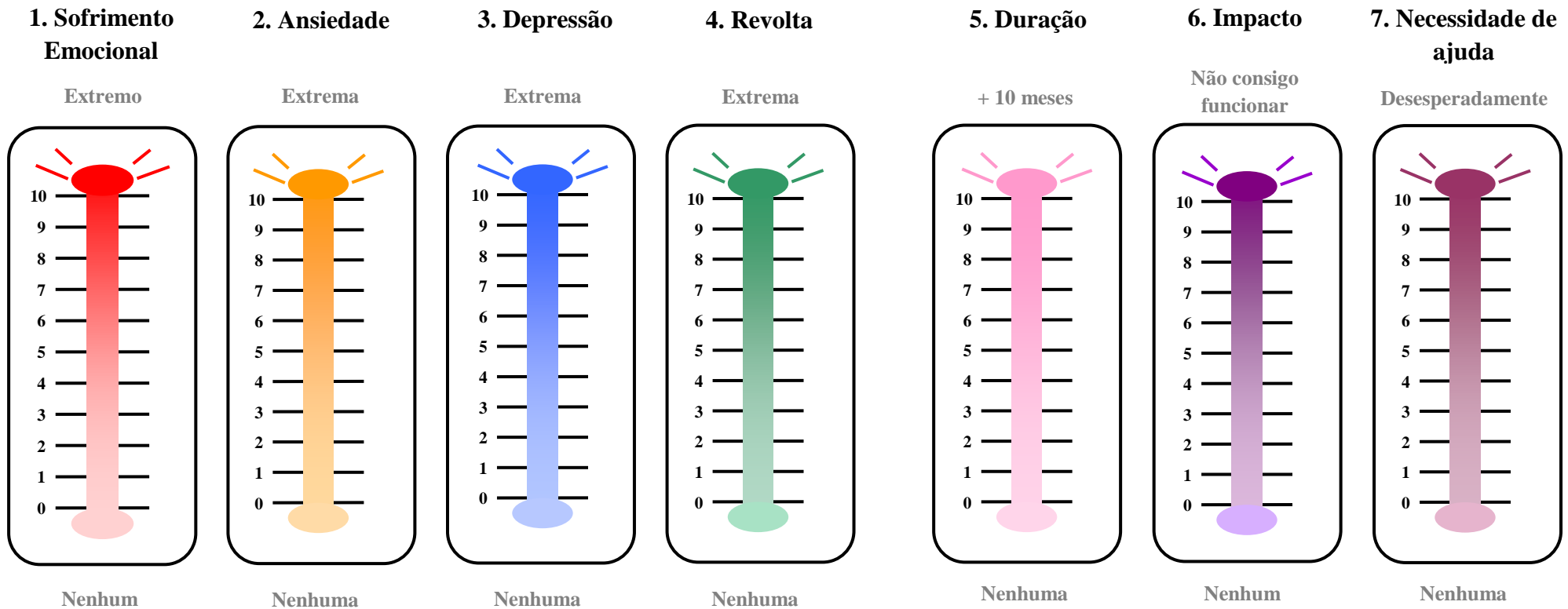
Qual o tipo de cancro que o seu familiar tem ou teve? _____

ANEXO D - TERMÓMETROS DA EMOÇÃO

(Mitchell, 2010; Bizarro, Patrão & Deep, 2011)

Nas primeiras quatro colunas, por favor coloque um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve **o grau de angústia/sofrimento** (*distress*) que tem sentido **durante a última semana, incluindo hoje.**

Nas últimas três colunas, por favor indique **qual o impacto** isso teve em si.



A seguir, indique se alguma das seguintes questões **tem sido um problema para si durante a última semana, incluindo hoje**. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

PROBLEMAS DO DIA-A-DIA

Sim Não

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidar dos filhos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tarefas domésticas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despesas de saúde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deslocações/transportes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trabalho/escola |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Económicos |

ASPETOS RELIGIOSOS

Sim Não

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perda de fé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com Deus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perda de significado ou sentido de vida |

PROBLEMAS EMOCIONAIS

Sim Não

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medos/receios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervosismo/ansiedade |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupação |

PROBLEMAS FAMILIARES

Sim Não

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com os filhos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com marido/parceiro(a) |

PROBLEMAS FÍSICOS

Sim Não

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aparência física |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomar banho/vestir |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificuldades respiratórias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alterações urinárias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prisão de ventre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarreia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apetite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansaço/fadiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inchaço |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Febre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Caminhar/vaguear |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfartamento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feridas na boca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náuseas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nariz congestionado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dores |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sexuais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pele seca/comichão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alterações do sono |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Formigueiros nas mãos e pés |

OUTROS PROBLEMAS:

ANTES DE ENTREGAR:

Verifique se respondeu a **todas** as questões.

Obrigado pela sua disponibilidade!

*A sua participação servirá para o progresso das
Ciências Psicológicas.*



ISPA – IU 2012

Anexo E - Consistência Interna dos Termômetros da Emoção

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,892	7

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TE_1_Sofrimento_Emocional	136	0	10	5,55	3,494
TE_2_Ansiedade	136	0	10	5,72	3,147
TE_3_Depressão	136	0	10	3,93	3,338
TE_4_Revolta	136	0	10	4,10	3,736
TE_5_Duração	136	0	10	5,35	4,085
TE_6_Impacto	136	0	10	4,67	3,473
TE_7_Necessidade_Ajuda	136	0	10	4,37	3,743
Valid N (listwise)	136				

Anexo F – Pedido e Autorização para a Recolha de Dados



À Comissão de Ética do Hospital Santa Maria, CHLN, E.P.E.

No âmbito da realização da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, encontra-se a decorrer no ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, uma investigação realizada por Rita Teodoro sob a orientação da Professora Doutora Ivone Patrão, que tem por objetivo avaliar o impacto psicossocial do cancro em função do tempo de diagnóstico, do tipo de cancro e do género.

Pretendo com esta investigação caracterizar os aspetos psicossociais e as fontes de *distress* presentes no decorrer de uma doença oncológica, através de questionários específicos para o efeito.

Como instrumentos de medida serão utilizados um Questionário Sociodemográfico e Clínico (Teodoro & Patrão, 2013) e o Termómetro Emocional (Bizarro, Patrão & Deep, 2012; NCCN, 2010), específico para pacientes oncológicos, sendo uma ferramenta eficaz para detetar níveis elevados de angústia/sofrimento (*distress*) enquadradas em cinco dimensões relacionadas com a qualidade de vida do sujeito. Posso desde já adiantar que serão despendidos cerca de 8/10 minutos para o seu preenchimento.

A população alvo são todas as pessoas que têm ou já tiveram um diagnóstico de cancro e que estejam em qualquer fase do processo de doença (diagnóstico, tratamento ou sobrevivência).

Este é um estudo anónimo, confidencial e de participação voluntária. Todos os dados serão tratados apenas coletivamente e usados somente para fins de investigação científica. A participação nesta investigação é de extremamente importância para o progresso científico acerca do tema.

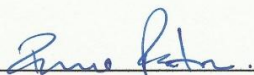
Conforme o exposto, venho por este meio pedir a vossa colaboração para contactar indivíduos que têm ou já tiveram um diagnóstico de cancro, pelo facto de estarmos perante uma população restrita e de difícil acesso.

Agradecemos, desde já, a vossa cooperação na concretização deste estudo.

Gratas pela disponibilidade,

Orientadora: Prof.^ª Doutora Ivone Patrão

Investigadora: Rita Teodoro





Para informações adicionais ou resposta ao pedido solicito contacto para:

Tlm.: 912 397 060

E-mail: ritanovoteodoro@gmail.com





Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Prof^a. Doutora Maria Luisa Figueira (CHLN)

Membros

Dra. Ana Luisa Figueiras (CHLN)

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampalo (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre En^h. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavínia (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Prof^a. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Dra. Rita Alexandra Novo Teodoro

Alameda dos Moinhos, Nº 3 - 7º B

ALFRAGIDE

Lisboa, 19 de Novembro de 2013

Assunto: Projecto de Investigação “*Distress: Impacto Psicossocial em Doentes Oncológicos*”

Relator - Prof^a. Doutora Maria Luisa Figueira

Pela presente informamos que o projecto citado em epigrafe obteve, na reunião realizada em 13 de Novembro de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado à Sra. Directora Clínica, Prof^a. Doutora Maria do Céu Machado, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

Anexo G – Análise Descritiva das Variáveis Clínicas

		Tipo_Cancro			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mama	43	31,6	31,6	31,6
	Útero / Ovários	10	7,4	7,4	39,0
	Cólon_Sigmóide	14	10,3	10,3	49,3
	Figado	5	3,7	3,7	52,9
	Próstata	2	1,5	1,5	54,4
	Garganta	3	2,2	2,2	56,6
	Rim / Bexiga	4	2,9	2,9	59,6
	Pele_Melanoma	5	3,7	3,7	63,2
	Leucemia	7	5,1	5,1	68,4
	Linfoma	12	8,8	8,8	77,2
	Tiroide	1	,7	,7	77,9
	Cerebral	1	,7	,7	78,7
	Mesotelioma	2	1,5	1,5	80,1
	Peritoneal_Vascular				
	Pulmão	5	3,7	3,7	83,8
	Recto	6	4,4	4,4	88,2
	Mieloma	2	1,5	1,5	89,7
	Esófago	2	1,5	1,5	91,2
	Testiculo	2	1,5	1,5	92,6
	Estômago	3	2,2	2,2	94,9
	Pâncreas	3	2,2	2,2	97,1
Ósseo	3	2,2	2,2	99,3	
Micro Fibrossarcoma	1	,7	,7	100,0	
Total	136	100,0	100,0		

		Tempo_Diagnóstico_Anos			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 ano	41	30,1	30,1	30,1
	2 anos	25	18,4	18,4	48,5
	3 anos	20	14,7	14,7	63,2
	4 anos	15	11,0	11,0	74,3
	> 4 anos	35	25,7	25,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Estadio_Cancro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
I	5	3,7	3,7	3,7
II	26	19,1	19,1	22,8
III	26	19,1	19,1	41,9
IV	8	5,9	5,9	47,8
Valid Com metástases	19	14,0	14,0	61,8
Sem metástases	26	19,1	19,1	80,9
Não sabe	26	19,1	19,1	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Cirurgia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	102	75,0	75,0	75,0
Não	34	25,0	25,0	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Nº Cirurgias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	8	5,9	7,3	7,3
1	79	58,1	71,8	79,1
2	16	11,8	14,5	93,6
3	4	2,9	3,6	97,3
4	1	,7	,9	98,2
9	1	,7	,9	99,1
20	1	,7	,9	100,0
Total	110	80,9	100,0	
Missing System	26	19,1		
Total	136	100,0		

Tipo_Cirurgia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Mastectomia	25	18,4	24,8	24,8
	Histerectomia	9	6,6	8,9	33,7
	Colon_Sigmoidectomia	11	8,1	10,9	44,6
	Prostatectomia	2	1,5	2,0	46,5
	Tumorectomia	43	31,6	42,6	89,1
	Tiroidectomia	1	,7	1,0	90,1
	Hepatectomia	2	1,5	2,0	92,1
	Orquiectomia (testiculo)	2	1,5	2,0	94,1
	Nefrectomia / Cistectomia	2	1,5	2,0	96,0
	Gastrectomia	2	1,5	2,0	98,0
	Lobectomia	2	1,5	2,0	100,0
	Total	101	74,3	100,0	
	999	1	,7		
Missing	System	34	25,0		
	Total	35	25,7		
Total	136	100,0			

Tipo_Tratamentos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Nenhum	11	8,1	8,1	8,1
	QT	50	36,8	36,8	44,9
	RT	8	5,9	5,9	50,7
	QT Oral	5	3,7	3,7	54,4
	Hormonoterapia	2	1,5	1,5	55,9
	Radioatividade	1	,7	,7	56,6
	QT + RT	40	29,4	29,4	86,0
	RT + HORMO	2	1,5	1,5	87,5
	QT + RT + HORMO_IMUNO	12	8,8	8,8	96,3
	Braquiterapia + RT	2	1,5	1,5	97,8
	QT + (Auto) Transplante	1	,7	,7	98,5
	Medicina(s) Alternativa(s)	1	,7	,7	99,3
	QT + RT + Braquiterapia	1	,7	,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Nº_Ciclos_QT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	6	4,4	6,1	6,1
2	3	2,2	3,1	9,2
3	6	4,4	6,1	15,3
4	15	11,0	15,3	30,6
5	3	2,2	3,1	33,7
6	33	24,3	33,7	67,3
8	5	3,7	5,1	72,4
9	2	1,5	2,0	74,5
10	2	1,5	2,0	76,5
11	1	,7	1,0	77,6
12	6	4,4	6,1	83,7
14	1	,7	1,0	84,7
16	1	,7	1,0	85,7
20	3	2,2	3,1	88,8
23	1	,7	1,0	89,8
24	3	2,2	3,1	92,9
25	1	,7	1,0	93,9
27	1	,7	1,0	94,9
31	1	,7	1,0	95,9
32	2	1,5	2,0	98,0
36	2	1,5	2,0	100,0
Total	98	72,1	100,0	
999	6	4,4		
Missing System	32	23,5		
Total	38	27,9		
Total	136	100,0		

Nº Sessões_RT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	1	,7	1,8	1,8
4	1	,7	1,8	3,6
7	2	1,5	3,6	7,1
8	2	1,5	3,6	10,7
10	1	,7	1,8	12,5
15	5	3,7	8,9	21,4
20	6	4,4	10,7	32,1
23	1	,7	1,8	33,9
25	10	7,4	17,9	51,8
27	1	,7	1,8	53,6
Valid 28	2	1,5	3,6	57,1
30	8	5,9	14,3	71,4
32	2	1,5	3,6	75,0
33	1	,7	1,8	76,8
34	3	2,2	5,4	82,1
35	5	3,7	8,9	91,1
36	1	,7	1,8	92,9
37	1	,7	1,8	94,6
39	1	,7	1,8	96,4
45	2	1,5	3,6	100,0
Total	56	41,2	100,0	
999	9	6,6		
Missing System	71	52,2		
Total	80	58,8		
Total	136	100,0		

Duração Outros Tratamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 ano	11	8,1	44,0	44,0
	1 – 3 anos	8	5,9	32,0	76,0
	> 3 anos	6	54,4	24,0	100,0
	Total	25	18,4	100,0	
Missing	999	1	,7		
	System	110	80,9		
Total		136	100,0		

Fim_QT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤1 ano	27	19,9	39,1	39,1
	2 anos	18	13,2	26,1	65,2
	3 a 5 anos	12	8,8	17,4	82,6
	> 5 anos	12	8,8	17,4	100,0
	Total	69	50,7	100,0	
Missing	System	67	49,3		
Total		136	100,0		

Fim_RT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ano	17	12,5	35,4	35,4
	2 anos	15	11,0	31,3	66,7
	3 a 5 anos	10	7,4	20,8	87,5
	> 5 anos	6	4,4	12,5	100,0
	Total	48	35,3	100,0	
Missing	System	88	64,7		
Total		136	100,0		

Fim_Outros_Tratamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1 ano	5	3,7	45,5	45,5
Valid	> 1 anos	6	4,4	54,5	100,0
	Total	11	8,1	100,0	
Missing	System	125	91,9		
Total		136	100,0		

Tratamento_Atual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nenhum	67	49,3	49,3	49,3
	RT	2	1,5	1,5	50,7
	QT	29	21,3	21,3	72,1
	Hormonoterapia	20	14,7	14,7	86,8
Valid	RT + Hormonoterapia	2	1,5	1,5	88,2
	RT + QT	3	2,2	2,2	90,4
	QT Oral	9	6,6	6,6	97,1
	Medicina(s) Alternativa(s)	2	1,5	1,5	98,5
	QT Oral + Hormonoterapia	2	1,5	1,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Complicações Associadas ao Cancro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nenhumas	88	64,7	64,7	64,7
	Alt. Orgãos Internos	13	9,6	9,6	74,3
	Alt. Hormonais	3	2,2	2,2	76,5
Valid	Incapacidades e/ou Alt. Fisicas	19	14,0	14,0	90,4
	Outras Doenças	13	9,6	9,6	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Recidivas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	111	81,6	81,6	81,6
Mama	8	5,9	5,9	87,5
Linfoma	3	2,2	2,2	89,7
Mesotelioma	1	,7	,7	90,4
Fígado	2	1,5	1,5	91,9
Mieloma	1	,7	,7	92,6
Próstata	2	1,5	1,5	94,1
Recto	1	,7	,7	94,9
Pele	3	2,2	2,2	97,1
Estômago	1	,7	,7	97,8
Pulmão	1	,7	,7	98,5
Cólon	1	,7	,7	99,3
Ovário	1	,7	,7	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Outro Diagnóstico Cancro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	113	83,1	83,1	83,1
Útero	2	1,5	1,5	84,6
Cólon	4	2,9	2,9	87,5
Linfoma	3	2,2	2,2	89,7
Próstata	2	1,5	1,5	91,2
Mama + Útero	1	,7	,7	91,9
Língua	1	,7	,7	92,6
Mama	6	4,4	4,4	97,1
Rim	3	2,2	2,2	99,3
Melanoma + Tiróide	1	,7	,7	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Outra Doença Crônica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	55	40,4	40,4	40,4
	Não	81	59,6	59,6	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Tipo Doença Crônica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		81	59,6	59,6	59,6
	Autoimune	8	5,9	5,9	65,4
	Cardiovascular + Renal	2	1,5	1,5	66,9
	Cardiovascular + Metabólica	4	2,9	2,9	69,9
	Metabólica + Degenerativa	1	,7	,7	70,6
	Cardiovascular + Infecciosa	1	,7	,7	71,3
	Cardiovascular + Digestiva	1	,7	,7	72,1
	Cardiovascular + Neurológica	1	,7	,7	72,8
	Mental_Neurológica	2	1,5	1,5	74,3
	Respiratória	4	2,9	2,9	77,2
	Digestiva	2	1,5	1,5	78,7
	Degenerativa	3	2,2	2,2	80,9
	Metabólica	8	5,9	5,9	86,8
	Cardiovascular	15	11,0	11,0	97,8
	Infecciosa	2	1,5	1,5	99,3
	Genética	1	,7	,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Duração_Doença_Crónica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Até 5	10	7,4	21,3	21,3
	5 - 10	14	10,3	29,8	51,1
Valid	11 - 20	13	9,6	27,7	78,7
	> 20 anos	10	7,4	21,3	100,0
	Total	47	34,6	100,0	
Missing	System	89	65,4		
Total		136	100,0		

Medicação_Psiquiatica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Sim	53	39,0	39,0	39,0
Valid	Não	83	61,0	61,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Medicação_Psiquiatica_Antes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nenhum	121	89,0	89,0	89,0
	Anti-Depressivo	1	,7	,7	89,7
Valid	Ansiolítico	8	5,9	5,9	95,6
	AD + Ans	5	3,7	3,7	99,3
	Outros Psicofarmacos	1	,7	,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Medicação_Psiquiatica_Durante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nenhum	90	66,2	66,2	66,2
	Anti-Depressivo	11	8,1	8,1	74,3
Valid	Ansiolítico	24	17,6	17,6	91,9
	AD + Ans	9	6,6	6,6	98,5
	Outros Psicofarmacos	2	1,5	1,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Medicação_Psiquiatica_Atual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum	99	72,8	72,8	72,8
Valid Anti-Depressivo	10	7,4	7,4	80,1
Valid Ansiolitico	20	14,7	14,7	94,9
Valid AD + Ans	5	3,7	3,7	98,5
Valid Outros Psicofarmacos	2	1,5	1,5	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Intervenção_Psicológica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	30	22,1	22,1	22,1
Valid Não	106	77,9	77,9	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Intervenção_Psicológica_Duração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Até 1 ano	13	9,6	54,2	54,2
Valid > 1 ano	11	8,1	45,8	100,0
Total	24	17,6	100,0	
Missing System	112	82,4		
Total	136	100,0		

Intervenção_Psicológica_Qd_Terminou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ainda em curso	9	6,6	33,3	33,3
Valid < 1 ano	6	4,4	22,2	55,6
Valid > 1ano	12	8,8	44,4	100,0
Total	27	19,9	100,0	
Missing System	109	80,1		
Total	136	100,0		

Intervenção Psicológica Benéfico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	28	20,6	93,3	93,3
	Não	2	1,5	6,7	100,0
	Total	30	22,1	100,0	
Missing	System	106	77,9		
Total		136	100,0		

Desejo Apoio Psicológico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	50	36,8	51,0	51,0
	Não	48	35,3	49,0	100,0
	Total	98	72,1	100,0	
Missing	999	8	5,9		
	System	30	22,1		
	Total	38	27,9		
Total		136	100,0		

Suporte Social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cônjuge / Parceiro(a)	24	17,6	17,8	17,8
	Filho(s)	19	14,0	14,1	31,9
	Familia	38	27,9	28,1	60,0
	Amigos	4	2,9	3,0	63,0
	Neto(s)	2	1,5	1,5	64,4
	Ninguém / Próprio	9	6,6	6,7	71,1
	Familia e Amigos	27	19,9	20,0	91,1
	Pais_Irmão(s)	12	8,8	8,9	100,0
Total		135	99,3	100,0	
Missing	999	1	,7		
Total		136	100,0		

Acontecimento_Vida_Negativos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	83	61,0	61,9	61,9
	Morte Parente	28	20,6	20,9	82,8
	Problemas Profissionais e/ou Económicos	6	4,4	4,5	87,3
	Problemas Saúde Próprio e/ou Familiares	9	6,6	6,7	94,0
	Conflitos Familiares e/ou Divórcios	8	5,9	6,0	100,0
	Total	134	98,5	100,0	
	Missing	999	2	1,5	
Total		136	100,0		

Familiar_Cancro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	55	40,4	41,0	41,0
	Pais	23	16,9	17,5	58,5
	Irmão(s)	10	7,4	7,5	66,0
	Tio(a)	10	7,4	7,5	73,5
	Primo(s)	5	3,7	3,7	77,2
	Avós	5	3,7	3,7	80,9
	Vários Familiares	26	19,1	19,4	100
Total	134	98,5	100,0		
Missing	999	2	1,5		
Total		136	100,0		

Familia_Tipo_Cancro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		55	40,4	42,3	42,3
	Cerebral	1	,7	,8	43,1
	Cerebral e Cólon	1	,7	,8	43,8
	Cólon	12	8,8	9,2	53,1
	Cólon e Estômago	1	,7	,8	53,8

Cólon e Rins	1	,7	,8	54,6
Esófago e Cordas Vocais	1	,7	,8	55,4
Estômago	2	1,5	1,5	56,9
Estômago e Cólon	1	,7	,8	57,7
Estômago e Ósseo	1	,7	,8	58,5
Estômago, Pulmão, Próstata, Baço	1	,7	,8	59,2
Fígado e Cólon	1	,7	,8	60,0
Garganta	2	1,5	1,5	61,5
Garganta, Pulmão e Cólon	1	,7	,8	62,3
Laringe_Garganta	1	,7	,8	63,1
Leucemia	2	1,5	1,5	64,6
Linfoma	3	2,2	2,3	66,9
Língua	1	,7	,8	67,7
Mama	14	10,3	10,8	78,5
Mama e Estômago	1	,7	,8	79,2
Mama e Pele	1	,7	,8	80,0
Mama e Útero	2	1,5	1,5	81,5
Mama, Estômago e Pâncreas	1	,7	,8	82,3
Mama, Leucemia, Garganta e Cólon	1	,7	,8	83,1
Mama, Linfoma e Estômago	1	,7	,8	83,8
Mama, Linfoma, Garganta, Pulmão e Ósseo	1	,7	,8	84,6
Mama, Pancrêas e Útero	1	,7	,8	85,4
Mama, Pulmão e Leucemia	1	,7	,8	86,2
Mama, Útero e Fígado	1	,7	,8	86,9
Mieloma	1	,7	,8	87,7
Nasofaringe	1	,7	,8	88,5
Ovários	2	1,5	1,5	90,0
Próstata	4	2,9	3,1	93,1
Pulmão	3	2,2	2,3	95,4
Pulmão e Útero	1	,7	,8	96,2
Pulmão, Estômago, Fígado e Pele	1	,7	,8	96,9
Pulmões e Esófago	1	,7	,8	97,7
Recto	1	,7	,8	98,5
Rins e Fígado	1	,7	,8	99,2
Útero e Próstata	1	,7	,8	100,0
Total	130	95,6	100,0	
Missing	999	6	4,4	
Total	136	100,0		

Anexo H – Outputs da Análise do Termómetro das Emoções

TE_1_Sofrimento_Emocional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	22	16,2	16,2	16,2
1	7	5,1	5,1	21,3
2	7	5,1	5,1	26,5
3	1	,7	,7	27,2
4	4	2,9	2,9	30,1
5	22	16,2	16,2	46,3
6	13	9,6	9,6	55,9
7	11	8,1	8,1	64,0
8	17	12,5	12,5	76,5
9	6	4,4	4,4	80,9
10	26	19,1	19,1	100,0
Total	136	100,0	100,0	

TE_2_Ansiedade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	14	10,3	10,3	10,3
1	6	4,4	4,4	14,7
2	6	4,4	4,4	19,1
3	7	5,1	5,1	24,3
4	7	5,1	5,1	29,4
5	19	14,0	14,0	43,4
6	20	14,7	14,7	58,1
7	11	8,1	8,1	66,2
8	14	10,3	10,3	76,5
9	13	9,6	9,6	86,0
10	19	14,0	14,0	100,0
Total	136	100,0	100,0	

TE_3 Depressão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	37	27,2	27,2	27,2
1	11	8,1	8,1	35,3
2	10	7,4	7,4	42,6
3	2	1,5	1,5	44,1
4	8	5,9	5,9	50,0
5	25	18,4	18,4	68,4
6	11	8,1	8,1	76,5
7	3	2,2	2,2	78,7
8	14	10,3	10,3	89,0
9	8	5,9	5,9	94,9
10	7	5,1	5,1	100,0
Total	136	100,0	100,0	

TE_4 Revolta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	27,9	27,9	27,9
1	9	6,6	6,6	34,6
2	13	9,6	9,6	44,1
3	11	8,1	8,1	52,2
4	8	5,9	5,9	58,1
5	9	6,6	6,6	64,7
6	6	4,4	4,4	69,1
7	8	5,9	5,9	75,0
8	7	5,1	5,1	80,1
9	5	3,7	3,7	83,8
10	22	16,2	16,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

TE_5_Duração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	24	17,6	17,6	17,6
1	13	9,6	9,6	27,2
2	11	8,1	8,1	35,3
3	8	5,9	5,9	41,2
4	12	8,8	8,8	50,0
5	2	1,5	1,5	51,5
6	7	5,1	5,1	56,6
7	5	3,7	3,7	60,3
8	2	1,5	1,5	61,8
9	3	2,2	2,2	64,0
10	49	36,0	36,0	100,0
Total	136	100,0	100,0	

TE_6_Impacto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	29	21,3	21,3	21,3
1	5	3,7	3,7	25,0
2	12	8,8	8,8	33,8
3	10	7,4	7,4	41,2
4	6	4,4	4,4	45,6
5	15	11,0	11,0	56,6
6	11	8,1	8,1	64,7
7	10	7,4	7,4	72,1
8	17	12,5	12,5	84,6
9	5	3,7	3,7	88,2
10	16	11,8	11,8	100,0
Total	136	100,0	100,0	

TE_7_Necessidade_Ajuda

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	40	29,4	29,4	29,4
1	6	4,4	4,4	33,8
2	9	6,6	6,6	40,4
3	7	5,1	5,1	45,6
4	8	5,9	5,9	51,5
5	11	8,1	8,1	59,6
6	7	5,1	5,1	64,7
7	5	3,7	3,7	68,4
8	18	13,2	13,2	81,6
9	9	6,6	6,6	88,2
10	16	11,8	11,8	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TE_1_Sofrimento_Emocional	136	0	10	5,55	3,494
TE_2_Ansiedade	136	0	10	5,72	3,147
TE_3_Depressão	136	0	10	3,93	3,338
TE_4_Revolta	136	0	10	4,10	3,736
TE_5_Duração	136	0	10	5,35	4,085
TE_6_Impacto	136	0	10	4,67	3,473
TE_7_Necessidade_Ajuda	136	0	10	4,37	3,743
Valid N (listwise)	136				

TE: Dimensões da Qualidade de Vida

	Sim		Não	
	Count	Row N %	Count	Row N %
PDD_Cuidar_Filhos	17	12,5%	119	87,5%
PDD_Tarefas_Domésticas	57	41,9%	79	58,1%
PDD_Despesas_Saúde	58	42,6%	78	57,4%
PDD_Deslocações_Transportes	36	26,5%	100	73,5%
PDD_Trabalho_Escola	36	26,5%	100	73,5%
PDD_Económicos	74	54,4%	62	45,6%
AR_Perda_Fé	21	15,4%	115	84,6%
AR_Relação_Deus	20	14,7%	116	85,3%
AR_Perda_Sign_ou_Sent_Vida	26	19,1%	110	80,9%
PE_Depressão	48	35,3%	88	64,7%
PE_Medos_Receios	84	61,8%	52	38,2%
PE_Nervosismo_Ansiedade	103	75,7%	33	24,3%
PE_Tristeza	85	62,5%	51	37,5%
PE_Preocupação	107	78,7%	29	21,3%
PFam_Relação_Filhos	11	8,1%	125	91,9%
PFam_Relação_Parceiro	15	11,0%	121	89,0%
PF_Aparência_Fisica	54	39,7%	82	60,3%
PF_Tomar_Banho_Vestir	40	29,4%	96	70,6%
PF_Dificul_Respiratórias	34	25,0%	102	75,0%
PF_Alt_Urinárias	40	29,4%	96	70,6%
PF_Prisão_Ventre	47	34,6%	89	65,4%
PF_Diarreia	21	15,4%	115	84,6%
PF_Apetite	53	39,0%	83	61,0%
PF_Cansaço_Fadiga	99	72,8%	37	27,2%
PF_Inchaço	59	43,4%	77	56,6%
PF_Febre	31	22,8%	105	77,2%
PF_Caminhar_Vaguear	50	36,8%	86	63,2%
PF_Enfartamento	39	28,7%	97	71,3%
PF_Feridas_Boca	30	22,1%	106	77,9%
PF_Náuseas	34	25,0%	102	75,0%
PF_Nariz_Congest	32	23,5%	104	76,5%
PF_Dores	62	45,6%	74	54,4%
PF_Problm_Sexuais	24	17,6%	112	82,4%
PF_Pele_Seca_Comichão	59	43,4%	77	56,6%
PF_Alt_Sono	105	77,2%	31	22,8%
PF_Formigueiros_Mãos_Pés	63	46,3%	73	53,7%

Anexo I – Outputs da Análise da Questão de Investigação nº 1

T-Test

Group Statistics					
	Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TE_1_Sofrimento_Emocional	Feminino	99	5,25	3,581	,360
	Masculino	37	6,35	3,155	,519
TE_2_Ansiedade	Feminino	99	5,39	3,096	,311
	Masculino	37	6,59	3,158	,519
TE_3_Depressão	Feminino	99	3,88	3,447	,346
	Masculino	37	4,08	3,068	,504
TE_4_Revolta	Feminino	99	3,79	3,715	,373
	Masculino	37	4,95	3,711	,610
TE_5_Duração	Feminino	99	5,19	4,147	,417
	Masculino	37	5,76	3,940	,648
TE_6_Impacto	Feminino	99	4,45	3,483	,350
	Masculino	37	5,24	3,427	,563
TE_7_Necessidade_Ajuda	Feminino	99	4,17	3,796	,382
	Masculino	37	4,89	3,596	,591

Custom Tables

Table 1

	Género			
	Feminino		Masculino	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
TE_1_Sofrimento_Emocional	5,25	3,58	6,35	3,16
TE_2_Ansiedade	5,39	3,10	6,59	3,16
TE_3_Depressão	3,88	3,45	4,08	3,07
TE_4_Revolta	3,79	3,72	4,95	3,71
TE_5_Duração	5,19	4,15	5,76	3,94
TE_6_Impacto	4,45	3,48	5,24	3,43
TE_7_Necessidade_Ajuda	4,17	3,80	4,89	3,60

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TE_1_Sofrimento_Emocional	Equal variances assumed	2,100	,150	-1,643	134	,103	-1,099	,669	-2,422	,224
	Equal variances not assumed			-1,740	72,802	,086	-1,099	,631	-2,357	,160
TE_2_Ansiedade	Equal variances assumed	,014	,907	-2,002	134	,047	-1,201	,600	-2,387	-,014
	Equal variances not assumed			-1,984	63,515	,052	-1,201	,605	-2,410	,009
TE_3_Depressão	Equal variances assumed	2,679	,104	-,313	134	,754	-,202	,645	-1,479	1,074
	Equal variances not assumed			-,331	72,101	,742	-,202	,612	-1,422	1,017
TE_4_Revolta	Equal variances assumed	,002	,960	-1,618	134	,108	-1,158	,716	-2,573	,257
	Equal variances not assumed			-1,619	64,678	,110	-1,158	,715	-2,587	,271
TE_5_Duração	Equal variances assumed	,912	,341	-,716	134	,475	-,565	,789	-2,124	,995
	Equal variances not assumed			-,733	67,720	,466	-,565	,770	-2,102	,972
TE_6_Impacto	Equal variances assumed	,278	,599	-1,180	134	,240	-,789	,668	-2,110	,533
	Equal variances not assumed			-1,189	65,562	,239	-,789	,663	-2,113	,536
TE_7_Necessidade_Ajuda	Equal variances assumed	1,172	,281	-,998	134	,320	-,720	,721	-2,147	,706
	Equal variances not assumed			-1,024	67,899	,310	-,720	,704	-2,124	,684

Anexo J – Outputs da Análise da Questão de Investigação nº 2

Custom Tables

Table 1

	Tempo Diagnóstico Anos									
	Até 1 ano		2 anos		3 anos		4 anos		> 4 anos	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
TE_1_Sofrimento_Emocional	5,80	3,27	6,00	3,83	5,90	3,58	4,40	3,68	5,23	3,44
TE_2_Ansiedade	6,02	3,22	5,52	3,14	6,55	2,89	5,33	2,94	5,20	3,32
TE_3_Depressão	4,22	3,31	4,04	3,56	3,95	3,38	3,33	3,52	3,77	3,26
TE_4_Revolta	4,34	3,71	3,44	4,03	4,15	3,63	3,40	3,56	4,57	3,79
TE_5_Duração	5,32	3,82	5,60	4,60	6,85	3,95	5,47	4,26	4,29	3,92
TE_6_Impacto	4,95	3,30	5,00	3,79	6,05	3,19	3,80	3,10	3,69	3,56
TE_7_Necessidade_Ajuda	4,66	3,47	4,40	3,83	5,70	3,81	3,93	4,01	3,43	3,78

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	,378	4	131	,824
TE_2_Ansiedade	,215	4	131	,929
TE_3_Depressão	,599	4	131	,664
TE_4_Revolta	,246	4	131	,912
TE_5_Duração	2,092	4	131	,085
TE_6_Impacto	,640	4	131	,635
TE_7_Necessidade_Ajuda	,542	4	131	,705

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	Between Groups	33,629	4	8,407	,682	,605
	Within Groups	1614,010	131	12,321		
	Total	1647,640	135			
TE_2_Ansiedade	Between Groups	30,283	4	7,571	,759	,554
	Within Groups	1307,099	131	9,978		
	Total	1337,382	135			
TE_3_Depressão	Between Groups	9,965	4	2,491	,218	,928
	Within Groups	1494,439	131	11,408		
	Total	1504,404	135			
TE_4_Revolta	Between Groups	28,458	4	7,114	,502	,734
	Within Groups	1856,101	131	14,169		
	Total	1884,559	135			
TE_5_Duração	Between Groups	86,453	4	21,613	1,307	,271
	Within Groups	2166,304	131	16,537		
	Total	2252,757	135			
TE_6_Impacto	Between Groups	89,315	4	22,329	1,901	,114
	Within Groups	1538,795	131	11,747		
	Total	1628,110	135			
TE_7_Necessidade_Ajuda	Between Groups	72,693	4	18,173	1,309	,270
	Within Groups	1818,924	131	13,885		
	Total	1891,618	135			

Anexo K – Outputs da Análise da Questão de Investigação nº 3

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	1,117	5	109	,356
TE_2_Ansiedade	,276	5	109	,926
TE_3_Depressão	2,264	5	109	,053
TE_4_Revolta	,674	5	109	,644
TE_5_Duração	2,919	5	109	,016
TE_6_Impacto	1,263	5	109	,285
TE_7_Necessidade_Ajuda	1,702	5	109	,140

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	Between Groups	181,944	5	36,389	3,198	,010
	Within Groups	1240,230	109	11,378		
	Total	1422,174	114			
TE_2_Ansiedade	Between Groups	69,130	5	13,826	1,392	,233
	Within Groups	1082,661	109	9,933		
	Total	1151,791	114			
TE_3_Depressão	Between Groups	86,286	5	17,257	1,651	,153
	Within Groups	1139,662	109	10,456		
	Total	1225,948	114			
TE_4_Revolta	Between Groups	75,242	5	15,048	1,126	,351
	Within Groups	1456,444	109	13,362		
	Total	1531,687	114			
TE_5_Duração	Between Groups	84,141	5	16,828	,990	,427
	Within Groups	1852,259	109	16,993		
	Total	1936,400	114			
TE_6_Impacto	Between Groups	91,388	5	18,278	1,590	,169
	Within Groups	1253,099	109	11,496		
	Total	1344,487	114			
TE_7_Necessidade_Ajuda	Between Groups	200,010	5	40,002	3,131	,011
	Within Groups	1392,564	109	12,776		
	Total	1592,574	114			

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	Welch	3,607	5	30,107	,011
TE_2_Ansiedade	Welch	1,653	5	29,101	,178
TE_3_Depressão	Welch	2,034	5	30,090	,102
TE_4_Revolta	Welch	1,009	5	27,880	,431
TE_5_Duração	Welch	1,265	5	30,119	,305
TE_6_Impacto	Welch	1,500	5	28,569	,221
TE_7_Necessidade_Ajuda	Welch	4,188	5	30,107	,005

a. Asymptotically F distributed.

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	1,117	5	109	,356
TE_7_Necessidade_Ajuda	1,702	5	109	,140

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	Between Groups	181,944	5	36,389	3,198	,010
	Within Groups	1240,230	109	11,378		
	Total	1422,174	114			
TE_7_Necessidade_Ajuda	Between Groups	200,010	5	40,002	3,131	,011
	Within Groups	1392,564	109	12,776		
	Total	1592,574	114			

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
TE_1_Sofrimento_Emocional	Welch	3,607	5	30,107	,011
TE_7_Necessidade_Ajuda	Welch	4,188	5	30,107	,005

a. Asymptotically F distributed.

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Cancro_cat	(J) Cancro_cat	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
TE_1_Sofrimento_Emocional	Mama	Útero / Ovários	-2,663	1,184	,225	-6,10	,77
		Trato Gastrointestinal	-1,403	,848	,565	-3,86	1,06
		Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	-1,663	1,299	,795	-5,43	2,11
		Sistema Respiratório	-3,413	1,299	,099	-7,18	,36
		Hematológicos	-2,925*	,898	,018	-5,53	-,32
	Útero / Ovários	Mama	2,663	1,184	,225	-,77	6,10
		Trato Gastrointestinal	1,260	1,262	,918	-2,40	4,92
		Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	1,000	1,600	,989	-3,64	5,64
		Sistema Respiratório	-,750	1,600	,997	-5,39	3,89
		Hematológicos	-,262	1,296	1,000	-4,02	3,50
	Trato Gastrointestinal	Mama	1,403	,848	,565	-1,06	3,86
		Útero / Ovários	-1,260	1,262	,918	-4,92	2,40
		Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	-,260	1,370	1,000	-4,23	3,71
		Sistema Respiratório	-2,010	1,370	,686	-5,98	1,96
		Hematológicos	-1,522	,998	,650	-4,42	1,37
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	Mama	1,663	1,299	,795	-2,11	5,43
		Útero / Ovários	-1,000	1,600	,989	-5,64	3,64
		Trato Gastrointestinal	,260	1,370	1,000	-3,71	4,23
		Sistema Respiratório	-1,750	1,687	,904	-6,64	3,14

		Hematológicos	-1,262	1,401	,946	-5,33	2,80
		Mama	3,413	1,299	,099	-,36	7,18
		Útero / Ovários	,750	1,600	,997	-3,89	5,39
	Sistema Respiratório	Trato Gastrointestinal	2,010	1,370	,686	-1,96	5,98
		Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	1,750	1,687	,904	-3,14	6,64
		Hematológicos	,488	1,401	,999	-3,58	4,55
		Mama	2,925 ⁺	,898	,018	,32	5,53
		Útero / Ovários	,262	1,296	1,000	-3,50	4,02
	Hematológicos	Trato Gastrointestinal	1,522	,998	,650	-1,37	4,42
		Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	1,262	1,401	,946	-2,80	5,33
		Sistema Respiratório	-,488	1,401	,999	-4,55	3,58
		Útero / Ovários	-1,677	1,255	,764	-5,32	1,96
		Trato Gastrointestinal	-1,417	,899	,616	-4,02	1,19
	Mama	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	-3,227	1,376	,186	-7,22	,77
		Sistema Respiratório	-4,102 ⁺	1,376	,040	-8,09	-,11
		Hematológicos	-2,596	,952	,078	-5,36	,16
		Mama	1,677	1,255	,764	-1,96	5,32
		Trato Gastrointestinal	,260	1,337	1,000	-3,62	4,14
TE_7_Necessidade_Ajuda	Útero / Ovários	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	-1,550	1,695	,942	-6,47	3,37
		Sistema Respiratório	-2,425	1,695	,709	-7,34	2,49
		Hematológicos	-,919	1,373	,985	-4,90	3,06
		Mama	1,417	,899	,616	-1,19	4,02
		Útero / Ovários	-,260	1,337	1,000	-4,14	3,62
	Trato Gastrointestinal	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	-1,810	1,452	,813	-6,02	2,40
		Sistema Respiratório	-2,685	1,452	,439	-6,90	1,53

	Hematológicos	-1,179	1,058	,874	-4,25	1,89
	Mama	3,227	1,376	,186	-,77	7,22
	Útero / Ovários	1,550	1,695	,942	-3,37	6,47
Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	Trato Gastrointestinal	1,810	1,452	,813	-2,40	6,02
	Sistema Respiratório	-,875	1,787	,996	-6,06	4,31
	Hematológicos	,631	1,485	,998	-3,68	4,94
	Mama	4,102*	1,376	,040	,11	8,09
	Útero / Ovários	2,425	1,695	,709	-2,49	7,34
Sistema Respiratório	Trato Gastrointestinal	2,685	1,452	,439	-1,53	6,90
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	,875	1,787	,996	-4,31	6,06
	Hematológicos	1,506	1,485	,912	-2,80	5,81
	Mama	2,596	,952	,078	-,16	5,36
	Útero / Ovários	,919	1,373	,985	-3,06	4,90
Hematológicos	Trato Gastrointestinal	1,179	1,058	,874	-1,89	4,25
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	-,631	1,485	,998	-4,94	3,68
	Sistema Respiratório	-1,506	1,485	,912	-5,81	2,80

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

TE_1_Sofrimento_Emocional

Tukey HSD^{a,b}

Cancro_cat	N	Subset for alpha =	
		0.05	
		1	
Mama	43	3,84	
Trato Gastrointestinal	25	5,24	
Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	5,50	
Útero / Ovários	10	6,50	
Hematológicos	21	6,76	
Sistema Respiratório	8	7,25	
Sig.		,111	

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 13,019.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

TE_7_Necessidade_Ajuda

Tukey HSD^{a,b}

Cancro_cat	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Mama	43	3,02	
Trato Gastrointestinal	25	4,44	4,44
Útero / Ovários	10	4,70	4,70
Hematológicos	21	5,62	5,62
Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	6,25	6,25
Sistema Respiratório	8		7,13
Sig.		,202	,398

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 13,019.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
TE_1_Sofrimento_Emocional	Mama	43	3,84	3,470	,529	2,77	4,91	0	10
	Útero / Ovários	10	6,50	3,598	1,138	3,93	9,07	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	5,24	3,574	,715	3,76	6,72	0	10
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	5,50	2,976	1,052	3,01	7,99	0	10
	Sistema Respiratório	8	7,25	2,053	,726	5,53	8,97	5	10
	Hematológicos	21	6,76	3,315	,723	5,25	8,27	0	10
	Total	115	5,26	3,532	,329	4,61	5,91	0	10
TE_2_Ansiedade	Mama	43	4,81	3,126	,477	3,85	5,78	0	10
	Útero / Ovários	10	6,30	3,401	1,075	3,87	8,73	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	5,48	3,331	,666	4,11	6,85	0	10
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	6,50	3,117	1,102	3,89	9,11	0	10
	Sistema Respiratório	8	7,50	2,390	,845	5,50	9,50	4	10
	Hematológicos	21	5,90	3,113	,679	4,49	7,32	0	10
	Total	115	5,59	3,179	,296	5,00	6,18	0	10
TE_3_Depressão	Mama	43	2,84	3,323	,507	1,81	3,86	0	10
	Útero / Ovários	10	4,60	3,718	1,176	1,94	7,26	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	4,16	3,223	,645	2,83	5,49	0	10
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	4,63	3,777	1,335	1,47	7,78	0	10
	Sistema Respiratório	8	5,25	1,669	,590	3,85	6,65	2	8
	Hematológicos	21	4,67	3,022	,659	3,29	6,04	0	9
	Total	115	3,90	3,279	,306	3,30	4,51	0	10
TE_4_Revolta	Mama	43	3,14	3,427	,523	2,08	4,19	0	10

	Útero / Ovários	10	3,70	4,244	1,342	,66	6,74	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	3,88	3,655	,731	2,37	5,39	0	10
	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	5,50	3,665	1,296	2,44	8,56	0	10
	Sistema Respiratório	8	5,38	4,534	1,603	1,58	9,17	0	10
	Hematológicos	21	4,67	3,483	,760	3,08	6,25	0	10
	Total	115	3,95	3,665	,342	3,27	4,62	0	10
	Mama	43	4,77	4,208	,642	3,47	6,06	0	10
	Útero / Ovários	10	5,10	4,175	1,320	2,11	8,09	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	6,60	4,301	,860	4,82	8,38	0	10
TE_5_Duração	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	3,38	2,560	,905	1,23	5,52	0	7
	Sistema Respiratório	8	5,00	3,586	1,268	2,00	8,00	1	10
	Hematológicos	21	5,24	4,312	,941	3,28	7,20	0	10
	Total	115	5,20	4,121	,384	4,44	5,96	0	10
	Mama	43	3,81	3,466	,529	2,75	4,88	0	10
	Útero / Ovários	10	5,50	3,536	1,118	2,97	8,03	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	5,36	2,841	,568	4,19	6,53	0	10
TE_6_Impacto	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	6,38	3,249	1,149	3,66	9,09	0	10
	Sistema Respiratório	8	6,25	3,240	1,146	3,54	8,96	0	10
	Hematológicos	21	4,95	3,840	,838	3,20	6,70	0	10
	Total	115	4,85	3,434	,320	4,22	5,49	0	10
	Mama	43	3,02	3,576	,545	1,92	4,12	0	10
	Útero / Ovários	10	4,70	3,802	1,202	1,98	7,42	0	10
	Trato Gastrointestinal	25	4,44	3,572	,714	2,97	5,91	0	10
TE_7_Necessidade_Ajuda	Orgãos Anexos do Tubo Digestivo	8	6,25	3,012	1,065	3,73	8,77	0	10
	Sistema Respiratório	8	7,13	2,167	,766	5,31	8,94	4	10
	Hematológicos	21	5,62	4,018	,877	3,79	7,45	0	10
	Total	115	4,46	3,738	,349	3,77	5,15	0	10

Anexo L – Comprovativo e Aceitação para Congressos

II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE
III CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Certifica-se que

Rita Teodoro

apresentou o trabalho Distress em Doentes Oncológicos (Teodoro & Patrão)
no **II Congresso Ibero-Americano/III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde** que
decorreu na Universidade do Algarve nos dias 4, 5, e 6 de Julho de 2013.

Faro, 06 de Julho de 2013,

O Coordenador da Comissão Organizadora,

Saul Neves de Jesus

(Saul Neves de Jesus)



**Day and instructions for Poster presentation - 22nd World Congress on Psychosomatic
Medicine**

De: "ICPM2013" <icpm2013@admedictours.pt>

Data: 2 de Agosto de 2013 16:48:20 WEST

Para: <iamp@sapo.pt>

Dear Dr. Ivone Patrão

Thank you for submitting the Poster *CANCER PSYCHOLOGICAL DISTRESS: TIME OF THE DISEASE, THE TYPE OF CANCER AND GENDER* for the 22nd World Congress on Psychosomatic Medicine. The final number of your Poster is **101** and the presentation is on Friday, September 13, under the topic "Cancer".

The **Poster presentation** requires the author's presence by the poster during the morning and afternoon breaks (from 11.00 to 11.30am and 04.00 to 04.30pm). Presenters are requested to post their papers from 08.00 to 09.00am and to remove them from 06.00 to 07.00pm on the respective day of the presentation.

INSTRUCTION FOR POSTER PREPARATION

- The dimensions of the poster should not exceed 80 cm wide (31,5 inches) and 120 cm high (47,24 inches).
- Allocate the top of the poster for the title and authors as stated on the submitted abstract. The text, illustrations, etc. should be bold enough to be read from a distance of 180cm (6 feet).
- Double sided tape and technical equipment will be available for the mounting of posters.
- Please refer to the Final Program book that you will receive upon arrival at the Conference for the poster board number assigned to you. Please use the board with the same number.

Thank you once again for your valuable contribution to the Scientific Program of the 22nd World Congress on Psychosomatic Medicine.

Best Regards

Joana Marques

Secretariat

**Aceitação da Comunicação "DISTRESS EM DOENTES ONCOLÓGICOS" submetida
ao 10º Congresso nacional de psicologia da saúde**

Psaude 10Congresso psaude.10congresso@gmail.com

Data: 4 de Novembro de 2013 às 23:55

Para: Rita Teodoro ritanovoteodoro@gmail.com

Caro colega

Passámos à fase de composição do suplemento da revista Psicologia, Saúde & Doenças, que vai publicar todos os resumos.

Pedimos que confirme que participará no congresso completando a sua inscrição.

Para se inscrever deverá:

Se for da Comissão Científica ou de outra comissão do congresso está automaticamente inscrito e não necessita implementar nenhuma ação;

Se for membro da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, ou se for estudante, deverá indicar o número de sócio ou enviar a cópia da prova de estudante.

A inscrição deverá seguir as regras inscritas no sítio do congresso na secção “inscrições”.

Para isso deverá preencher a ficha que está no fundo dessa página.

A ficha deverá ser enviada para o e-mail da Sociedade “sp_ps@clix.pt”.

Qualquer dúvida deverá ser colocada por e-mail para a sp_ps@clix.pt

Se pretende propor um artigo da sua comunicação para publicação nas atas do congresso deverá consultar a secção “artigos” e seguir os processos de submissão e as datas que são referidas. Se pretender propor o seu trabalho para um dos prémios deverá consultar a secção “prémio”. Dúvidas sobre este parágrafo deverão ser enviadas para o site do congresso “psaude.10congresso@gmail.com”

A C. Organizadora