

1997

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE APRESENTADA  
NA ÁREA DE  
PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA  
DO INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

HELENA M. B. LOPES

Estudos sobre Qualidade de Vida  
em Mulheres Submetidas a Histerectomia  
ou Anexectomia para Tratamento  
de Cancro do Útero ou Ovário

Ref. 11720  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
BIBLIOTECA

ORIENTADORA: Isabel M. P. Leal  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

CO-ORIENTADOR: José L. P. Ribeiro  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto

## *Agradecimentos*

---

É com imenso prazer que manifesto os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que participaram neste trabalho, cuja experiência e conhecimentos constituem sempre uma importante fonte de saber e de motivação. Os meus agradecimentos dirigem-se de um modo muito especial.

À Professora Doutora Isabel Leal, pelo modo como me orientou na descoberta de um novo campo de investigação e de intervenção da psicologia: a psicologia da saúde e pelo saber com que acompanhou toda a minha actividade científica, durante este período.

Ao Professor Doutor Pais Ribeiro, pelas estimulantes conversas científicas, pelo material de trabalho que gentilmente cedeu (artigos, manuais e escalas de avaliação) e pela oportunidade de participar e de colaborar com o Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas.

Ao Professor Doutor Torres, director do serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António, pelas condições de trabalho proporcionadas na realização deste estudo.

Ao Dr. António Lanhoso, médico da consulta de ginecologia oncológica, pela orientação do trabalho em áreas relacionadas com a medicina e, muito especialmente, pelo interesse e disponibilidade com que acompanhou o meu trabalho neste serviço.

A todos os médicos, enfermeiras e pessoal auxiliar deste serviço, que desde sempre apoiaram esta investigação.

A todas as doentes, que participaram no estudo, a quem dedico este trabalho.

À J.N.I.C., pelo suporte financeiro (bolsa de Mestrado do Programa PRAXIS XXI: BM/1930/94).

Ao meu marido, Armando António, pela ternura e carinho, apesar dos momentos difíceis, e pela companhia nos longos meses a escrever e pensar este trabalho.

## 1

Introdução .....	1
1.1. Objectivos e Metodologia do Estudo.....	4
1.2. Enquadramento do Estudo .....	6
1.3. Organização Geral do Trabalho .....	6

## 2

Noções de Ginecologia Oncológica.....	8
2.1. Carcinoma do Ovário.....	8
2.1.1. Dados Epidemiológicos: Epidemiologia Descritiva e Etiológica .....	9
2.1.2. Possíveis Causas do Cancro do Ovário .....	10
2.1.3. Diagnóstico dos Tumores Malignos do Ovário .....	13
2.1.4. Terapêutica do Carcinoma do Ovário .....	16
2.1.5. Estádios Clínicos do Tumor do Ovário e Factores Prognósticos .....	20
2.2. Carcinoma Uterino: Colo e Corpo do Útero.....	23
2.3. Carcinoma do Colo Uterino .....	24
2.3.1. Dados Epidemiológicos e Etiológicos do Colo Uterino .....	24
2.3.2. Diagnóstico do Cancro do Colo Uterino .....	26
2.3.3. Rastreio do Cancro do Colo Uterino: História Natural da Doença.....	29
2.3.4. Terapêutica do Carcinoma do Colo Uterino.....	30
2.3.5. Recorrência e Taxa de Sobrevivência do Cancro do Colo Uterino .....	33
2.4. Carcinoma do Corpo Uterino .....	34
2.4.1. Epidemiologia e Factores de Risco .....	34
2.4.2. Diagnóstico do Carcinoma do Corpo Uterino .....	36
2.4.3. Terapêutica do Carcinoma do Corpo Uterino: Taxa de Sobrevivência.....	39
2.4.4. Factores de Prognóstico e Planificação Terapêutica .....	41

## 3

## Psicologia da Saúde:

Contexto, Áreas de Intervenção e Avaliação .....	43
3.1. Emergência da Psicologia da Saúde no Contexto da «Segunda Revolução da Saúde» .....	43
3.2. Intervenção/Avaliação Psicológica em Saúde: Uma Proposta de Mudança.....	44
3.3. Alargamento do Campo de Estudo, Flexibilização das Metodologias e Definição de Novos Objectivos de Avaliação.....	47

## 4

Qualidade de Vida: Evolução Conceptual e Implicações na  
Intervenção e Avaliação .....

4.1. Referências Históricas.....	50
4.2. Classificação das Definições de Qualidade de Vida.....	52
4.3. Factores que Influenciam as Definições.....	54
4.4. Dificuldades e Propostas para Alcançar um Consenso.....	56
4.5. Dimensões de Qualidade de Vida.....	57
4.6. Índices de Qualidade de Vida.....	58
4.7. Qualidade de Vida no Contexto da Saúde .....	60
4.7.1. Conceitos de Qualidade de Vida, Saúde e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	62
4.8. Doenças Oncológicas e Qualidade de Vida.....	63
4.8.1. Investigação na Área da Qualidade de Vida e em Psicossociologia Oncológica.....	64
4.8.2. Avaliação da Qualidade de Vida dos Doentes com Cancro: Estimativa dos Resultados dos Tratamentos e Desenvolvimento dos Cuidados Oncológicos.....	65
4.8.3. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida de Doentes com Cancro.....	67

## 5

Aspectos Psicossociais e Qualidade de Vida de Mulheres com  
Cancro Ginecológico.....

5.1. Dificuldades Diagnosticas e Metodológicas dos Estudos Iniciais .....	73
5.2. Prevalência da Psicopatologia .....	74
5.3. Reacções Emocionais Normais ao Cancro e Depressão Clínica .....	76
5.4. Ajustamento Psicosexual .....	79
5.5. Dor e Cancro .....	87
5.6. Qualidade de Vida de Mulheres com Cancro Genital .....	90

## 6

Método.....	95
6.1. Delineamento e Limitações do Estudo.....	95
6.2. Sujeitos.....	99
6.2.1. Seleção e Caracterização da Amostra.....	99
6.3. Material.....	110
6.3.1. Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36).....	131
6.3.2. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84).....	135
6.4. Procedimento.....	126

## 7

Resultados.....	129
7.1. Análise Descritiva dos Resultados do Grupo A.....	130
7.2. Análise de Variância.....	107
7.3. Resultados do Grupo B nas Escalas do S.F.-36.....	137
7.4. Diferenças entre os Resultados dos Grupos A e B nas Escalas do S.F.-36.....	138
7.5. Discussão.....	140

Apêndice.....	154
---------------	-----

Bibliografia.....	180
-------------------	-----

# 1

---

## Introdução

Os cancros ginecológicos constituem as formas de neoplasia mais frequentes na mulher, sendo o carcinoma do útero a segunda causa de cancro nesta (Roldão, 1978) e o carcinoma do ovário a sexta (Silverberg, 1989) <sup>(1)</sup>.

Os progressos no tratamento do cancro do útero e ovário têm sido significativos e o seu prognóstico melhorou. No entanto, estas duas doenças representam ainda um importante problema de saúde pública, dada a sua incidência e consideráveis riscos de mortalidade quando o tumor é diagnosticado numa fase de evolução avançada.

As possibilidades terapêuticas são múltiplas e variam em função da idade da mulher, do seu estado clínico, do tipo e extensão do tumor. A histerectomia total com anexectomia bilateral é um dos principais métodos de tratamento e consiste numa intervenção cirúrgica por meio da qual se pratica a ablação do útero e dos ovários. A radioterapia e a quimioterapia constituem metodologias de tratamento complementares ou alternativas às cirurgias não conservadoras.

A antecipação de uma intervenção cirúrgica desencadeia na maior parte dos doentes reacções de medo e ansiedade. Embora essas reacções sejam comuns a qualquer cirurgia, a intensidade destas é maior quando há suspeita de cancro ou a operação é realizada para tratamento desta doença (Gottesman & Lewis, 1982) <sup>(2)</sup>.

Para além das reacções psicológicas inerentes a qualquer tipo de cirurgia oncológica, reacções específicas estão relacionadas com a localização da cirurgia e com alterações funcionais ou perda de função resultantes desta intervenção (Callahan, Pawlicki, Nicholas & Hamilton, 1993).

<sup>1</sup> Citado por Piver, Fanning, & Craig, 1993, p. 250.

<sup>2</sup> Citados por Jacobsen, & Holland, 1990, p. 119.

Para Jacobsen e Holland (1990), o tratamento cirúrgico do cancro genital, da face, mama e cólon suscita reacções emocionais particularmente adversas, em virtude do significado psicológico atribuído à perda (total ou parcial) destes órgãos ou partes do corpo. Problemas específicos com a localização do tumor são intensificados quando a cirurgia provoca uma perda total de função ou uma acentuada deformidade física.

Na mulher, as intervenções cirúrgicas ginecológicas revestem-se de aspectos peculiares, tendo um impacto significativo a diferentes níveis.

Com o aumento da prevalência da histerectomia (com/sem anexectomia) no tratamento quer de cancro genital, quer de patologia ginecológica benigna, maior atenção tem sido dada aos efeitos psicológicos decorrentes desta operação, tendo sido realizados alguns trabalhos de investigação nesta área.

Diversos estudos sobre as repercussões da histerectomia e anexectomia no plano emocional e psicossocial sugerem que a perda do útero e ovários e, conseqüente, cessação da função reprodutora e ovárica podem ter efeitos negativos ao nível do bem-estar psicológico e somático, relacionamento sexual e conjugal, auto-estima, imagem corporal e identidade feminina.

Por outro lado, têm sido identificados alguns factores que parecem estar associados a maiores dificuldades de ajustamento a esta situação: dificuldades sexuais e conjugais prévias, existência de um suporte social precário e antecedentes psiquiátricos. A idade da mulher e paridade constituem, também, possíveis factores de risco: mulheres jovens, particularmente quando não têm filhos, parecem ser mais propensas a sofrer de problemas psíquicos e sexuais, em conseqüência de histerectomia e/ou anexectomia.

Porém, grande parte desses estudos foram desenvolvidos com grupos de mulheres com doença benigna ou com patologia mista e centrados no ajustamento psicossocial e em variáveis psicológicas. Mais investigação é necessária para compreender as repercussões psicossociais desta intervenção em situações de doença maligna.

Dados empíricos e experimentais sugerem que certos problemas funcionais, decorrentes de intervenções cirúrgicas para tratamento de doenças oncológicas, são valorizados de outra forma pela pessoa. É possível que, face a uma intensa ameaça à vida, o doente racionalize as perdas e os benefícios decorrentes do tratamento cirúrgico (Callahan *et al.*, 1993).

Por exemplo, num estudo realizado com dezanove doentes com cancro genital, Vera (1981) constatou que, apesar da exenteração pélvica ter provocado uma profunda disrupção no funcionamento sexual, apenas uma mulher refere que a maior perda se situa a este nível.

Assim, em situação de cancro genital, a compreensão do impacto da histerectomia ou anexectomia quer para a mulher, quer para os próximos, tem de ser enquadrada no contexto das doenças ginecológicas, em particular, e oncológicas, em geral.

Apesar do aparecimento de novos citostáticos e dos progressos na tecnologia médica, a taxa de mortalidade em alguns cancros é elevada, particularmente nos estádios avançados da doença. Os tratamentos oncológicos implicam muitas vezes uma cirurgia de exérese, com eventual comprometimento do funcionamento de órgãos vitais ou do aparelho reprodutor, e que pode ser sentida pelos doentes como uma mutilação. A toxicidade de alguns fármacos é considerável, e a radioterapia pode provocar efeitos colaterais difíceis de suportar pela pessoa.

A morbidade por psicopatologia tem, igualmente, uma expressão significativa. Todavia, a sua incidência parece ter sido sobrestimada em estudos iniciais, devido a limitações metodológicas e de diagnóstico. Também, os resultados de vários trabalhos sugerem que as doenças oncológicas podem afectar menos a qualidade de vida dos doentes do que geralmente se pensa.

Os resultados destes estudos são surpreendentes e contrariam quer as previsões de investigadores, quer as opiniões de técnicos de saúde e do público em geral. Embora existam algumas hipóteses, ainda não existe um consenso para explicar aquelas observações.

Será que essas conclusões se aplicam a mulheres com cancro genital, sujeitas a cirurgias não conservadoras ou outros tratamentos agressivos, que podem provocar alterações corporais ou perda de funções?

Existem muito poucos estudos sobre a qualidade de vida em doentes submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário.

Pretende-se com este trabalho dar um contributo para a compreensão da influência destes acontecimentos no quotidiano das mulheres, nas suas actividades do dia-a-dia, no modo como se sentem, pensam e se relacionam com os outros.

Procura-se, também, que este estudo contribua para uma maior sensibilização dos técnicos de saúde relativamente à especificidade das doenças oncológicas, que atingem o aparelho ginecológico, e seu tratamento. O conhecimento e compreensão das repercussões

destas formas de cancro e seu tratamento em diferentes aspectos de qualidade de vida é um passo importante na definição de estratégias visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar destes doentes.

É, ainda, sublinhada a importância do despiste de sujeitos em situação de risco emocional devida a estes acontecimentos - no sentido de uma intervenção precoce e prevenção de possíveis disfunções - e são referidas as potencialidades das medidas de estado de saúde geral e de qualidade de vida na identificação de dimensões de saúde e de qualidade de vida mais ou menos afectadas, bem como na detecção de dificuldades específicas associadas a estas situações.

## 1.1. Objectivos e Metodologia do Estudo

O objectivo deste trabalho é a realização de um estudo sobre a qualidade de vida em doentes submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. Trata-se de um estudo transversal com carácter exploratório, que procura conhecer e compreender a influência destes acontecimentos na qualidade de vida das mulheres.

A amostra seleccionada é constituída por sessenta mulheres com idades compreendidas entre os vinte e quatro e os setenta e cinco anos, dividida em dois grupos.

- Grupo A: trinta mulheres com diagnóstico de cancro do útero ou do ovário que foram submetidas a histerectomia total e/ou anexectomia, num período de tempo superior a três meses e inferior a dois anos.

- Grupo B: trinta mulheres «sem doença», com características demográficas «comparáveis» às do grupo A, e que não foram sujeitas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica.

Os instrumentos de avaliação auto-administrados utilizados neste estudo foram o Questionário de Qualidade de Vida, F.-84 (versão 84 itens), e a versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde, S.F.-36, passados aos grupos A e B, respectivamente.

O F.-84 foi construído pelo «Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas» (Gru.Po-QDV), para medir e estudar diferentes dimensões de qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas. É constituído por 84 itens, entre os quais estão incluídos os itens da versão portuguesa do S.F.-36, que avalia oito dimensões de saúde: 1) funcionamento físico; 2) limitações de papéis decorrentes de problemas de saúde física; 3) funcionamento social; 4) dor corporal; 5) saúde mental; 6) limitações de papéis por problemas emocionais; 7) vitalidade e 8) percepção do estado de saúde. Os itens da versão portuguesa do S.F.-36 foram integrados no F.-84 e incluiu-se novos itens, de forma a abranger um vasto conjunto de doenças e de dimensões relacionadas com aspectos de qualidade de vida.

A recolha de dados do grupo A ocorreu entre os meses de Fevereiro e Junho de 1996, no serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António. O questionário F.-84 foi passado no contexto de uma entrevista pessoal. A escala era auto-administrada no caso da pessoa possuir um nível de escolaridade suficiente. Em caso contrário, o entrevistador fornecia o apoio necessário no preenchimento do questionário.

A colheita de dados pessoais foi feita com base num questionário demográfico preenchido pela paciente (ou investigador). Os dados clínicos foram sistematizados numa ficha de registo e obtidos através dos processos clínicos, consultados com a colaboração de médicos desse serviço.

Posteriormente, procedeu-se à aplicação do S.F.-36 ao grupo de mulheres «sem doença». Os dados foram colhidos no serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António (consulta de planeamento familiar) e no Centro Paroquial de Paço d'Arcos, tendo sido utilizado um procedimento idêntico na obtenção de dados pessoais e aplicação do questionário.

Temos, portanto, como objectivo genérico deste trabalho:

- Estudar aspectos de qualidade de vida em um grupo de mulheres submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário.

E como objectivo específico:

- Comparar o estado de saúde de um grupo de mulheres sujeitas a este tipo de tratamento cirúrgico e em um grupo de mulheres «sem doença».

## 1.2. Enquadramento do Estudo

Este trabalho enquadra-se num projecto mais amplo de investigação e desenvolvimento do «Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas» (Gru.Po-QDV), que está em curso neste momento, com os seguintes objectivos: a) identificar aspectos da qualidade de vida de grupos de pessoas com diferentes doenças crónicas; b) comparar aspectos de saúde em indivíduos com características distintas (jovens e adultos, «com» ou «sem» doença); c) delinear e implementar estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida de grupos de pessoas com doenças crónicas; d) estudar as propriedades psicométricas do F.-84, com vista ao desenvolvimento da sua versão final. Estão abrangidas cerca de duas dezenas de doenças crónicas e suas variantes neste projecto de investigação.

O Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas é dirigido pelo Doutor Martins da Silva e coordenado pelo Doutor Pais Ribeiro. É constituído por mais de sessenta investigadores, integrando profissionais de saúde com diferentes tipos de formação, dos seguintes hospitais: Distrital de Setúbal; I.P.O. de Lisboa e de Coimbra; Santo António do Porto, de Braga e de Guimarães.

## 1.3. Organização Geral do Trabalho

Para finalizar a Introdução, segue-se uma breve apresentação da estrutura organizativa deste trabalho.

No Capítulo 2, são apresentados dados epidemiológicos do cancro do ovário e útero e enunciadas as suas possíveis causas. Em seguida, são descritos os principais métodos de diagnóstico e de tratamento disponíveis e, por último, é feita uma referência aos factores de prognóstico determinantes da recorrência e sobrevida destas formas de cancro.

No Capítulo 3, são definidas as áreas de intervenção e avaliação da psicologia da saúde, de forma a enquadrar este trabalho nesta nova área de especialidade da psicologia. É salientada a diversidade de campos de estudo e de actuação da psicologia da saúde, mas também a sua unidade em torno do modelo biopsicossocial de saúde e doença e do uso de conceitos, metodologias e técnicas específicas da psicologia. São, ainda, referidas algumas contribuições desta disciplina no domínio da saúde, em geral, e da psicologia, em particular.

No Capítulo 4, é feita uma introdução ao conceito de qualidade de vida (e noções associadas), com referência aos contextos em que surge, e são analisadas as implicações deste conceito na avaliação e intervenção terapêutica. No final do capítulo, é discutido o interesse deste conceito no domínio da oncologia e são apresentados instrumentos de avaliação da qualidade de vida de doentes com cancro (ou, mais especificamente, da qualidade de vida relacionada com a saúde).

No Capítulo 5, é feita uma abordagem do ajustamento psicossocial às doenças oncológicas, em geral, e ginecológicas, em particular, centrada basicamente na psicopatologia, respostas emocionais, aspectos psicosexuais e dor. Na segunda parte do capítulo, são analisadas as implicações do diagnóstico e tratamentos do cancro genital na qualidade de vida das mulheres, com base em pesquisas recentes desenvolvidas nesta área.

No Capítulo 6, são descritos os aspectos metodológicos do estudo. O capítulo está dividido em quatro partes: delineamento do estudo, sujeitos, material e procedimento. Na secção - material, são apresentados os instrumentos utilizados e referidos aspectos inerentes ao processo de construção do Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36) e Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84), conceitos teóricos subjacentes, objectivos, composição, critérios de cotação e interpretação, e estudos de validação.

No Capítulo 7, são apresentados os resultados e é feita uma análise crítica e conclusiva dos resultados, com base na hipótese formulada e nos dados obtidos em investigações prévias. O capítulo termina com uma discussão sobre aspectos da psicologia da avaliação da qualidade de vida de doentes oncológicos, onde são questionados os resultados de estudos realizados nesta área e sugeridas hipóteses para explicar estes resultados.

Em anexo, são apresentadas as respostas do grupo A ao Questionário de Qualidade de Vida e as respostas do grupo B ao Questionário de Estado de Saúde (vide Anexos A e B, com encadernação em separado).

# 2

---

## Noções de Ginecologia Oncológica

### 2.1. Carcinoma do Ovário

No decurso da década de setenta, os progressos no tratamento do cancro do ovário têm sido significativos e o seu prognóstico melhorou, embora continue bastante reservado nas suas formas mais avançadas (1).

Uma nova concepção da evolução desta doença associada a uma utilização de meios terapêuticos mais eficazes, e mais bem adaptados, permitem uma vida mais longa, por vezes até curas, numa afecção que durante muitos anos foi considerada mortal, num curto espaço de tempo.

As necessidades de planificação e prescrição de uma terapêutica sistémica, particularmente nos estádios evoluídos da doença ou nas suas recidivas, bem como de vigilância das respostas ao tratamento, têm suscitado um interesse cada vez maior dos especialistas por este tipo de neoplasia. De referir que o cancro do ovário ocupa o quinto lugar em dez (a seguir ao carcinoma da mama, cólon, pulmão e pâncreas) no programa de prioridades para o ensaio clínico de novas substâncias quimioterápicas antitumorais, desenvolvido pelo National Institutes of Health (N.I.H.), o que demonstra o empenhamento das instituições e investigadores pelo seu estudo e tratamento.

---

<sup>1</sup> Carmo-Pereira (1976) refere que o cancro numa fase de evolução avançada corresponde a um quadro de «neoplasia disseminada com expressão clínica» (Carmo-Pereira, 1976, p. 270).

### 2.1.1. Dados Epidemiológicos: Epidemiologia Descritiva e Etiológica

As estatísticas sobre o risco do cancro do ovário, sua incidência e mortalidade mostram que esta doença tem uma expressão significativa no conjunto das patologias femininas por carcinoma genital.

Segundo Cramer e Cutler (1974) <sup>(2)</sup> foram diagnosticados nos Estados Unidos da América 20 855 novos casos de cancro invasivo genital da mulher, em 1970, dos quais 30% são do colo do útero, 38% do corpo uterino e 25% do ovário. Nesses casos, as taxas de incidência por 100 000 mulheres de raça branca são as seguintes: cancro cervical (colo do útero), 23,7%; do endométrio (corpo uterino), 21,6% e do ovário, 14,4%.

Janowski (1973) <sup>(3)</sup> indica o número de mortes por cancro genital feminino, registadas no ano de 1970, nos Estados Unidos: colo do útero, 9400; corpo uterino, 3500 e ovário, 9900.

Uma das principais razões da sobrevivência (aos dois e cinco anos) no cancro do ovário ser inferior à do carcinoma cervical e do endométrio deve-se ao facto do seu diagnóstico ser muitas vezes tardio, em virtude da ausência de manifestações clínicas desta doença ou do seu carácter pouco expressivo nas fases iniciais.

De acordo com os dados - fornecidos pelo Relatório S.E.E.R. (Surveillance, Epidemiology and End Results), realizado pelo National Cancer Institute - foram previstos 20 000 novos casos de cancro do ovário nos Estados Unidos, em 1989, e a morte de 12 000 mulheres por esta doença (Silverberg, 1989) <sup>(4)</sup>. Nesse país, e de acordo com os números citados, esta neoplasia constitui o sexto tipo de cancro mais comum nas mulheres (4%); a quarta causa de morte por cancro mais frequente (5%); a principal causa de morte por cancro ginecológico (52%) e a forma de cancro que atinge mais as mulheres em idades avançadas (67%).

Esta doença aparece sobretudo entre os trinta e cinco e os setenta anos, mas, também, pode surgir antes da puberdade e depois dos oitenta anos. A sua incidência aumenta após os quarenta anos, sendo a idade média das mulheres com cancro do ovário sessenta e dois anos (Reme, Perineau & Monrozies, 1989). É mais frequente nos países com um nível socioeconómico elevado e, no interior destes países, entre as classes média e média alta

<sup>2</sup> Citados por Oliveira, 1978a, p. 84.

<sup>3</sup> Citado por Oliveira, *op. cit.*, pp. 84 e 85.

<sup>4</sup> Relatório S.E.E.R. citado por Piver, Fanning, & Craig, 1993, p. 250.

(Brémond & Forest, 1989). Os dados epidemiológicos apontam, também, para uma maior incidência deste carcinoma nos países industrializados (com excepção do Japão). No que concerne à raça, regista-se uma baixa incidência dos tumores malignos do ovário nas mulheres japonesas (Oliveira, Abraúl, Varela, Amaral & Ferreira, 1978).

De referir, igualmente, um aumento do risco desta doença em mulheres nuligestas, que tiveram uma gravidez tardia, que não usaram anticoncepcionais orais durante o período pré-menopáusico e com antecedentes familiares de cancro de ovário (Piver, Fanning & Craig, 1993).

Apesar da etiologia do cancro do ovário ser desconhecida, vários autores, baseando-se no estudo de variáveis que afectam a sua incidência ou risco, apontam como possíveis causas desta doença: factores hereditários; ambientais; hormonais e associados a antecedentes obstétricos; agentes virais e alimentação. Porém, as hipóteses sobre os factores predisponentes de cancro do ovário são controversas e têm conduzido a opiniões divergentes.

## 2.1.2. Possíveis Causas do Cancro do Ovário

### **Factores hereditários**

A generalidade dos estudos de «casos-testemunho» mostram uma multiplicação por um factor de 3,3 a 18,5 do risco de cancro do ovário quando as mulheres têm parentes com esta neoplasia. Entre os indivíduos com antecedentes familiares de cancro, um grupo com características muito particulares, e muito pouco numeroso, é representado pelas «famílias de cancro» do ovário. Nesse grupo, encontra-se quase em cada geração um cancro do ovário.

Em 1989, o Familial Ovarian Cancer Registry teve conhecimento de 310 famílias (725 casos), nas quais dois ou mais parentes em primeiro e segundo grau tiveram esta doença (Piver *et al.*, 1984). Um mecanismo de transmissão hereditária - autossómico dominante (50% de risco) de incidência variável - foi sugerido para explicar esses casos. Todavia, apesar do aumento do número de famílias registadas, essa hipótese ainda não está suficientemente fundamentada.

Até ao momento, também, não foi encontrada uma anomalia genética específica responsável pelo cancro do ovário. No entanto, pensa-se que vários mecanismos genéticos

possam estar implicados na etiologia desta doença, nomeadamente a perda ou inactivação dos genes que regulam o crescimento celular (anti-oncogenes).

### **Factores hormonais e antecedentes obstétricos**

Diversas investigações sugerem que a gravidez e o uso de contraceptivos orais (pílula estro-progestiva contraceptiva) protegem as mulheres contra o desenvolvimento do cancro do ovário.

Por exemplo, os resultados da pesquisa realizada pelo Centers for Disease Control, 1987 (Piver *et al.*, 1993), na qual foram comparadas 546 mulheres com cancro do ovário com 4 228 do grupo controlo, indicam a existência de uma associação entre contracepção oral e uma diminuição do risco desta doença em cerca de 40% das mulheres com idades compreendidas entre os vinte e os cinquenta e quatro anos. Esse estudo aponta, igualmente, no sentido da existência de um aumento significativo da incidência de cancro do ovário em mulheres nuligestas.

Duas teorias foram propostas para explicar o decréscimo da incidência deste carcinoma associado à contracepção oral e paridade ou, inversamente, o aumento do risco desta afecção em mulheres nuligestas e, mais significativamente, nas que tiveram insucesso na concepção.

Cramer e Welch (1983) <sup>(5)</sup> propõem a «teoria do excesso de produção de gonadotrofinas» que sustenta que esta doença resulta do efeito de níveis persistentemente elevados de gonadotrofinas no ovário, devidos a insuficiência ovárica ou a uma deficiência no mecanismo de retroacção ovário/hipófise para inibir o excesso de produção destas hormonas.

Por sua vez, a «teoria da ovulação incessante» de Fathala (1971) <sup>(6)</sup> postula que a ocorrência de ovulações repetitivas traumatiza o ovário e conduz à doença. Desse modo, a gravidez e a anticoncepção diminuiriam o número de roturas foliculares, as quais seriam responsáveis pelo desenvolvimento de certos tumores ováricos.

Mais recentemente, Whittemore *et al.* (1989) <sup>(7)</sup> sugerem que não é o uso de contraceptivos orais, nem o número de gestações ou de anos de ovulação que afecta o risco de cancro do ovário, mas sim a inapetência para conceber, em mulheres que nunca utilizaram anticoncepcionais e que tiveram actividade sexual durante dez ou mais anos. Essa hipótese

<sup>5</sup> Teoria de Cramer e Welch citada por Piver *et al.*, *op. cit.*, p. 252.

<sup>6</sup> Teoria de Fathala citada por Piver *et al.*, *ibidem*.

<sup>7</sup> Citados por Piver *et al.*, *ibidem*.

apoia-se na observação de que a incidência desta neoplasia duplica nessas mulheres comparativamente às que ficaram grávidas dois ou mais anos e que não usaram contraceptivos, durante o período pré-menopáusico. Esse problema ao nível da função reprodutora estaria associado a distúrbios hormonais ou endócrinos, com possíveis implicações na predisposição para desenvolver esta doença.

### **Factores ambientais: carcinogéneos químicos**

O aumento da incidência do cancro do ovário nos países industrializados sugere que os poluentes ambientais/industriais podem ter um efeito cancerígeno.

O amianto e o talco - silicatos de magnésio (hidratados) - parecem ser os principais agentes químicos implicados neste tipo de cancro (Longo & Young, 1979) (8).

As partículas do talco são semelhantes às do amianto e estudos recentes mostram que a maior parte dos pós-de-talco, utilizados em cosmética, também contêm amianto. O talco encontra-se, ainda, nos sabonetes, desodorizantes e preservativos.

Uma das teorias referentes à implicação daquelas substâncias no cancro do ovário postula que as partículas de talco, utilizadas nos cuidados perineais, migram até aos ovários depois de terem sido absorvidas por outras estruturas do aparelho genital, provocando nos ovários uma proliferação celular anormal.

Cramer *et al.* (1982) (9) encontraram uma associação entre o uso de pó-de-talco utilizado nos cuidados perineais e um relativo risco de 1.9 ( $p < 0.03$ ) desta afecção, enquanto que Whittemore *et al.* (1988) (10) não puderam demonstrar esta relação.

### **Factores alimentares**

A maior diferença encontrada na dieta das pessoas que vivem em países industrializados comparativamente às que vivem em nações não industrializadas é o elevado consumo de carne e gorduras animais. A generalidade das investigações põe em evidência a associação entre um elevado consumo desses alimentos e um aumento da incidência de cancro do ovário (Cramer *et al.*, 1984; Rose, Boyar & Wynder, 1986) (11).

<sup>8</sup> Citados por Piver *et al.*, *ibidem*.

<sup>9</sup> Estudo de Cramer *et al.* citado por Piver *et al.*, *ibidem*.

<sup>10</sup> Estudo de Whittemore *et al.* citado por Piver *et al.*, *ibidem*.

<sup>11</sup> Estudos citados por Piver *et al.*, *ibidem*.

Em 1990, Mettlin e Piver (1990) <sup>(12)</sup> formulam a hipótese da existência de um aumento do risco desta doença associado ao consumo de leite, que poderá ser devido ao teor de gordura animal contido no leite. Os resultados do seu estudo, no qual foram comparadas 303 mulheres com cancro do ovário com um grupo de 606 sem doenças malignas, evidenciam um relativo risco de cancro do ovário de 3.1 em indivíduos que consomem mais do que um copo de leite completo comparativamente àqueles que nunca bebem leite completo. Entre as pessoas que consomem regularmente leite, o risco está aumentado nas que bebem apenas leite completo em relação às que bebem leite com 0% ou 2% de gordura.

### 2.1.3. Diagnóstico dos Tumores Malignos do Ovário

#### **Sinais e sintomas: dificuldades clínicas**

O prognóstico do carcinoma do ovário, como em outras formas de cancro, varia consideravelmente em função do estado de evolução da doença, no momento em que o diagnóstico é realizado. Assim, nos estádios I e II, a sobrevivência deste carcinoma aos cinco anos é de 75%, mas desce para 10 a 20% nas fases mais avançadas (estádios III e IV) (Castaigne & George, 1984).

É particularmente difícil diagnosticar o cancro do ovário nos seus estados iniciais, devido à localização profunda deste órgão (intrapélvica) e à ausência de uma sintomatologia específica. Durante muito tempo, cerca de 30% dos casos são assintomáticos ou os sinais são discretos (ou enganadores) e não inquietam as mulheres, nem conduzem o médico a efectuar um exame ginecológico.

Desse modo, a detecção desta doença no estágio I (limitado ao ovário) é muitas vezes ocasional, ocorrendo geralmente como consequência de uma descoberta fortuita durante um exame ginecológico de rotina, ou no decurso de uma pequena intervenção cirúrgica por fibroma uterino ou cisto do ovário. Em certos casos, é possível identificar uma tumefacção pélvica ou abdómino-pélvica, através da palpação abdominal e toque combinado.

É fundamental diagnosticar este carcinoma numa fase assintomática, uma vez que os cancros ováricos que já manifestam sintomas são tumores com um desenvolvimento maior e que frequentemente se encontram num estágio evolutivo avançado. As suas manifestações

<sup>12</sup> Estudo de Mettlin e Piver citado por Piver et al., *ibidem*.

clínicas são, no entanto, pouco específicas: dores vagas abdómino-pélvicas e laterais (nas fossas ilíacas); perturbações urinárias; alterações digestivas e intestinais; distúrbios menstruais diversos (especialmente menorragias de pouca intensidade); aumento recente do volume abdominal e, por último, baixa de peso (o que pode indicar uma depauperação do estado geral).

### **Exame clínico**

Em virtude das dúvidas que persistem sobre a epidemiologia do cancro ovárico e da impossibilidade de determinar com rigor quais as mulheres com um elevado risco de desenvolverem esta doença, o despiste precoce deste carcinoma baseia-se num exame clínico que deveria ser realizado anualmente por todas as mulheres, pelo menos acima dos trinta anos.

A análise dos dados amnésicos pesquisados e das características dos sinais físicos - detectados mediante exploração física da região abdómino-pélvica [consistência, dimensão, localização e mobilidade de eventuais tumefacções, e presença ou ausência de ascite<sup>(13)</sup>] - fornece indicações úteis no diagnóstico do cancro do ovário. No entanto, esses dados são bastante falíveis, sendo necessário realizar exames complementares para maior precisão do diagnóstico.

O exame clínico constitui, portanto, uma fase importante do processo de diagnóstico desta doença. Contudo, deve ser perspectivado como um exame de orientação e qualquer anomalia exige a realização de exames paraclínicos.

### **Exames complementares**

O diagnóstico desta doença apoia-se em vários exames auxiliares. No entanto, nem todos fornecem o mesmo tipo de informações, nem asseguram o mesmo grau de exactidão. As suas indicações e o momento em que são executados dependem do quadro clínico e da fase de intervenção médica (pesquisa pré-operatória, exploração cirúrgica e vigilância).

A ecografia é um dos exames cruciais no diagnóstico desta neoplasia (vide Apêndice A1). Confirma, com uma pequena margem de erro, a origem ovárica da tumefacção anexial.

<sup>13</sup> Tavares et al. (1978) definem ascite a partir de critérios quantitativos e/ou definidos pelo cirurgião: «ascite é o fluido peritoneal que o cirurgião considera patológico e/ou nitidamente excede a quantidade normal» (Tavares, Patrício, Belo, & Santos, 1978, p. 273).

Fornece, também, indicações sobre o tamanho e natureza do tumor, possível malignidade e, inclusive, existência de metástases.

A sensibilidade da ecografia pélvica varia entre 82 e 90%. Aproximadamente 73% das mulheres que apresentam na ecografia uma massa anexial suspeita sofrem efectivamente de cancro (valor previsível positivo). Por sua vez, 95% das mulheres com um cisto ecograficamente benigno têm uma lesão benigna (valor previsível negativo).

A boa sensibilidade desta técnica explica o lugar privilegiado que ocupa no diagnóstico dos tumores ováricos. No entanto, pelo facto dos critérios ecográficos que evocam malignidade não serem específicos (quer pela sua presença, quer pela sua ausência), e do carácter rápido da evolução desta doença, o diagnóstico do cancro do ovário não se baseia apenas nesta técnica.

Certos exames têm pouco interesse na determinação da natureza (benigna ou maligna) do tumor. Contudo, proporcionam dados relevantes para o estudo da sua extensão («scanner», imagem por ressonância magnética, entre outros: vide Apêndice A1).

Ainda não é possível diagnosticar o cancro do ovário com um grau de exactidão idêntico ao do cancro da mama, dada a dificuldade em interpretar certos exames. A pertinência dos estudos clínicos e paraclínicos deve-se, sobretudo, ao facto de permitirem eliminar a possibilidade de outras patologias pélvicas e estimar a fase de desenvolvimento do tumor, bem como as vantagens/inconvenientes de uma intervenção cirúrgica.

### **A exploração cirúrgica: laparotomia exploradora**

Face à suspeita de tumor maligno do ovário deve ser praticada, sempre que possível, uma cirurgia de exploração, que representa a última fase do diagnóstico.

A laparotomia de exploração permite confirmar ou infirmar o diagnóstico de cancro do ovário, uma vez que a realização de uma extensa abertura abdominal permite uma análise macroscópica das lesões tumorais e a execução de colheitas para exames histo e citopatológicos.

É fundamental que o cirurgião faça uma exploração minuciosa não só da área abdómino-pélvica, como também da região abdominal em geral, dado o risco de metástases disseminadas pelo fígado, estômago, intestino delgado e cúpulas diafragmáticas (entre outros órgãos). O cirurgião tem, por conseguinte, um papel fundamental na caracterização da doença e descrição

objectiva da sua extensão. O seu relatório deve, também, referir a localização e volume de eventuais massas tumorais residuais.

Um passo adiante no diagnóstico é o exame microscópico da peça removida. Deve ser pormenorizado e precisar a categoria histológica do processo tumoral (ou processos: tumores mistos), assim como o seu grau de malignidade e possível comprometimento de outros órgãos.

Todos esses dados colhidos são essenciais para a definição do prognóstico da doença e do tratamento posterior.

#### 2.1.4. Terapêutica do Carcinoma do Ovário

O cancro do ovário é muitas vezes diagnosticado numa fase de desenvolvimento de tal forma adiantada que a cirurgia por si só não possibilita uma remoção completa do tumor. Por isso, outros meios terapêuticos, tais como a quimioterapia, a radioterapia (e mais recentemente a imunoterapia), são frequentemente utilizados em associação com a cirurgia.

Em oncologia moderna, a programação terapêutica é definida com base na idade da pessoa e na avaliação do seu estado de saúde geral, do tipo histológico e estágio de evolução clínico do tumor, e da extensão da doença residual (após cirurgia). A não atenção a essa metodologia poderá comprometer a cura da doença ou, pelo menos, encurtar a vida do doente.

No tratamento do cancro é essencial que as intervenções do clínico geral, médico oncologista e cirurgião sejam suficientemente articuladas e integradas. Uma boa cooperação médico-doente-família é também fundamental, permitindo explicar aos doentes, bem como à família, os resultados terapêuticos esperados.

Diversos autores consideram que a prescrição do(s) tratamento(s) deve ser feita com o consentimento esclarecido dos doentes. Essa questão é bastante controversa e suscita opiniões divergentes. O posicionamento dos técnicos face a essa polémica condiciona, em larga medida, as suas atitudes profissionais e a relação médico-doente-família (e instituição de saúde).

#### **Cirurgia: laparotomia**

A cirurgia de exérese é o principal método de tratamento do cancro do ovário, sendo a histerectomia total (remoção do útero e do colo do útero) com anexectomia bilateral (ablação dos ovários) a cirurgia de eleição. Diversos especialistas recomendam que esta intervenção seja

acompanhada, sempre que possível, de uma omentectomia profilática (extirpação do epíplon), dada a elevada probabilidade de existência de metástases microscópicas no epíplon.

Na mulher que ainda não atingiu a menopausa, a repercussão mais imediata desta intervenção cirúrgica é a cessação da função reprodutora e da menstruação.

A cura sem perda de função ou deformidade deve constituir uma das principais directrizes que orientam as práticas cirúrgicas. Muitos ginecologistas, reconhecendo a importância da fertilidade e da função endócrina na mulher, procuram sempre que possível instituir terapêuticas alternativas à cirurgia não conservadora.

Contudo, a preservação dessas funções, na opinião da maioria dos especialistas, está fora de causa quando a sobrevivência da mulher é ameaçada, o que sucede no caso dos tumores malignos do ovário, mesmo quando são unilaterais e se encontram em estádios iniciais (vide 2.1.5.). Grande parte dos oncologistas recomendam nesses quadros clínicos uma histerectomia total com anexectomia bilateral. São excepções, em circunstâncias muito particulares, as formas mucinosas e de baixo potencial de malignidade do cancro do ovário, quando surgem em mulheres jovens com desejo de maternidade ou em crianças. Essas situações exigem, no entanto, uma vigilância rigorosa e prolongada.

Desde que clínica e tecnicamente possível, a cirurgia deve ser completa. Porém, essa prática nem sempre é exequível, dada a extensão de certas lesões tumorais. Nesses casos, o cirurgião apenas pode realizar uma cirurgia incompleta de redução tumoral (cirurgia paliativa). Todavia, deve remover o máximo possível da massa tumoral, de forma a aumentar a eficácia das terapêuticas adjuvantes. Donde se conclui que em certos quadros clínicos, e em função da resistência da pessoa aos procedimentos cirúrgicos, a exérese poderá ser alargada a outros órgãos.

### **Radioterapia**

A radioterapia <sup>(14)</sup> é recomendada como tratamento complementar desta neoplasia devido, essencialmente, aos seguintes factos:

<sup>14</sup> Actualmente as técnicas de irradiação, instituídas no tratamento desta neoplasia, são basicamente de dois tipos: a irradiação total do abdómen e a técnica da faixa móvel («moving strip»).

Na técnica de irradiação total do abdómen, a irradiação abdómino-pélvica é efectuada sobre um campo anterior e outro posterior, e com protecção dos rins e fígado. A dose total administrada é de 3000 a 3500 rads para a metade superior do abdómen e de 3500 a 4000 rads para a metade inferior e pelve.

Na técnica da faixa móvel («moving strip»), são irradiadas faixas de 2,5 cm de largura, um segmento por dia, primeiro na face anterior, depois na posterior, avançando em seguida e sucessivamente para a

- Grande parte dos carcinomas ováricos apresentam uma radiosensibilidade apreciável (moderada), o que pode contribuir para um aumento significativo da duração da vida da doente.
- No momento da laparotomia, certos tumores malignos não podem ser completamente removidos através de uma cirurgia de exérese, pelo que a radioterapia e a quimioterapia constituem, em tais circunstâncias, um recurso terapêutico importante.

Apesar da radioterapia ser utilizada há muitos anos na terapêutica do carcinoma do ovário, quer no tratamento de lesões ainda localizadas, quer como tratamento paliativo, a sua aplicabilidade é limitada aos estádios iniciais da doença ou aos casos em que a cirurgia removeu o tumor na sua quase totalidade.

Embora haja um consenso geral que preconiza um limite de dois centímetros de diâmetro como volume máximo do tumor susceptível de tratamento pelas doses de radiação habitualmente administradas sem exceder a tolerância dos tecidos sãos <sup>(15)</sup>, não existe unanimidade em relação às indicações da radioterapia e aos campos a irradiar.

Dada a tendência do carcinoma do ovário a disseminar-se pela região abdómino-pélvica, muitos radioterapeutas consideram que o campo de irradiação deveria abranger todo o abdómen. A grande dificuldade reside, porém, em administrar uma dose cancericida nessa região sem exceder a tolerância da pessoa. Observe-se que vários órgãos localizados na cavidade abdominal, particularmente o fígado ou os rins, são extremamente sensíveis à radiação, por isso têm que ser protegidos e, conseqüentemente, não podem receber as doses de radiação necessárias à destruição de lesões neoplásicas. Assim, em virtude do risco de lesões radiógenas em órgãos vitais (como o fígado ou rins) e das limitações daí decorrentes (não só na dosagem, mas também na área que pode ser irradiada com segurança), diversos autores recomendam o recurso à radioterapia apenas na zona pélvica.

Além das complicações referidas, podem surgir efeitos colaterais desagradáveis com um carácter imediato, ou seja, que surgem durante o tratamento. Esses efeitos secundários associados à radioterapia dizem principalmente respeito ao aparelho digestivo e sistema hematopoiético, e incluem: náuseas; vômitos; diarreia; perda de peso; etc., que são mais acentuados quando o campo de irradiação abrange todo o abdómen. Dum modo geral, são

*próxima faixa. Dessa forma, são aplicados cerca de 2600 a 2800 rads, em duas semanas de tratamento. Considera-se que essa dose tem uma maior efeito biológico e, de um modo genérico, é menos agressiva que a técnica acima referida.*

<sup>15</sup> *Na opinião de diversos especialistas, a variabilidade da sensibilidade do tumor às radiações não parece estar relacionada com o tipo histológico dos tumores malignos do ovário, mas depender sobretudo do volume da massa residual.*

mais expressivos nas três/quatro semanas de tratamento e, na maior parte dos casos, desaparecem algumas semanas após o seu término.

### **Quimioterapia**

Com o aparecimento de novos citostáticos de considerável sensibilidade ao carcinoma do ovário e recurso a diferentes combinações destes agentes antitumorais, a quimioterapia é integrada na maior parte dos tratamentos, mesmo em estádios precoces de evolução clínica desta doença (vide 2.1.5.). A realização o mais cedo possível de uma quimioterapia incisiva e eficaz, após a cirurgia, contribui de forma importante para o prolongamento da vida das pessoas.

Actualmente, utiliza-se numerosas combinações de citostáticos (16), sendo dada preferência à poliquimioterapia (17). As principais associações destas substâncias incluem a adriamicina, a ciclofosfamida e o cis-dicloro-diamina-platinum. O número de ciclos de quimioterapia e a sua periodicidade (três em três a quatro em quatro ciclos) variam em função da estratégia terapêutica adoptada, da recuperação hematológica da doente e do seu estado clínico geral.

Deve-se proceder a uma monitorização bioquímica e imunológica da terapêutica com citostáticos, com a finalidade de aumentar o poder defensivo (imunitário) da pessoa e controlar os efeitos da quimioterapia no seu estado clínico geral.

Esta fase do tratamento é para a maior parte dos doentes particularmente difícil de suportar, em virtude dos efeitos secundários que as drogas utilizadas podem provocar e das suas repercussões nas actividades diárias e relações interpessoais.

Por exemplo, o cis-dicloro-diamina-platinum é responsável por náuseas e vômitos importantes, que se tentam evitar com fenotiazinas e antieméticos. Possui, também, toxicidade hematológica e coclear moderada. Habitualmente, para limitar os riscos de toxicidade renal e auditiva, admite-se que a dose total prescrita não deve ultrapassar 600 mg/m<sup>2</sup>.

A adriamicina, por sua vez, é responsável por alopecia total que surge em duas a três semanas, sendo reversível com a suspensão do tratamento. Possui uma toxicidade cardíaca

<sup>16</sup> *Diferentes autores recomendam o recurso à monoquimioterapia apenas como terapêutica de manutenção, após um tratamento com citostáticos associados.*

<sup>17</sup> *Castaigne e George (1984) referem que uma associação do tipo cis-dicloro-diamina-platinum + adriamicina + ciclofosfamida permite obter, em 50% dos casos, uma resposta objectiva tumoral e sobrevivências com dois anos, em 75% (Castaigne, & George, 1984, p. 435).*

considerável que requer, antes de cada injeção, a realização de um exame clínico cuidadoso e de um electrocardiograma. A dose total recomendada para prevenir complicações cardíacas é de 550 mg/m<sup>2</sup>.

#### **A reintervenção: «second look»**

Alguns autores defendem as vantagens da realização de uma segunda laparotomia de rotina em todos as doentes com carcinoma do ovário, inclusive as que apresentam esta doença numa fase de evolução inicial.

Esta reintervenção representa, quando possível a sua execução, o melhor método para avaliar a eficácia do tratamento adjuvante e sua eventual modificação, determinar o momento final da quimioterapia, extrair eventuais lesões tumorais residuais e reavaliar o prognóstico. Permite, ainda, em determinados casos uma cirurgia de exérese que tinha sido impossível efectuar antes da quimioterapia, em virtude da extensão e/ou localização das lesões tumorais, ou remover novas tumefacções e tratar doenças secundárias decorrentes da evolução do processo de neoplasia.

Habitualmente, a segunda laparotomia é realizada cerca de um ano após a primeira, a não ser que seja aconselhável uma reintervenção mais cedo. Porém, não deve ser praticada antes de terem decorrido seis meses, após o início da terapêutica com citostáticos.

#### **2.1.5. Estádios Clínicos do Tumor do Ovário e Factores Prognósticos**

A determinação do estágio clínico de evolução do tumor do ovário é fundamental na definição da sequência do tratamento desta doença e do seu prognóstico. Ainda que o estágio clínico seja considerado o elemento de predição mais importante, outros dados, como a

extensão e localização do tumor residual <sup>(18)</sup>, o tipo histológico e grau de diferenciação do tumor <sup>(19)</sup>, contribuem para uma maior exactidão prognóstica.

Existem várias classificações dos estádios clínicos evolutivos do tumor ovárico, sendo o sistema de classificação da F.I.G.O. (elaborado pela Federação de Ginecologia e Obstetria) o mais utilizado (vide Quadro 1).

**Quadro 1** - Sistema de classificação da F.I.G.O. de estádios clínicos evolutivos do carcinoma do ovário.

Estádio	Descrição
I	Tumor limitado aos ovários com três modalidades:
Ia	Limitado a um ovário e sem ascite. i) Não há tumor na superfície externa e/ou rotura da cápsula. ii) Tumor presente na superfície externa e/ou rotura da cápsula.
Ib	Limitado a ambos os ovários e sem ascite. i) Não há tumor na superfície externa e/ou rotura da cápsula. ii) Tumor presente na superfície externa e/ou rotura da cápsula.
Ic	No estágio Ia ou Ib, mas com ascite e citologia positiva (presença de células malignas no líquido).
II	Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com extensão pélvica, integrando as seguintes modalidades:
IIa	Com propagação ao útero e/ou às trompas.
IIb	Com extensão a outros tecidos pélvicos.
IIc	No estágio IIa ou IIb, mas com ascite e citologia positiva.
III	Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com propagações intraperitoniais: intestinal, mesentérica e epiplóica.
IV	Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com metástases distantes (isto é fora da cavidade peritoneal).

Em função do estágio clínico de evolução da doença <sup>(20)</sup>, a taxa de sobrevivência aos cinco anos por carcinoma do ovário é de cerca de 80% no estágio I (tumor limitado aos

<sup>18</sup> Brémond e Forest (1989) recordam que os tumores classificados no mesmo estágio clínico têm melhor prognóstico se a massa tumoral tiver sido totalmente removida. No estágio II, a sobrevivência aos cinco anos passa de 55 para 20% quando a cirurgia é incompleta. Para os estádios mais avançados, a exérese deve ser o mais completa possível, dado que a eficácia do tratamento complementar químico e radioterapêutico é tanto melhor quanto mais reduzido for o tumor residual (Brémond, & Forest, 1989, p. 347).

<sup>19</sup> Os mesmos autores sublinham que o estudo de parâmetros histológicos contribui para a previsão da evolução do tumor do ovário, dado que o potencial de malignidade deste tumor varia em função do seu tipo histológico e do seu grau de diferenciação celular (Brémond, & Forest, *ibidem*). A apreciação simultânea desses dois parâmetros permite estabelecer três categorias de tumores ováricos, que apresentam um risco crescente de recidiva e de morte: 1) tumores serosos ou de células claras bem diferenciadas com uma sobrevivência aos cinco anos de 82%; 2) tumores mucinosos e endometrióides com uma sobrevivência aos cinco anos de 55% (neste grupo o grau de diferenciação não tem valor prognóstico); 3) tumores serosos ou de células claras mal diferenciadas e tumores indiferenciados com uma sobrevivência aos cinco anos de 20%.

ovários), 50% no estágio II (tumor com extensão pélvica), 10% nos estádios III (tumor com propagações intraperitoneais) e IV (tumor com metástases à distância) (Brémond & Forest, 1989).

### Metodologia de tratamento

No Quadro 2 é apresentado um protocolo de tratamento do cancro do ovário, seguido em várias unidades hospitalares portuguesas, cujos resultados foram analisados no Congresso Português de Ginecologia, Coimbra, 1978.

**Quadro 2 - Protocolo terapêutico para o carcinoma do ovário (1978).**

Estádio	Tratamento
Estádio Ia (i) Estádio Ia (ii)	1.º Histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia.
Estádio Ib Estádio Ic	1.º Histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia. 2.º Radioterapia pélvica. 1.º Idêntico ao Ia (ii). 1.º Histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia. 2.º Radioterapia pélvica. 3.º Quimioterapia.
Estádio IIa Estádio IIb Estádio IIc	1.º Histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia. 2.º Radioterapia pélvica. 1.º Cirurgia completa ou de redução tumoral. 2.º Radioterapia pélvica. 3.º Quimioterapia. 1.º Histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia, ou cirurgia completa ou de redução tumoral. 2.º Radioterapia pélvica. 3.º Quimioterapia.
Estádio IIIa (p) Estádio IIIa (a) Estádio IIIb	1.º Cirurgia de redução tumoral. 2.º Radioterapia pélvica. 3.º Quimioterapia. 1.º Cirurgia de redução tumoral. 2.º Quimioterapia. Igual ao estágio IIIa (a).
Estádio IV	1.º Cirurgia de redução tumoral. 2.º Quimioterapia. 3.º Radioterapia (se houver indicação).

Nota: Os dados apresentados foram extraídos de «Análise crítica ao protocolo para o tratamento do carcinoma do ovário» de C. Oliveira, 1981, *Coimbra Médica*, 2, p. 246.

<sup>20</sup> Apesar das vantagens acima referidas, o sistema de classificação da F.I.G.O. apresenta algumas deficiências. Por exemplo, no mesmo estágio não distingue os diferentes tamanhos das massas tumorais, parâmetro esse que influencia a resposta terapêutica do carcinoma quer à radioterapia, quer à quimioterapia citostática.

Observe-se que no estágio mais precoce desta doença, Ia (i), não se utiliza terapêuticas coadjuvantes da cirurgia, sendo a exérese tumoral o único tratamento. Nas suas fases mais avançadas, combina-se os três meios disponíveis: cirurgia, quimio e radioterapia, com particular relevo para os dois primeiros, cuja aplicabilidade (e eficácia) é maior neste tipo de carcinoma.

## 2.2. Carcinoma Uterino: Colo e Corpo do Útero

Os carcinomas do colo e corpo do útero representam, ainda, um importante problema de saúde pública, dada a sua incidência e consideráveis riscos de mortalidade, quando não são diagnosticados a tempo.

Todos os ginecologistas defendem que a única forma de reduzir a incidência e mortalidade associadas a estas doenças é a sua profilaxia e diagnóstico precoce.

O útero apresenta-se, para esse tipo de medidas, em condições privilegiadas. A localização deste órgão possibilita uma observação e vigilância regular. Existem também meios de diagnóstico, que são relativamente inócuos e simples de executar, como as biopsias ou colpocitologias. Assim, o médico deve estar sempre atento aos mínimos sintomas subjectivos ou objectivos suspeitos, ou executar exames profilácticos periódicos, mesmo na ausência de sintomas.

## 2.3. Carcinoma do Colo Uterino

### 2.3.1. Dados Epidemiológicos e Etiológicos do Colo Uterino

Os cancros ginecológicos constituem as formas de neoplasia mais frequentes na mulher, aparecendo o carcinoma da mama em primeiro lugar e o carcinoma uterino em segundo (Roldão, 1984).

Actualmente a incidência do cancro cervical (colo do útero) é sensivelmente idêntica à do carcinoma do corpo uterino, embora em alguns países a frequência de um em relação ao outro seja, respectivamente, de 2/1 (Roldão, 1984).

Segundo estimativas recentes, foram previstos 13 500 novos casos de cancro cervical invasivo nos Estados Unidos, em 1992, e a morte de 4 400 mulheres por esta doença (van Nagell, Higgins & Powell, 1993).

Com a implementação de programas de rastreio desta doença em diversos países, a mortalidade por carcinoma do colo uterino está a diminuir. Por exemplo, nos Estados Unidos, a taxa anual de mortes por cancro cervical invasivo, registada no ano de 1930, decresceu de 30 por 100 000 para menos de 6 por 100 000, em 1989 (Silverberg & Lubera, 1989) <sup>(21)</sup>.

Todavia, em certas áreas rurais dos Estados Unidos e nos países em vias de desenvolvimento, nos quais a extensão e/ou prevalência desses programas é restrita, a frequência de casos diagnosticados num estágio de evolução avançado (carcinoma cervical invasivo) continua a ser preocupante.

A partir de estudos epidemiológicos, desenvolvidos em diferentes regiões, foi possível identificar um conjunto de factores que parecem afectar a incidência ou o risco desta doença: início precoce de relações sexuais <sup>(22)</sup>; baixa idade do primeiro parto; multiparidade; cuidados ginecológicos e obstétricos deficientes; insuficiente higiene corporal e relações sexuais com mais de um parceiro (ou com um indivíduo que mantém relações com várias pessoas). Essas situações estão associadas a um aumento da incidência do cancro do colo uterino e parecem

<sup>21</sup> Citados por van Nagell, Higgins, & Powell, 1993, pp. 192 e 193.

<sup>22</sup> Rotkin (1962) estabelece uma relação entre a actividade sexual na adolescência e o risco de cancro cervical. Segundo este autor, a idade dos quinze/vinte anos corresponde ao período da adolescência em que este risco seria mais elevado (citado por Almeida, & Callegari, 1976, p. 365).

encontrar-se com maior frequência nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos. A possível correlação entre essas variáveis poderá explicar o facto do risco desta doença ser maior nas mulheres africanas, do sul da América e afro-americanas, particularmente nas que habitam nos bairros pobres das grandes cidades.

Os dados epidemiológicos indicam, ainda, que a idade média do aparecimento desta doença é quarenta/quarenta e cinco anos. Porém, começam a aparecer casos de carcinoma cervical em mulheres cada vez mais novas, dado que as relações sexuais, nos diversos estratos socioeconómicos, tendem a ocorrer em idades mais precoces e, conseqüentemente, os partos também surgem em idades mais jovens

### *Infecções*

As relações sexuais têm sido consideradas como um importante factor na génese desta doença (23), fundamentalmente através das infecções que podem veicular. Donde se conclui que se deve tratar todos os processos infecciosos, de forma a evitar o estabelecimento de situações crónicas ou pelo menos reduzir o número de recidivas.

Um dos agentes infecciosos (directa ou indirectamente) associado ao aparecimento do carcinoma cervical é o vírus herpes simplex do tipo 2 (HSV-2). Postula-se a existência de dois mecanismos de acção carcinogénica do HSV-2:

- Acção intracelular: no caso dos vírus penetrarem no interior da célula podem multiplicar-se e conduzem à morte da célula. Todavia, pode acontecer que após uma fase inicial de ataque, em que o vírus penetra na célula, ocorra uma adaptação mútua célula/vírus, com sobrevivência celular, embora com alterações da sua morfologia e capacidade de crescimento.
- Acção carcinogénica secundária: não resultaria de uma acção do vírus no interior da célula, mas da estimulação da actividade de outros factores oncológicos.

### *Espermatozóides*

Pensa-se que os próprios espermatozóides possam actuar como factor predisponente desta doença. De facto foram observadas, através do microscópio electrónico, cabeças de espermatozóides no interior das células exocervicais. Após essa penetração intracelular, podem ocorrer mutações celulares por alterações do DNA dos núcleos com incorporação da massa

<sup>23</sup> Stocks (1955) considera que o risco de cancro cervical é maior nas mulheres casadas e viúvas do que nas mulheres que nunca iniciaram actividade sexual, tanto que na faixa etária de quarenta e cinco/sessenta e cinco anos a incidência desta doença é sete vezes mais elevada nas mulheres que tiveram uma actividade sexual regular (citado por Almeida, & Callegari, *ibidem*).

nuclear das células invadidas. Daqui resultariam alterações celulares, que conduziriam ao aparecimento das displasias (formas precursoras do carcinoma cervical invasivo). Pensa-se que esse mecanismo seja mais significativo em idades jovens, embora essa hipótese não esteja comprovada.

### *Contraceção hormonal*

Não existe uma relação directa entre os contraceptivos orais e a génese desta neoplasia. No entanto, o seu uso prolongado pode provocar uma alteração das defesas locais (modificação do pH vaginal), surgindo com mais facilidade infecções repetidas, nomeadamente as micóticas, que por sua vez favorecem o aparecimento do carcinoma cervical.

## 2.3.2. Diagnóstico do Cancro do Colo Uterino

### **Anamnese e exame objectivo**

O diagnóstico do carcinoma cervical baseia-se na análise de dados anamnésticos, provenientes da observação ginecológica e de exames paraclínicos.

As mulheres com carcinoma do colo do útero apresentam comumente o seguinte perfil: têm vários filhos, situam-se na faixa etária dos quarenta e cinco/cinquenta e cinco anos, iniciaram actividade sexual e tiveram o primeiro parto cedo (normalmente antes dos vinte anos).

O sintoma mais frequente é a hemorragia intermenstrual, anormal, intermitente e não dolorosa, que no início surge muitas vezes associada às relações sexuais (coitarragias). Todavia, as manifestações clínicas variam em função do estágio de evolução da doença na altura em que é detectada. De referir que algumas doentes não referem qualquer queixa ginecológica aquando do processo diagnóstico.

A doente pode, também, apresentar um exame ginecológico normal, sendo nestes casos o médico alertado por um exame citológico suspeito, mas o mais corrente é a presença de lesões com extensão variável no colo uterino.

## **Exames auxiliares de diagnóstico**

### *Citologia*

O carcinoma do colo uterino nas suas fases iniciais é muitas vezes assintomático ou produz sintomas pouco específicos, sendo o diagnóstico sugerido, na maior parte dos casos, por uma anormalidade citológica.

Efectivamente, o exame citológico constitui um método de rastreio por excelência na pesquisa do cancro cervical pré-invasivo ou clinicamente oculto, isto é, num estágio evolutivo em que as possibilidades de cura ainda são consideráveis. Esta técnica foi utilizada em 1928, por Papanicolaou, na detecção do cancro cervical e consiste no estudo citológico das células descamadas do colo uterino.

Contudo, apesar do seu valor como método de rastreio desta doença, a citologia não é isenta de erros, mesmo quando é praticada por um especialista com um bom domínio da técnica e avaliada num laboratório competente: a taxa de esfregaços falsos negativos oscila entre 6 e 8% (Sadoul, 1989) <sup>(24)</sup>.

### *Biopsia*

Face a uma anormalidade citológica (exame citológico suspeito ou positivo), é necessário pesquisar o foco a partir do qual se originaram as células neoplásicas esfoliadas, o que pressupõe a realização de exame(s) histológico(s).

Surge então a questão: de onde retirar os fragmentos de tecido para realização de biopsias? Numa doente que apresenta um colo uterino com erosão, mais ou menos extensa, as biopsias do exocolo são efectuadas sobretudo nas áreas mais lesadas.

### *Colposcopia e curetagem*

Nos casos em que a citologia é duvidosa e revela uma displasia, mas não se detecta lesões macroscópicas do colo uterino, a realização de biopsias à vista desarmada conduz a um erro de diagnóstico que pode oscilar entre os 30 e 60%, dado que apenas por casualidade se encontra o foco esfoliante de células malignas.

Nessas situações, as biopsias deverão ser executadas com a orientação de técnicas auxiliares, particularmente da colposcopia que fornece imagens do colo do útero. Quando a

<sup>24</sup> Citado por Moreira, & Calheiros, 1989, p. 370.

colposcopia indica qualquer imagem suspeita, é fundamentalmente nessa região que se deve retirar o fragmento de tecido.

Deve, também, ser realizada uma curetagem cervical para excluir a hipótese de existência de uma lesão endocervical oculta.

### *Conização e exame histológico da peça operatória*

No caso da colposcopia não ser informativa (ausência de imagens colposcópicas suspeitas) ou, ainda, se a curetagem do canal cervical é positiva, mas persistem dúvidas relativamente ao grau de extensão da lesão, em superfície e profundidade, deverá ser feita uma conização.

A conização do colo do útero consiste na remoção de uma porção (cone) de tecido do canal cervical, sendo o seu comprimento, regra geral, não inferior a dois centímetros e meio.

Diversos autores aconselham que, no decurso dessa cirurgia, seja efectuada uma curetagem fraccionada da cavidade uterina e do canal cervical.

No final, o cone é submetido a cortes seriados para exame histológico, o que permite um amplo estudo deste material <sup>(25)</sup>. A partir daí avalia-se se através da conização foi removido todo o carcinoma ou se ficou uma porção perto dos limites da conização. A conização é, por conseguinte, simultaneamente uma medida diagnóstica e terapêutica.

No caso de persistirem dúvidas em relação ao cone retirado, faz-se, numa segunda fase, uma histerectomia cuja peça operatória é enviada para exame histológico. Dessa forma é possível acumular material que permite o estudo comparativo dos resultados fornecidos pela biopsia, cone e peça operatória.

Dado o risco de multicentricidade <sup>(26)</sup> do cancro cervical, inúmeros autores aconselham maior prudência diagnóstica e técnicas cirúrgicas mais radicais no tratamento do carcinoma «in situ» (forma precursora do carcinoma cervical invasivo): histerectomia abdominal total com exérese de uma porção importante do manguito vaginal. De referir que os dados estatísticos indicam que a frequência de lesão residual após conização oscila entre 27 e 93%.

<sup>25</sup> *Depois da confirmação histológica do carcinoma, deverão ser realizados os seguintes exames para maior rigor diagnóstico: radiografia do tórax; pielografia de eliminação; citoscopia e rectossigmoidoscopia. Se há evidência de metástases podem ser utilizadas a ecografia, a cintilografia ou a tomografia axial computadorizada.*

<sup>26</sup> *De acordo com a hipótese de multicentricidade do cancro cervical é possível que existam outros focos neoplásicos, tendo sido mais estudados os focos múltiplos do colo do útero e vagina (Souen, Lima, Miyada, Grabert, & Fainzilbert, 1975, p. 196).*

### 2.3.3. Rastreio do Cancro do Colo Uterino: História Natural da Doença

Os programas de rastreio desta doença baseiam-se na realização periódica de um exame citológico («Papanicolaou») e no pressuposto de que os quadros de displasia e carcinoma «in situ» progridem para carcinoma invasivo clínico se as suas formas precursoras não forem tratadas com sucesso. Contudo, não há unanimidade sobre se esses quadros clínicos têm necessariamente essa evolução.

Embora as opiniões se dividam, a maior parte dos autores concorda que certas displasias podem evoluir para carcinoma «in situ» ou podem regredir para epitélio normal por cura natural (através de uma metaplasia de aspecto cicatricial). Por sua vez, o carcinoma «in situ» pode regredir para displasia ou evoluir para carcinoma invasivo.

Apesar daquela polémica, não existem dúvidas de que o factor mais determinante no decréscimo da mortalidade por carcinoma cervical é o rastreio precoce desta doença, através da realização regular de uma citologia cérvico-vaginal a todas as mulheres com mais de dezoito anos e que já iniciaram actividade sexual.

Efectivamente, vários investigadores relatam que a taxa de morte por cancro do colo uterino é inversamente proporcional à frequência deste rastreio na população (Cristopherson, Lundin, Mendez, Winifred & Parker, 1976; Johannesson, Geinsson & Day, 1978) (27).

Os resultados globais dos rastreios de massas realizados na Dinamarca, Noruega, Islândia, Finlândia e Suécia mostram que, desde a década de sessenta, se regista uma redução na mortalidade por esta causa nestes países. Assim, no período compreendido entre 1965 e 1982, o maior decréscimo foi observado na Islândia, 84% (onde o programa é de âmbito nacional), e o menor na Noruega, 11% (em que apenas 5% da população é coberta pelo rastreio).

Hobbs *et al.* (1985) (28) consideram três vias possíveis pelas quais as mulheres podem entrar nos diversos sistemas de rastreio: mediante um exame realizado durante a gravidez ou uma consulta de contracepção, por iniciativa própria ou em resultado de uma convocatória.

<sup>27</sup> Estudos citados por van Nagell *et al.*, 1993, p. 192.

<sup>28</sup> Citados por Moreira, & Calheiros, 1989, p. 369.

### 2.3.4. Terapêutica do Carcinoma do Colo Uterino

Os conhecimentos referentes à epidemiologia e história natural do carcinoma do colo uterino (vide 2.3.3.), a facilidade de diagnóstico e recursos terapêuticos existentes permitem um bom índice de curas, particularmente nos estádios mais precoces destas doenças, se compararmos com os obtidos em outras neoplasias (Vincent, Hellman & Rosenberg, 1982) <sup>(29)</sup>.

O tratamento do carcinoma cervical é planificado em função do estágio clínico de evolução da doença, sendo frequentemente utilizado o sistema de classificação da F.I.G.O. na categorização deste. Contudo, os protocolos terapêuticos não devem ser rígidos, mas sim adaptados a cada caso, tendo como parâmetros de análise: a idade e estado geral da doente; a extensão e padrão de crescimento da lesão; a presença e natureza de qualquer complicação de saúde ou patologia associada.

Nos estádios mais precoces da doença, o tratamento tem como finalidade a cura do carcinoma e resulta habitualmente da acção isolada ou conjunta da cirurgia e radioterapia.

Nos estádios mais avançados, a atitude terapêutica quer em relação ao foco neoplásico original, quer em relação aos processos metastáticos é de contenção do crescimento tumoral, com alívio dos sintomas e prevenção ou cura das complicações resultantes do processo neoplásico, com recurso à radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, isoladamente ou em complementaridade (Disaia & Creasman, 1981) <sup>(30)</sup>.

Nas últimas quatro décadas, a radioterapia constitui uma metodologia de tratamento desta doença alternativa à realização de cirurgias mais radicais e agressivas, sendo utilizadas as técnicas de curieterapia (irradiação intracavitária) e de irradiação externa, na maior parte dos centros oncológicos (vide Anexo A2).

A escolha entre uma e outra modalidade (ou a escolha de ambas) é, também, orientada pela avaliação da lesão neoplásica e do estado clínica geral da doente. Porém, o planeamento da radioterapia é definido de acordo com o volume e distribuição da lesão e não em função do estágio clínico da doença.

Uma das razões que explica o lugar privilegiado da radioterapia no tratamento do carcinoma do colo uterino é a tolerância dos tecidos da vagina e do útero às radiações e sua facilidade de

<sup>29</sup> Citados por Pereira, Tavares, Belo, & Santos, 1985, p. 199.

<sup>30</sup> Citados por Pereira et al., *ibidem*.

recuperação das lesões provocadas pelos isótopos radioactivos (de rádio ou céσιο). Por outro lado, a tecnologia computadorizada utilizada na curieterapia possibilita um controlo rigoroso das doses de radiação administradas e duração do tratamento, o que constitui um importante factor de segurança no tratamento (quer para o doente, quer para o técnico) e na correcção de eventuais complicações <sup>(31)</sup>.

No Quadro 3 é apresentado o sistema de classificação da F.I.G.O. de estádios clínicos evolutivos do carcinoma do colo uterino.

**Quadro 3** - Sistema de classificação da F.I.G.O. de estádios clínicos evolutivos do carcinoma do colo uterino.

Estádio	Descrição
0	Carcinoma «in situ» - carcinoma pré-invasivo.
I	Carcinoma limitado ao colo do útero.
IA	Carcinoma microinvasivo, com invasão inicial do estroma.
IB	Carcinoma invasivo clínico.
IB «OC»	Carcinoma clinicamente oculto, mas histologicamente invasivo.
II	Carcinoma estendendo-se para além do colo do útero, mas não atingindo a parede pélvica e/ou carcinoma invadindo a vagina, mas não o terço inferior.
IIA	O carcinoma não infiltra o paramétrio.
IIB	O carcinoma infiltra o paramétrio.
III	Carcinoma invadindo o terço inferior da vagina e/ou estendendo-se até à parede pélvica.
IIIA	Carcinoma atingindo o terço inferior da vagina.
IIIB	Carcinoma estendendo-se à parede pélvica, e/ou hidronefrose <sup>(32)</sup> ou rim não funcionante.
IV	Carcinoma invadindo a mucosa da bexiga ou do recto, e/ou estendendo-se para além da pelve.
IVA	Propagação para os órgãos adjacentes (bexiga, recto, sigmóide, intestino delgado).
IVB	Propagação para órgãos à distância.

Nota: Os dados apresentados foram extraídos de «Carcinoma uterino» de M. Roldão, 1984, *Jornal do Médico*, 116, p. 587.

<sup>31</sup> Existem diversas complicações associadas à radioterapia do cancro do colo do útero. Durante ou imediatamente após o tratamento, as complicações agudas que ocorrem incluem principalmente a rectite e cistite. Podem, também, surgir sintomas com um carácter transitório, tais como: diarreias; cólicas abdominais; dejectões de sangue; etc. As sequelas tardias pós-irradiação, que incluem lesões no recto, bexiga e medula óssea, são menos comuns.

Geralmente essas alterações são curadas com terapêutica de manutenção e apenas em casos excepcionais é necessário recorrer à cirurgia, devido, por exemplo, a alterações de fibroestenose do cólon ou rectorragias abundantes. É importante que essas situações sejam diagnosticadas e não confundidas com recidivas, uma vez que a maior parte delas pode ser curada.

<sup>32</sup> A hidronefrose é um quadro clínico resultante de obstrução dos ureteres, por efeito do processo de disseminação do tumor. Essa situação, se não for controlada através de uma terapêutica adequada, conduz à uremia, que ainda representa a causa de morte mais comum no carcinoma do colo uterino.

No Quadro 4 é apresentado um protocolo de tratamento desta neoplasia, seguido no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro de Lisboa, 1982.

**Quadro 4** - Protocolo terapêutico para o carcinoma do colo do útero (1982).

Estádio	Descrição
0	Conização ou histerectomia total, incluindo cúpula vaginal com/sem anexectomia.
I IA IB	Histerectomia total (dois centímetros de vagina) com/sem anexectomia. Curieterapia + histerectomia radical com celulectomia pélvica ou curieterapia + radioterapia externa.
II IIA IIB	. Como no estágio IB ou radioterapia externa + curieterapia. Radioterapia externa + curieterapia.
III IIIA IIIB	Radioterapia externa + curieterapia. Radioterapia externa e, eventualmente, eviscerações. Radioterapia externa + curieterapia. Radioterapia externa. Eventualmente, derivação urinária. Eventualmente, quimioterapia.
IV IVA IVB	Radioterapia externa. Eventualmente, eviscerações. Radioterapia externa. Quimioterapia.

Nota: Os dados apresentados foram extraídos de «Carcinoma uterino» de M. Roldão, 1984, *Jornal do Médico*, 116, p. 588.

A partir da leitura do Quadro 4, podemos constatar que o tratamento do carcinoma cervical assenta na cirurgia, radioterapia e quimioterapia, com maior relevo para as duas primeiras metodologias. Observe-se que do estágio IIB em diante (carcinoma não circunscrito ao colo do útero e infiltrando o paramétrio) a cirurgia pode não ser exequível, sendo usada a radioterapia, associada ou não à quimioterapia.

### 2.3.5. Recorrência e Taxa de Sobrevivência do Cancro do Colo Uterino

A frequência de recidivas do tumor varia consideravelmente em função do estágio de evolução da doença, no momento em que a terapia é iniciada.

Antes da prescrição de uma nova terapêutica, é necessário obter a confirmação histológica da reincidência do tumor. No caso do resultado ser positivo, o tratamento do cancro cervical recorrente é definido de acordo com os métodos utilizados na terapêutica inicial, do local do reaparecimento da neoplasia e da extensão da doença.

Segundo o Relatório Anual de Resultados de Tratamento do Cancro Ginecológico da F.I.G.O., a taxa de sobrevivência aos cinco anos das doentes com carcinoma cervical invasivo é de 79.4% no estágio I (carcinoma limitado ao colo do útero); 58.2% no estágio II (carcinoma estendendo-se para além do colo do útero, mas não atingindo a parede pélvica, e/ou carcinoma invadindo a vagina, mas não o terço inferior); 31.4% no estágio III (carcinoma invadindo o terço inferior e/ou estendendo-se até à parede pélvica) e 8.4% no estágio IV (carcinoma invadindo a mucosa da bexiga ou do recto e/ou estendendo-se para além da pelve) (Pettersson, 1988) <sup>(33)</sup>.

Essas estimativas foram calculadas a partir de dados fornecidos por centros hospitalares de diversos países. Regista-se diferenças significativas nos resultados do tratamento de instituição para instituição, consoante as áreas geográficas e socioeconómicas abrangidas pelos centros. De um modo geral, as taxas de sobrevivência são mais elevadas nos centros em que existe um sistema estandardizado de avaliação, uma vigilância regular das doentes e uma multidisciplinaridade nas consultas, permitindo que a terapia seja individualizada.

<sup>33</sup> Relatório da F.I.G.O. citado por van Nagell et al., 1993, p. 217.

## 2.4. Carcinoma do Corpo Uterino

### 2.4.1. Epidemiologia e Factores de Risco

O cancro do corpo uterino é o tumor maligno mais frequente no aparelho genital feminino, estando a sua incidência a aumentar, particularmente nos países com um nível socioeconómico elevado (vide 2.1.1.).

Por exemplo, a Sociedade Americana de Cancro registou nos Estados Unidos, inícios da década de setenta, uma multiplicação por 1.5 do número de doentes com carcinoma do endométrio (neoplasia que representa 90% dos cancros do corpo do útero). O crescimento da sua incidência parece atingir o valor máximo na década de oitenta, com o aparecimento de aproximadamente 39 000 novos casos. A partir daí, essa subida é menos acentuada, tendo-se previsto o aparecimento de 34 000 novos casos, no ano de 1993 (Creasman & Eddy, 1993).

O aumento da esperança de vida das pessoas, mas sobretudo os esforços para diagnosticar esta doença numa fase inicial explicam, em parte, o aumento da incidência do carcinoma do endométrio, no período compreendido entre 1970-1980. Por sua vez, a desaceleração desse crescimento pode ser devida ao uso padronizado de uma combinação de estrogénios e progesterona no tratamento do carcinoma «in situ» (forma precursora desta neoplasia).

Esta doença aparece sobretudo entre os cinquenta e os sessenta e nove anos, sendo a idade média das mulheres com cancro do endométrio sessenta e um anos. Cerca de 80% das doentes são menopáusicas, embora aproximadamente 20% dos casos sejam diagnosticados na pré-menopausa.

Contrariamente ao que se verifica no carcinoma do colo do útero, a incidência do carcinoma do corpo uterino nas mulheres brancas americanas é o dobro da observada nas mulheres americanas de raça negra, registando-se, de um modo geral, uma maior incidência na população urbana dos países mais industrializados.

Os dados epidemiológicos apontam, igualmente, para um aumento do risco do cancro do endométrio nas mulheres obesas, nulíparas e com uma menopausa tardia.

Assim, a probabilidade de desenvolvimento do carcinoma do endométrio é dez vezes superior nas mulheres que têm cerca de vinte cinco quilos a mais que o peso médio das

mulheres de grupos de referência [relação entre tecido adiposo e estrogéneos, vide <sup>(35)</sup>]. O risco triplica nas nulíperas comparativamente às mulheres que têm cinco ou mais filhos. E a probabilidade de aparecimento desta doença é 2.5 vezes maior em mulheres com uma menopausa tardia (após os cinquenta e dois anos: testemunhando uma estrogénia persistente) do que nas mulheres em que ocorre mais cedo. Por sua vez, a combinação desses factores quadruplica o risco de cancro do endométrio (Creasman & Eddy, 1993).

Aquelas e outras diferenças observadas em mulheres com esta doença e grupos controlo sugerem um comprometimento hormonal do carcinoma do endométrio: níveis elevados de estrogéneos de origem endógena (devidos, por exemplo, a secreções ováricas anormais) ou de origem exógena (decorrentes, por exemplo, de uma terapêutica com estrogéneos). Esse excesso estrogénico provoca hiperplasia do endométrio <sup>(34)</sup>, que pode evoluir para um processo neoplásico se não for correctamente tratada.

O aumento do risco desta doença em mulheres obesas é atribuído a uma produção elevada de estrogéneos pelo organismo <sup>(35)</sup>. Certos quadros clínicos implicam, igualmente, o estrogéneo como possível factor etiológico no desenvolvimento desta neoplasia. De referir, por exemplo, que a probabilidade de aparecimento desta doença é maior em doentes com tumores do ovário que segregam estrogéneos <sup>(36)</sup>.

O comprometimento hormonal deste carcinoma é, ainda, sugerido pelo aumento da incidência do cancro do endométrio em mulheres submetidas a longos tratamentos com estrogéneos.

No final da década de oitenta, os resultados obtidos em numerosos estudos retrospectivos põem em evidência a existência de uma correlação entre o uso de estrogéneos na pós-menopausa e o aumento da incidência do cancro do endométrio. A generalidade dos

<sup>34</sup> *A hiperplasia do endométrio é um estado de proliferação muito marcado do endométrio, que aparece em situações em que este fica sujeito a uma intensa acção estrogénica. Caracteriza-se pelo facto da mulher apresentar menstruações abundantes (menorragia), que podem ser bastante prolongadas. Nesse endométrio hiperplásico pode ocorrer uma descamação irregular, surgindo assim perdas sanguíneas fora do calendário menstrual.*

<sup>35</sup> *De um modo geral, nas mulheres obesas a produção de estrogéneos é maior do que nas mulheres magras, uma vez que aquelas têm como que uma fonte suplementar de estrogéneos no organismo, pois há uma maior conversão da androstenediona em estroma ao nível da gordura, o que aumenta a quantidade de estrogéneos disponíveis.*

<sup>36</sup> *Gusberg e Kardon (1971) estudaram cento e quinze doentes com tumores teca e granulosa (tumores «feminizantes» do ovário) e detectaram em 31% dos casos a existência de cancro do corpo do útero, e em 43% formas precursoras desta doença suspeitas, tais como hiperplasia do endométrio e carcinoma «in situ». Todavia, com base nesse estudo, não foi possível extrair uma conclusão sobre o possível efeito cancerígeno do estrogéneo nos seres humanos (citados por Creasman, & Eddy, 1993, p. 223).*

autores concorda que o aumento da incidência desta doença é quatro vezes maior em mulheres que receberam estrogéneos em terapia hormonal de reposição.

Um problema que se coloca perante aqueles dados é o de tratar ou não a menopausa. Em certos casos a prescrição de estrogéneos parece ser recomendável, porém estes devem ser ministrados juntamente com progesterona, uma vez que esta hormona parece contrariar os possíveis efeitos cancerígenos do estrogéneo no endométrio.

Diversos autores referem, ainda, como factores de risco desta doença: a hipertensão arterial, diabetes e obesidade. Esses três factores formam uma tríade encontrada em numerosas doentes com cancro do endométrio, que é classicamente referida em estudos epidemiológicos.

## 2.4.2. Diagnóstico do Carcinoma do Corpo Uterino

### **Exame clínico e ginecológico**

A sintomatologia do carcinoma do endométrio é escassa. Além disso, é necessário perícia na condução do inquérito clínico, que deverá incidir nos antecedentes ginecológicos e obstétricos, dado que as mulheres menopáusicas muitas vezes dissimulam certos sinais funcionais genitais.

De facto, o período que decorre entre o primeiro sintoma da doença e a primeira consulta é geralmente longo, sendo este comportamento também observado com frequência nas mulheres mais jovens.

Os sintomas, que conduzem as doentes com cancro do endométrio ao médico, são quase sempre as hemorragias genitais, mais ou menos abundantes (metrorragias) e, menos habitualmente, as leucorreias (6 a 7% dos casos) ou dores variadas (2% dos casos: incluindo contracções dolorosas no útero, cólicas expulsivas, dores ciáticas ou relacionadas com localizações metastáticas que traduzem um estágio avançado da doença).

As hemorragias genitais constituem o primeiro sinal deste carcinoma, em 90% dos casos<sup>(37)</sup>. Donde, a ocorrência de uma metrorragia isolada, mesmo mínima, exige a realização de um estudo completo.

<sup>37</sup> Nas mulheres pré-menopáusicas, um período menstrual abundante e prolongado pode resultar de carcinoma do endométrio, sobretudo quando o seu ciclo menstrual anteriormente não apresentava estas características. As mulheres no período da menopausa deverão apresentar um período menstrual cada vez

O médico, ao avaliar uma mulher com percas sanguíneas anormais, deve colocar a hipótese diagnóstica de carcinoma do endométrio. Porém, deve ter presente que somente 20% das doentes com este sintoma têm uma neoplasia genital. É igualmente importante não atribuir, «a priori», como causas de hemorragia as seguintes situações: existência de fibroma previamente diagnosticado, terapêutica com estrogéneos que a doente possa estar a fazer ou climatério.

Efectivamente, se o carcinoma do endométrio surgir no período da menopausa é particularmente difícil de diagnosticar, porque as queixas decorrentes desta doença podem confundir-se com as manifestações fisiológicas inerentes a este período de vida (37).

De referir que cerca de 1,5% das doentes não exibem qualquer sintomatologia, sendo então os exames de rastreio essenciais na detecção desta doença.

As mulheres com carcinoma do endométrio podem apresentar um exame ginecológico normal ou então um útero grande e mole, sinal bastante suspeito nas mulheres idosas. Por vezes, observa-se a extensão da neoplasia ao colo uterino e à vagina. Os anexos também podem estar aumentados de volume.

### **Exames paraclínicos**

No final do exame clínico, o diagnóstico é por vezes evidente, mas é sempre necessário a sua confirmação e aprofundamento com recurso a exames complementares.

#### *Citologias cérvico-vaginais e intra-uterinas*

As citologias cérvico-vaginais apenas em 60% dos casos de carcinoma do endométrio são positivas, conseqüentemente uma citologia negativa não exclui a possibilidade de ocorrência desta doença.

A citologia intra-uterina - obtida quer por intermédio de uma escova ou esponja introduzida na cavidade uterina, quer por lavagem uterina sob pressão positiva ou negativa - apresenta níveis de exactidão pouco consistentes: 50% para Afonso e 86% para White (38). Em função desses resultados nenhum destes métodos parece ser satisfatório.

*mais escasso e espaçado. As perdas sanguíneas fora do calendário menstrual podem estar associadas a carcinoma do endométrio, mas nesta fase de vida podem ser confundidas com uma menstruação.*

<sup>38</sup> Citados por Villedieu et al., 1979, p. 788.

### *Biopsia e histeroscopia*

A biopsia do endométrio é um método simples de executar e pouco doloroso, possibilitando uma elevada precisão diagnóstica, particularmente quando é orientada através da histeroscopia.

A histeroscopia permite, ainda, estimar o volume e origem do tumor, a extensão da lesão no interior da cavidade uterina e eventual comprometimento cervical.

### *Raspagem bióptica e histerografia*

A raspagem bióptica, embora necessite de anestesia geral, é um dos métodos de eleição no diagnóstico do carcinoma do endométrio. É seguida de exame histológico e fornece dados histológicos do tumor relevantes.

A raspagem fraccionada do endométrio permite localizar as lesões tumorais. Todavia, em cerca de 5% dos casos, pode passar ao lado de uma pequena neoplasia.

Este exame tem de ser executado por um técnico experiente e está contra-indicado em mulheres que apresentam úteros grandes e pouco consistentes, dado o risco de perfuração deste órgão, que pode dar origem a propagação neoplásica.

A raspagem bióptica pode ser orientada pela histerografia. Este método tem um interesse considerável e, na maioria dos casos, permite fazer o diagnóstico de cancro, que em seguida será confirmado histologicamente (90% dos casos, segundo Gelle) <sup>(39)</sup>. Tal como a histeroscopia, possibilita, ainda, apreciar a extensão da doença.

### *Estudo geral*

O estudo local do processo neoplásico deve ser completado por um exame mais abrangente, que permite estimar a extensão da lesão (regional e à distância) e a eventual repercussão sobre outros órgãos.

Além das análises de rotina, esta avaliação pode incluir os seguintes exames: radiografia do tórax; pielografia de eliminação; rectossigmoidoscopia e cistoscopia. Toda a zona suspeita detectada deve ser submetida a biopsia. Se há evidência de metástases, podem ser utilizadas a ecografia, a cintilografia ou a tomografia axial computadorizada (T.A.C.).

<sup>39</sup> Citado por Villedieu et al., *ibidem*.

As técnicas de exploração de imagens podem fornecer informações extremamente úteis sobre a progressão tumoral, sem recorrer, necessariamente, a um exame prévio da peça operatória.

Concluído esse estudo, define-se o estágio da doença, de forma a configurar-se as diferentes soluções terapêuticas e o prognóstico da doença.

No Quadro 5 é apresentado o sistema de classificação da F.I.G.O. de estádios clínicos evolutivos do carcinoma do corpo uterino.

**Quadro 5** - Sistema de classificação da F.I.G.O. de estádios clínicos evolutivos do carcinoma do corpo uterino.

Estádio	Descrição
I IA IB	Carcinoma limitado ao corpo do útero. Cavidade uterina igual ou inferior a oito centímetros na sua maior dimensão. Cavidade uterina superior a oito centímetros na sua maior dimensão. Carcinoma clinicamente oculto, mas histologicamente invasivo. Subdivisão do estágio I, segundo o grau de diferenciação histológica do tumor: G1 - Carcinoma bem diferenciado. G2 - Carcinoma moderadamente diferenciado. G3 - Carcinoma indiferenciado.
II	Carcinoma propagado ao colo do útero, mas sem extensão para fora do útero.
III	Carcinoma propagado para fora do útero, incluindo invasão da vagina, mas permanecendo dentro da pelve.
IVA IVB	Carcinoma invadindo a mucosa da bexiga ou do recto e/ou propagando-se para fora da pelve. Disseminação para órgãos à distância.

### 2.4.3. Terapêutica do Carcinoma do Corpo Uterino: Taxa de Sobrevida

A metodologia terapêutica desta neoplasia é em diversos aspectos semelhante à do carcinoma do colo uterino (Roldão, 1984). Contudo, enquanto os resultados terapêuticos deste último, utilizando a radioterapia em associação com a cirurgia ou só a radioterapia, praticamente sobrepõem-se, no tratamento do corpo uterino a cirurgia é primordial.

Acontece, porém, que a cirurgia por vezes é contra-indicada, sobretudo no caso de doentes idosas com certas patologias associadas. Nessas situações, e nos estádios III (não operável) e IV do carcinoma, recorre-se a outros meios terapêuticos, tais como a

hormonoterapia, a quimioterapia e a radioterapia (irradiação intracavitária e/ou irradiação externa), que são combinados de diferentes formas.

Nas mulheres que não têm condições operatórias e se a cavidade uterina está muito aumentada de volume, com tumor disseminado por todo o corpo uterino, a técnica de irradiação indicada é o «packing»: aplicação de múltiplas fontes de rádio em cápsulas que são introduzidas na cavidade uterina, de modo a irradiar as diferentes partes tumorais<sup>(40)</sup>.

A quimioterapia pode ser adjuvante nos estádios I e II e paliativa nos estádios III e IV, sendo os fármacos mais usados no tratamento adjuvante: a Medroxiprogesterona (em doses diárias, durante um a três anos) ou o Tamoxifen (diariamente, no decurso de um ano); na terapêutica paliativa (metástases pulmonares ou ósseas) é frequentemente prescrito a Medroxiprogesterona (todos os dias ou duas vezes por semana) até surgir progressão.

No Quadro 6 é apresentado um protocolo de tratamento desta neoplasia, seguido no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro de Lisboa, 1982.

**Quadro 6** - Protocolo terapêutico para o carcinoma do corpo uterino (1982).

Estádio	Descrição
0	Histerectomia total com anexectomia bilateral.
I IA IB	Histerectomia total com anexectomia bilateral + curieterapia. Curieterapia (um tratamento) + histerectomia total com anexectomia bilateral imediata ou curieterapia (dois tratamentos) + histerectomia com anexectomia bilateral, quatro a seis semanas depois.
II	Curieterapia (dois tratamentos) + histerectomia radical com celulectomia pélvica ou radioterapia externa + curieterapia (um tratamento) + histerectomia total com anexectomia bilateral.
III	Como no estágio II, quando cirurgicamente exequível ou radioterapia externa + curieterapia.
IV IVA IVB	Radioterapia. Eventualmente, exenterações. Eventualmente, quimioterapia. Radioterapia paliativa. Eventualmente, quimioterapia.

<sup>40</sup> O «packing» é uma técnica de irradiação intracavitária, que foi desenvolvida por Heyman. Este procedimento apresenta dois grandes inconvenientes: a) dificuldade de colocação das cápsulas; e b) o facto de não ser uma técnica de «after-loading».

Para ultrapassar esses problemas, actualmente são usadas cápsulas de «Heyman», modificadas por Simon: técnica de «after-loading» manual, em que a fonte radioactiva aplicada é um isótopo de cézio.

Nota: A hormonoterapia é administrada a todas as doentes, com início do tratamento no momento em que a doença é diagnosticada.  
Os dados apresentados foram extraídos de «Carcinoma uterino» de M. Roldão, 1984, *Jornal do Médico*, 116, p. 588.

De acordo com o Relatório Anual de Resultados do Tratamento do Cancro Ginecológico da F.I.G.O., a taxa de sobrevivência aos cinco anos das doentes com carcinoma do endométrio é de 72,3% no estágio I; 56,4% no estágio II; 31,5% no estágio III e 10,5% no estágio IV (Pettersson, 1988) <sup>(41)</sup>.

#### 2.4.4. Factores de Prognóstico e Planificação Terapêutica

Actualmente o tratamento do carcinoma do corpo uterino, embora seja planificado tendo como referência o estágio clínico de evolução da doença, é cada vez mais individualizado e submetido a uma análise cuidadosa dos factores de pronóstico.

Entre os múltiplos factores de prognóstico do carcinoma do endométrio, o grau de diferenciação histológica do tumor é um dos indicadores mais sensíveis no pronóstico desta neoplasia.

Obviamente que a extensão do tumor - que inclui como parâmetros de análise a localização do tumor no útero, a profundidade de invasão tumoral para o endométrio e a sua extensão para fora do útero - é um factor de prognóstico determinante da recorrência e sobrevida, sendo este mais favorável se a doença for limitada ao útero. Assim, segundo os resultados do estudo piloto do Grupo de Ginecologia Oncológica (n = 222), apenas 7% das doentes com carcinoma circunscrito a este órgão sofreram de recorrência comparativamente com 43% das doentes com doença extra-uterina no momento da cirurgia (Creasman & Eddy, 1993).

Todavia, mesmo que as doentes apresentem carcinomas com uma extensão idêntica, a sua sobrevida varia significativamente em função do grau de diferenciação do tumor: à medida que este perde em diferenciação, menor é a probabilidade de sobrevivência aos cinco anos.

O grau de diferenciação do tumor parece estar correlacionado com outros factores de pronóstico, como por exemplo os receptores hormonais do tumor. Os tumores bem

<sup>41</sup> Relatório da F.I.G.O. citado por Creasman, & Eddy, 1993, p 229.

diferenciados são mais frequentemente receptores positivos de progesterona do que os mal diferenciados e respondem melhor à progesterona, isto é, os primeiros de um modo geral regridem melhor face a uma terapêutica hormonal com progestagénios.

Por sua vez, o valor predito desse indicador aumenta quando se associa informação referente ao nível de penetração do tumor no endométrio.

A avaliação pormenorizada dos factores de prognóstico e a determinação do estágio evolutivo do carcinoma contribuem para uma identificação mais precisa das doentes com alto e baixo risco de recorrência da doença, o que é fundamental para uma planificação terapêutica pós-operatória mais adequada (caso seja necessária).

# 3

---

## Psicologia da Saúde: Contexto, Áreas de Intervenção e Avaliação

### 3.1. Emergência da Psicologia da Saúde no Contexto da «Segunda Revolução da Saúde»

Na década de setenta, verifica-se um conjunto de transformações na área da saúde, que ficaram conhecidas por «segunda revolução da saúde».

As principais mudanças no modo de conceber aquele universo consistiram na: 1) deslocação do centro das atenções do vector doença para o vector saúde; 2) perspectivação do comportamento enquanto principal causa de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Essas reestruturações contribuíram para uma forma diferente de teorizar o sistema de saúde, em geral, e os cuidados de saúde, em particular.

O interesse dos psicólogos pelas «doenças não mentais» e por questões no âmbito da saúde é, na opinião de McIntyre (1994), relativamente recente. Esse novo campo de estudo e de actuação psicológica é estabelecido formalmente nos anos setenta com a designação de «psicologia da saúde», a qual emerge no contexto da segunda revolução da saúde.

Matarrazo (1982) <sup>(1)</sup> define psicologia da saúde como um «agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da disciplina da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a identificação dos correlatos etiológicos e de diagnóstico de saúde, doença e disfunções associadas, bem como a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e aperfeiçoamento da política de saúde». A sua definição é extremamente abrangente, pressupondo uma intervenção a diversos níveis:

<sup>1</sup> Citado por Pires, 1986, p. 279.

individual; familiar; comunitário; institucional e sociopolítico. Permite, ainda, identificar quatro objectivos diferenciados: promoção e manutenção, prevenção e tratamento, bem como dois domínios distintos: saúde e doença (Ribeiro, 1994b).

A psicologia da saúde constitui uma especialidade da psicologia, que intervém nas áreas da saúde e da doença em permanente diálogo com as ciências médicas e sociais, mas mantendo um corpo de conhecimentos teóricos, metodologias e instrumentos de investigação, de avaliação e de intervenção psicoterapêutica inerentes à psicologia.

Vários autores salientam que, apesar da diversidade de temas de investigação e de campos de actuação, o «modelo biopsicossocial» de saúde e doença [Engel, 1977 (2); Molina, 1983-84 (3)] e o uso de conceitos, metodologias e técnicas específicas da psicologia conferem à psicologia da saúde uma certa unidade.

A psicologia, ao aplicar os seus conhecimentos, metodologias e instrumentos ao domínio da saúde, dá uma importante contribuição para a compreensão dos processos de saúde e doença, assim como para a reflexão e o enfrentar de questões que se colocam às pessoas e às sociedades neste âmbito. De referir o seu contributo no sentido de sublinhar e clarificar a influência das dimensões psicológicas no reforço da saúde, prevenção da doença, mas também no adoecer, no estar doente e na recuperação/reabilitação conducente à reinserção familiar e comunitária.

### 3.2. Intervenção/Avaliação Psicológica em Saúde: Uma Proposta de Mudança

Diversos factores convergem para uma profunda e inevitável reflexão sobre a psicologia - enquanto ciência e profissão - e também, mais especificamente, para uma redefinição da pertinência, âmbito e limites dos instrumentos e metodologias de intervenção/avaliação

<sup>2</sup> Citado por Pires, *op. cit.*, p. 284.

<sup>3</sup> Citado por McIntyre, 1994, p. 19.

psicológica, bem como do quadro conceptual que fundamenta o processo de intervenção/avaliação: a) participação dos psicólogos em diferentes contextos (institucional, hospitalar, de assistência geral, comunitário, etc.); b) alargamento da sua intervenção a novas áreas (saúde, «doenças físicas»), as quais estão em permanente interface com outras ciências; c) evolução dos conceitos de saúde e doença, que acentuam o carácter relativo das clássicas dicotomias - doença/ausência de doença, doenças mentais/doenças físicas; e d) actuação junto de indivíduos com problemáticas relativamente distintas da população à qual tradicionalmente se dirigem os cuidados de saúde mental - pessoas mais ou menos «normativas» do ponto de vista de saúde mental, em situação de crise devido a «doença física» (aguda ou crónica), acidentes ou acontecimentos biológicos específicos (intervenção cirúrgicas, gravidez de risco, etc.).

Pelos aspectos acima referidos, a pertinência dos modelos tradicionais de avaliação e intervenção da psicologia clínica está comprometida na área da saúde.

Um dos modelos clássicos da psicologia clínica tem como principal quadro de referência teórica a psicanálise. Naquele contexto de actuação, o recurso privilegiado ao paradigma psicanalítico não faz muito sentido, uma vez que a integração de modificações funcionais ou orgânicas que dão origem a quadros de disfuncionalidade, lesão orgânica ou incapacidade (temporária ou definitiva) não implica necessariamente um repensar e reestruturar todo um tipo de relação com o próprio, os outros e o meio circundante. Assim, quando se trabalha com uma população que enfrenta uma situação de crise dessa natureza, num contexto institucional vocacionado para prestar cuidados de saúde, a realização de um processo de avaliação/intervenção com o objectivo de aceder ao conhecimento e à compreensão da estrutura psíquica e dinâmica de funcionamento mental do indivíduo é irrealista ou mesmo contraproducente.

Outras referências teóricas importantes da psicologia clínica são a psicopatologia e a psicometria. Um modelo de avaliação/intervenção psicológica baseado nesses sistemas conceptuais caracteriza-se por uma preocupação pela objectividade, privilegiando o recurso a instrumentos que apresentem coeficientes de garantia e validade que satisfaçam determinados padrões psicométricos. Tal atitude, na opinião de Marques (1994), conduz a que o funcionamento psicológico do indivíduo (objecto em estudo) seja circunscrito a um conjunto de dados quantificados, que são estabelecidos através de comparações intra/interindividuais e intergrupais. Valoriza-se um produto final que se traduz frequentemente pela elaboração de um

diagnóstico: diferencial, psicológico ou centrado no exame de funções psicológicas estudadas de forma pouco articulada (inteligência, memória, etc.). Domina a pesquisa das dimensões patológicas do funcionamento mental, as quais são frequentemente integradas em categorias nosográficas definidas pela psiquiatria, sendo omitidas ou relegadas para segundo plano as vertentes integrativas e adaptativas. Geralmente esse processo de avaliação/intervenção é moroso e envolve a aplicação de uma bateria de provas, mais ou menos fixa, para diferentes casos e quadros clínicos. Donde se conclui que no campo da saúde também não faz sentido realizar sistematicamente um estudo aprofundado do indivíduo, com vista ao estabelecimento de diagnósticos baseados em critérios nosográficos e/ou psicométricos.

Em virtude da natureza da problemática em causa e da capacidade de resposta dos serviços de saúde, a observação psicológica desenvolvida nesta área tem frequentemente uma duração breve, utilizando muitas vezes a entrevista clínica como único instrumento auxiliar. No caso de serem usados testes, a selecção destes é flexibilizada em função da situação clínica, do tipo e quadro de intervenção e a sua aplicação é enquadrada no contexto de uma entrevista clínica, que apresenta características distintas da entrevista clínica clássica. É uma entrevista específica que se caracteriza pela exploração da técnica focal, sendo o campo de focalização delimitado em função do problema central do indivíduo e seus derivados. A entrevista é conduzida tendo em vista o estabelecimento de estratégias de intervenção, que geralmente se enquadram numa psicoterapia de suporte com objectivos, também, focalizados.

O objectivo/atitude a adoptar, naquele contexto de avaliação/intervenção psicológica, deverá ser o de tentar perceber o modo como o sujeito vivência a problemática que enfrenta no momento, que relação estabelece com o seu estado de doença ou com a situação de ameaça física, que recursos psíquicos e suportes (familiar, comunitário, médico, etc.) dispõe para integrar estas dificuldades no seu projecto de vida (ou num projecto de vida alternativo que se adequa melhor às suas potencialidades e limitações), que defesas estão a ser enfraquecidas e, eventualmente, que conflitos pessoais estão a ser reactivados.

A diferença entre a avaliação psicológica em psicologia clínica tradicional e na área da saúde não se situa propriamente no tipo de instrumentos que auxiliam o processo de aceder à compreensão e conhecimento do sujeito psicológico, uma vez que os instrumentos básicos da psicologia da saúde são os específicos da clínica psicológica: a entrevista clínica e os testes. O que está mais em causa é o âmbito da aplicação dos testes, a lógica inerente à sua escolha e a atitude subjacente ao modo como estes são utilizados e as entrevistas conduzidas. Essas

questões inserem-se numa discussão mais vasta - à qual a psicologia da saúde tem dado um contributo importante mas cuja reflexão ainda não está esgotada - e que tem a ver com a concepção subjacente à metodologia que permite aceder à compreensão e ao conhecimento do sujeito psicológico em estudo e à teoria de referência que confere sentido ao que é observado.

Leal e Marques (1994) defendem que a avaliação psicológica em psicologia da saúde deverá ter como referência um enquadramento teórico e uma metodologia bem precisa, que permitam uma aproximação e compreensão dos recursos adaptativos do sujeito, das potencialidades que dispõe para poder ultrapassar, da melhor forma possível, a crise com que se defronta.

### 3.3. Alargamento do Campo de Estudo, Flexibilização das Metodologias e Definição de Novos Objectivos de Avaliação

A intervenção dos psicólogos em novas áreas (saúde, doenças «físicas»), tendo como referência a perspectiva biopsicossocial da saúde e da doença e uma atitude de valorização dos aspectos saudáveis e adaptativos do funcionamento, tem implicações importantes nos modelos clássicos de avaliação em psicologia.

A existência de uma grande variedade de alvos de avaliação em psicologia da saúde contribuiu para que os psicólogos ampliassem o seu campo de estudo. Por outro lado, a avaliação de dimensões no âmbito da saúde e doença é extremamente complexa, pelo facto destas envolverem múltiplas variáveis que se situam a diversos níveis (biológico, psicológico, socioeconómico, institucional, ambiental, etc.). Em virtude das características do objecto em estudo, a avaliação exige uma grande flexibilização de metodologias com recurso a técnicas utilizadas em vários modelos da psicologia e em outras ciências, bem como a construção de novos instrumentos (como, por exemplo, o Questionário de Estado de Saúde S.F.-36, concebido para análise de diferentes dimensões de saúde) (Ware & Serbourne, 1992). De referir, ainda, o facto dos processos de avaliação em psicologia da saúde serem planificados

tendo em vista novas modalidades de intervenção, o que contribuiu para uma amplificação dos objectivos da avaliação em psicologia.

Karoly (1985) sintetiza no livro «Measurement Strategies in Health Psychology» os principais alvos, fontes de informação e objectivos da avaliação em psicologia da saúde.

- Alvos de avaliação: estado(s) de doença, de saúde e bem-estar (individual/grupo); hábitos diários de saúde e níveis funcionais de eficácia; processos psicológicos na saúde (cognitivos, comportamentais, sociais e afectivos); resposta a induções controladas laboratorialmente (testes de «stress»); prevenção e promoção da saúde (processos de estilo de vida e resultados); processos de recuperação na doença e de reabilitação; condições socioeconómicas que afectam a saúde (pobreza, sobrepopulação, etc.); perigos ecológicos para a saúde e utilização/submissão a cuidados de saúde.
- Fontes de conhecimento: relatório individual (historial de saúde, registo diário, etc.); testes psicométricos; entrevistas estruturadas; relatórios de informação-chave; exames físicos; análises fisioquímicas; monitorização telemétrica; inquéritos epidemiológicos e procedimentos de observação directa.
- Objectivos de avaliação: classificação/diagnóstico/prognóstico; tratamento/reabilitação; prevenção/promoção da saúde; manutenção da saúde (cuidados); planeamento da política; investigação e ensino.

A grande heterogeneidade de alvos, de instrumentos e de objectivos de avaliação em psicologia da saúde permite perceber os desafios que os técnicos que trabalham nesta área trouxeram para a psicologia e ciências médicas e sociais, mas também as questões epistemológicas daí decorrentes. Essas dificuldades, na opinião de Karoly (1985), só podem ser resolvidas mediante uma maior flexibilidade metodológica e uma procura de novas referências conceptuais, que fundamentem as práticas de avaliação em saúde.

Ware (1993) <sup>(4)</sup> defende que não se pretende, com a construção de novos instrumentos para avaliação de dimensões de saúde e doença, substituir as técnicas clínicas tradicionais. Pelo contrário, durante a próxima década, o avanço mais significativo nesse campo será, provavelmente, o de acrescentar essas medidas às técnicas clínicas.

Na opinião de Karoly, apesar da psicologia da saúde não dispor de um modelo de avaliação suficientemente integrativo que permita validar o modelo biopsicossocial, este campo é melhor servido por técnicos que têm uma formação pluridisciplinar e que seleccionam os métodos de avaliação em função dos problemas em estudo, e não o inverso.

<sup>4</sup> Citado por Karoly, 1985, p. 41.

# 4

---

## Qualidade de Vida: Evolução Conceptual e Implicações na Intervenção e Avaliação

O conceito de «qualidade de vida» (Q.D.V.) é relativamente recente, não havendo ainda um consenso sobre a sua definição e métodos de avaliação.

As primeiras referências a este conceito, na bibliografia da especialidade, surgem nos anos sessenta. É desde essa década que se começa a utilizar esta expressão com preocupações científicas e que surgem as primeiras tentativas de avaliação da qualidade de vida, reflectindo a preocupação de vários sectores da sociedade com o desenvolvimento do bem-estar e qualidade de vida das pessoas e populações, numa época de grande crescimento económico.

Por essa altura, começam, também, a surgir investigações sobre este tema, entre as quais se destacam as de Liu (1975); Campbell, Converse e Rodgers (1976); e Flanagan (1982) (1).

O termo qualidade de vida ganha popularidade, no período pós-guerra, principalmente nas democracias ocidentais. Segundo Campbell *et al.* (1976), esta expressão enraíza-se no vocabulário americano no final da segunda guerra mundial e é usada para enfatizar a «boa vida», implicando fundamentalmente um bem-estar económico, material e psicológico.

Contudo, é apenas a partir da década de oitenta que o interesse por este conceito se torna mais generalizado quer na comunidade científica e meios clínicos, quer na população em geral.

Presentemente, o termo qualidade de vida faz parte dos discursos do dia-a-dia. É uma expressão correntemente utilizada pelas pessoas, tornou-se quase um «lugar-comum». Hanestad (1990) (2) considera que a popularidade deste conceito se deve, em grande parte, às suas conotações positivas e que muitas pessoas concordariam que qualidade de vida é um objectivo quer individual, quer para grupos de indivíduos.

<sup>1</sup> Estudos citados por Ribeiro, 1994c, p. 66.

<sup>2</sup> Citado por Farquhar, 1995, p. 20.

Efectivamente, esta expressão parece ter um forte impacto nas pessoas: economistas; ecologistas; políticos e publicitários, entre outros, utilizam-na frequentemente para demonstrarem o seu interesse pelo bem-estar das pessoas e populações.

Este termo surge, também, no contexto da pesquisa, envolvendo várias áreas de especialidade, tais como: a medicina; a enfermagem; a psicologia; a sociologia; a geografia e a filosofia.

Todavia, cada pessoa atribui um significado diferente a qualidade de vida e, mesmo entre especialistas, existem divergências relativamente à sua definição. Desse modo, surgem inúmeras definições que reflectem os diversos contextos/objectivos dos estudos e as diferentes referências teóricas destes.

As várias definições de qualidade de vida retratam, igualmente, a percepção que os vários sectores da sociedade têm de bem-estar das pessoas e populações.

Por sua vez, as «definições leigas» de qualidade de vida põem em evidência o carácter subjectivo e «efémero» (variável com o tempo) deste conceito.

A dificuldade em encontrar uma definição consensual para este conceito conduz a divergências relativamente aos parâmetros de qualidade de vida a considerar na sua definição e às metodologias de avaliação. Entretanto, enquanto se exploram novas soluções para o problema da definição e avaliação deste conceito, têm sido desenvolvidas várias técnicas de avaliação e sugeridos múltiplos determinantes e indicadores de qualidade de vida.

## 4.1. Referências Históricas

A formulação de Barkey e Rourke (1973) <sup>(3)</sup> sobre qualidade de vida constitui uma das primeiras definições deste conceito que se encontram na literatura da especialidade. De acordo com esses autores, qualidade de vida deverá ser entendida como «o sentimento de bem-estar

<sup>3</sup> Citados por García-Riaño, 1991, p. 87.

de uma pessoa», implicando já uma dimensão subjectiva (pessoal), que outros autores irão sublinhar.

Em 1976, Campbell *et al.* definem qualidade de vida em termos de felicidade e satisfação, envolvendo esta uma dimensão cognitiva e afectiva. E, mais recentemente, para Ibáñez (1988) (4) é o «grau de satisfação e felicidade das pessoas», se bem que implique desde o bem-estar psicológico ao bem-estar social e material.

As definições referidas têm características semelhantes, traduzindo uma aproximação entre as noções de felicidade, bem-estar subjectivo, satisfação e qualidade de vida, que é frequentemente encontrada nas definições deste conceito.

No campo da saúde é, também, comum o cruzamento entre as noções de qualidade de vida, bem-estar subjectivo, saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde.

Essa área constitui um dos contextos onde o conceito de qualidade de vida é utilizado com maior frequência, encontrando-se na literatura médica referências a este desde os anos sessenta. É, no entanto, na década de oitenta, principalmente com a evolução das doenças crónicas, que o seu uso se generaliza em diferentes contextos clínicos e que a qualidade de vida é objecto de estudo privilegiado.

Calman (1987), a partir de uma revisão bibliográfica, faz uma abordagem da definição de qualidade de vida e identifica onze dimensões de qualidade de vida (vide 4.5.). O seu trabalho contribui não só para a delimitação do campo de estudo deste conceito, mas também para uma visão mais abrangente de qualidade de vida.

A redução deste conceito unicamente a uma dimensão física foi defendida por Zubrod (1960) (5). É necessário um certo tempo para que qualidade de vida seja teorizada como um «fenómeno» multidimensional (vide 4.5.). Assim, surgem, por exemplo, as dimensões: social, psicológica e reacções interpessoais, estudadas por Ware e Veit (1983) (6), e um questionário elaborado pelo primeiro para avaliar estas dimensões.

Qualidade de vida é, também, perspectivada por alguns autores como uma dimensão objectiva ou que pode ser avaliada de tal forma. Só a partir da década de oitenta encontramos uma nova visão de qualidade de vida, entendida como uma dimensão multifactorial e subjectiva (vide 4.7.).

<sup>4</sup> Citado por García-Riaño, *ibidem*.

<sup>5</sup> Citado por García-Riaño, *op. cit.*, p. 87.

<sup>6</sup> Citados por García-Riaño, *ibidem*.

## 4.2. Classificação das Definições de Qualidade de Vida

Farquhar (1995), a partir de um trabalho de revisão de definições de qualidade de vida e técnicas de avaliação desta, descreve quatro tipos principais de definições de qualidade de vida: global (tipo I); de componentes (tipo II); focal (tipo III) e combinada (tipo IV).

Esta taxionomia ilustra a falta de consenso sobre a definição do conceito de qualidade de vida, mas dá um contributo importante no sentido de uma organização das definições existentes, de forma a identificar os elementos comuns entre as diferentes definições pertencentes a cada uma das categorias descritas.

### **Definições tipo I**

São as definições que aparecem com maior frequência nas publicações sobre esta matéria, sendo muito gerais e globais. É comum integrarem noções de satisfação/insatisfação e de felicidade/infelicidade, que possuem aspectos comuns, mas cujas relações ainda não estão completamente clarificadas. Dado o seu carácter genérico, contribuem pouco para a compreensão das possíveis dimensões de qualidade de vida ou da forma como este conceito pode ser operacionalizado (7).

Um exemplo deste tipo de proposições é dado por Abrams (1973) (8), que define qualidade de vida como o grau de satisfação ou insatisfação sentido pelas pessoas em relação a vários aspectos das suas vidas.

### **Definições tipo II**

Diferenciam possíveis dimensões que integram e contribuem para a qualidade de vida ou identificam certas características essenciais em qualquer avaliação de qualidade de vida.

As definições de componentes, por sua vez, subdividem-se em definições de componentes que não são específicas para as pesquisas do tema (tipo IIa ) e que são específicas para as pesquisas do tema (tipo IIb).

<sup>7</sup> Segundo Farquhar (1995), as definições operacionais conferem um significado aos conceitos em estudo, mediante a descrição de actividades (ou operações) que são necessárias para a sua medição.

<sup>8</sup> Citado por Farquhar, 1995, p. 503.

As pesquisas específicas de definições de componentes são bastante úteis, na medida em que contribuem para o processo de operacionalização do conceito: a teorização da qualidade de vida constitui um dos objectivos essenciais destas pesquisas. Todavia, quando as investigações são desenvolvidas na ausência de uma definição conceptual de qualidade de vida, alguns dos componentes do conceito são inevitavelmente negligenciados, particularmente os que parecem ser irrelevantes para o contexto do trabalho. Esse procedimento poderá conduzir a maus resultados do ponto de vista experimental e teórico.

Um exemplo de uma pesquisa tipo IIb pode ser encontrado no projecto de Clark e Bowling (1989) <sup>(9)</sup> de observação da qualidade de vida em casas de repouso e lares de pessoas idosas. Com base nesse estudo, os autores referem que o conceito de qualidade de vida não se restringe unicamente aos factores: competências funcionais; nível de actividade; estado mental e longevidade, mas integra noções de privacidade; liberdade; bem-estar emocional; liberdade de escolha; respeito pela individualidade e dignidade pessoal. Os aspectos referidos surgem associados a debates sobre temas relacionados com a prevenção da institucionalização e políticas institucionais.

O interesse crescente por esta matéria estimula, por conseguinte, o desenvolvimento de projectos de investigação que contribuem para uma compreensão mais abrangente deste conceito, o qual revela inúmeras potencialidades ao nível das práticas de intervenção destinadas a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e grupos.

### **Definições tipo III**

São focalizadas em um ou num pequeno número de dimensões de qualidade de vida. Este tipo de definições pode, ainda, subdividir-se em definições focais explícitas (tipo IIIa) e implícitas (tipo IIIb).

As definições focais implícitas (tipo IIIb) surgem quando os autores usam a expressão «qualidade de vida», mas definem Q.D.V. em termos de uma ou duas componentes do conceito global, sem que este processo seja explicitado. Desse modo, poderá ser difícil perceber o significado que os autores atribuem à globalidade do termo. Inclusive, em alguns artigos, poderá parecer que as definições bastante limitadas de qualidade de vida constituem uma interpretação global do conceito.

<sup>9</sup> *Estudo de Clark e Bowling citado por Farquhar, op. cit., p. 504.*

Por exemplo, num artigo de Cox *et al.* (1992) <sup>(10)</sup> sobre avaliação da qualidade de vida em triagens clínicas, é utilizado o conceito de qualidade de vida, que é estritamente operacionalizado em termos de saúde e medidas de nível de funcionalidade.

#### **Definições tipo IV**

Surgem na literatura da especialidade, mas não se integram em nenhuma taxionomia anteriormente proposta. As definições combinadas reúnem aspectos das definições tipo I e II: isto é são globais, mas também especificam componentes.

Por exemplo, num estudo realizado por Oleske, Heinze e Otte (1990) <sup>(11)</sup> com doentes com cancro, os autores utilizam o diário enquanto instrumento de avaliação e pedem aos pacientes para registarem a ocorrência de eventuais problemas de saúde. A partir dos dados obtidos, concluem que a maior parte dos problemas associados ao cancro estão relacionados com dimensões físicas da qualidade de vida. Contudo, apesar de adoptarem uma definição de qualidade de vida que incluía a dimensão social, não dizem às pessoas para registarem os problemas que possam surgir nesta área.

### **4.3. Factores que Influenciam as Definições**

#### **Uso multidisciplinar do conceito**

Face às divergências relativamente ao significado deste conceito, têm sido sugeridos diversos factores que poderão contribuir para esta grande diversidade de concepções de qualidade de vida.

Uma explicação possível para esta falta de consenso poderá ser atribuída ao uso corrente e multidisciplinar da expressão qualidade de vida. Em função disso, surgem diferentes definições de qualidade de vida, que traduzem variadas interpretações deste conceito e reflectem a especificidade de cada disciplina.

<sup>10</sup> Citados por Farquhar, *ibidem*.

<sup>11</sup> Estudo de Oleske, Heinze e Otte citado por Farquhar, *op. cit.*, p. 505.

Por exemplo, um economista, ao avaliar os efeitos das intervenções dos técnicos de saúde na qualidade de vida dos utentes do sistema de cuidados de saúde, provavelmente focalizará a sua análise nos indicadores custo/benefício.

Esta divergência de opiniões sobre o que poderá ser a qualidade de vida, também, se observa no interior de cada disciplina. Donde se infere que outros factores poderão estar implicados.

### **Diversidade de focos de avaliação e cultura do contexto ambiental**

Vários autores sugerem que o foco da pesquisa ou da avaliação poderá influenciar as definições de qualidade de vida.

Por exemplo, as pesquisas sobre qualidade de vida na área da saúde podem adoptar um ponto de vista restrito (focalizado no indivíduo) ou amplo (a avaliação da Q.D.V. estende-se à família próxima ou mesmo comunidade). Consoante a perspectiva adoptada, os autores irão ter como referência diferentes concepções de qualidade de vida, que se enquadram em modelos teóricos particulares. Mais, os resultados obtidos nos diversos estudos poderão contribuir para a fundamentação de diferentes concepções de qualidade de vida.

Outro determinante decisivo na definição de qualidade de vida é, na opinião de Schipper e Clinch (1988), a cultura do contexto ambiental.

### **Definições operacionais e «termos afins»**

O uso de definições operacionais de qualidade de vida influencia a compreensão deste conceito e, em certos casos, contribui para a sua clarificação.

No entanto, apresentam certas desvantagens, particularmente quando a operacionalização do conceito não se baseia em definições conceptuais. Qualidade de vida é então definida por um conjunto de indicadores, que foram seleccionados independentemente do estabelecimento de critérios válidos que fundamentem a sua identificação.

A substituição, frequentemente observada, da expressão qualidade de vida pelos termos felicidade, bem-estar, satisfação ou saúde, também, influencia o significado deste conceito e, em vez de o esclarecer, apenas obscurece a sua compreensão. Essas noções estão incluídas em muitas definições de qualidade de vida. Todavia, o conceito de qualidade de vida não deverá ser restringido a essas noções, pois, embora as integre, é mais abrangente.

### **Em síntese**

Um passo importante no sentido de acabar com alguns equívocos relativamente à definição deste conceito implica que os autores explicitem o que entendem por qualidade de vida, quando utilizam esta designação, ou referiram em que definições conceptuais baseiam a operacionalização deste conceito. Por sua vez, quando usam a expressão qualidade de vida, mas definem esta em termos de uma ou duas componentes do conceito global, devem explicitar este processo.

## **4.4. Dificuldades e Propostas para Alcançar um Consenso**

Chegar a um consenso sobre a definição de qualidade de vida não é fácil. Pelo contrário, pressupõe um certo acordo sobre algumas questões que se colocam a este nível, tais como: que peso deverá ser atribuído a cada uma das possíveis dimensões de qualidade de vida? Quem deverá determinar esta ponderação? Ou (colocando uma questão mais básica) quem deverá seleccionar estas dimensões?

De forma a ultrapassar algumas dificuldades inerentes à definição de qualidade de vida, alguns autores sugerem que, em vez de ser um técnico ou perito a propor um significado para este conceito, é fundamental descobrir que significados as pessoas atribuem a qualidade de vida. Com base nessas interpretações subjectivas, seria possível identificar os domínios de Q.D.V. mais significativos, os quais poderiam ser investigados em termos de níveis de satisfação por parte da população estudada.

De referir a pesquisa realizada por Hall (1976) <sup>(12)</sup>, que ilustra uma das possíveis técnicas utilizadas para identificar os aspectos mais representativos da qualidade de vida. Nesse estudo, perguntava-se às pessoas entrevistadas o que pensavam quando ouviam a expressão «qualidade de vida». Entre um vasto número de respostas singulares, surgem com maior frequência termos que se podem agrupar nas seguintes categorias: família, vida doméstica e

<sup>12</sup> Estudo de Hall citado por Farquhar, *op. cit.*, p. 506.

casamento. Muitas respostas são bastante genéricas e referem ser feliz, estar contente ou satisfeito consigo próprio. O factor saúde é classificado num nível elevado, em contrapartida os menos mencionados são: pressões de vida; bens de consumo; igualdade e justiça.

Outros autores assumem que, mesmo que exista um elevado consenso entre leigos, as definições resultantes das concepções que os leigos têm de qualidade de vida devem ser perspectivadas como definições alternativas (ou complementares) às propostas pelos técnicos ou peritos.

Efectivamente, têm sido feitas muitas críticas às definições leigas, devido particularmente à natureza subjectiva deste conceito. As críticas referem, ainda, que as qualidades experimentadas variam demasiado depressa para serem significativas.

Por exemplo, Morris *et al.* (1986) <sup>(13)</sup> referem que se ocorrem mudanças no estado de saúde de uma pessoa «a vida adquire um novo sentido: por vezes, fica circunscrita a um único quarto; a actividade profissional e o trabalho doméstico deixam de fazer parte desta. Os amigos e família são perspectivados de uma nova forma. Os valores alteram-se. O que era importante pode tornar-se insignificante, enquanto que coisas até aí ignoradas adquirem um maior peso».

Se é assim, a pesquisa de uma definição consensual de qualidade de vida não deverá basear-se exclusivamente em definições leigas, uma vez que são necessárias outras contribuições (teóricas e empíricas) para que seja alcançado um nível diferente de reflexão e de teorização.

## 4.5. Dimensões de Qualidade de Vida

Em termos muito genéricos, e na opinião de vários autores, o conceito de qualidade de vida pressupõe uma avaliação que o indivíduo faz da sua vida global, que depende da contribuição de múltiplas facetas ou dimensões da sua vida. Qualidade de vida é, por

<sup>13</sup> Citados por Farquhar, *ibidem*.

consequente e como já foi referido, «um fenómeno» multidimensional (Q.D.V. é composta por vários domínios/componentes).

Técnicos e peritos de diferentes áreas têm proposto diversas dimensões e identificado um número considerável de componentes, que se incluem em cada uma das dimensões ou que estão subjacentes a várias destas. O número e natureza das dimensões e componentes variam amplamente, em função dos objectivos do estudo, do seu nível de análise e da concepção subjacente a este.

De referir a concepção de qualidade de vida de Calman (1987), que foi definida com base numa vasta revisão bibliográfica, e que fornece uma visão global e bastante abrangente deste conceito.

Calman agrupa um amplo conjunto de factores em seis dimensões de qualidade de vida: física; psicológica; interpessoal; felicidade; espiritual e económica. Essas dimensões têm um carácter bastante geral e, portanto, são válidas para qualquer indivíduo ou grupo. Considera, ainda, outras cinco dimensões (individual, cultural, política, filosófica e temporal) que se referem a populações específicas ou indivíduos particulares. O mérito do seu trabalho não significa que não se adoptem outras classificações, que sejam mais coerentes com outras perspectivas.

O desenvolvimento de concepções de qualidade de vida, baseadas em aproximações deste tipo, deve ter em consideração os seguintes critérios: 1) o número de dimensões deve ser restrito para que o seu estudo ou avaliação/intervenção seja, simultaneamente, económico e eficaz; 2) o conteúdo de cada dimensão deve ser o mais homogéneo possível; 3) qualquer aspecto da vida pode ser incluído em algumas das dimensões identificadas (ou pelo menos os aspectos mais significativos desta).

## 4.6. Índices de Qualidade de Vida

A partir da valorização que o indivíduo faz de aspectos relevantes da sua vida em um momento preciso, e tendo como referência o conceito de qualidade de vida acima referido

(vide 4.5.), é possível avaliar os níveis de qualidade de vida que o indivíduo estima ter atingido em determinadas áreas desta.

Os níveis de qualidade de vida são expressos por índices parciais, cuja ponderação permite aceder a um índice global (contido numa escala nominal ou numérica).

Este modelo conceptual tem inúmeras implicações para a intervenção prática, nomeadamente ao nível da elaboração/avaliação de programas que visam a promoção da qualidade de vida das pessoas e dos grupos.

Por exemplo, face a uma diminuição significativa dos níveis de qualidade de vida <sup>(14)</sup>, associada a problemas de saúde, poderá ser possível desenvolver/potenciar diversas estratégias e recursos pessoais no sentido de melhorar os níveis actuais. A apreciação dos diferentes índices obtidos permite analisar a pertinência e a possibilidade (ou impossibilidade) de actuar em determinadas áreas, e estimar as prováveis compensações em outras dimensões conducentes a uma melhor qualidade de vida.

Sendo a qualidade de vida concebida como uma dimensão subjectiva, então só é possível aceder aos índices de qualidade de vida com base nas respostas da pessoa, referentes ao modo como avalia a sua vida num momento preciso desta. A medida de qualidade de vida é, portanto e como já foi referido, subjectiva. Essa valorização é, em grande parte, determinada pela forma como a pessoa percepciona a sua vida passada e a vida dos indivíduos da sua comunidade.

A avaliação da qualidade de vida quer dos indivíduos, quer das sociedades, com base em parâmetros objectivos ou objectiváveis (como os financeiros, o consumo de bens ou serviços), poderá conduzir a estimativas não correctas à luz de outros critérios de análise. Por exemplo, Campbell *et al.* (1976) referem que no período compreendido entre 1957 e 1972, apesar dos indicadores objectivos apontarem no sentido de um crescimento sócio-económico, o número de pessoas que manifestam ser muito felizes diminuiu progressivamente.

Outra questão polémica é a do recurso a agentes externos a este processo de avaliação (técnicos ou pessoas próximas). Essa situação nem sempre é possível, nem conduz a uma estimativa correcta da qualidade de vida de outra pessoa (ou pelo menos coincidente com o ponto de vista do próprio). A avaliação que fazemos é, em grande parte, determinada pelas nossas necessidades e preferências, e pelo modo como percepcionamos diferentes

<sup>14</sup> *Considera-se que ocorreu uma deterioração dos índices actuais de Q.D.V., tendo por referência o nível de qualidade de vida alcançado pelo indivíduo no passado ou os níveis estimados em outras pessoas: valores «normativos».*

componentes da nossa própria vida. Em geral, essa apreciação baseia-se na valorização de certos aspectos da vida, que para outra pessoa podem não ter tanto valor positivo.

De referir, ainda, que os aspectos que contribuem para a qualidade de vida, bem como o peso atribuído a cada um destes, podem variar em função das seguintes variáveis: idade; cultura; sexo; estrutura de personalidade e organização sociopolítica, o que não implica necessariamente que os níveis de qualidade de vida alcançados sejam diferentes.

## 4.7. Qualidade de Vida no Contexto da Saúde

A qualidade de vida é um tema de importância crescente no sistema de cuidados de saúde. Este conceito começa a salientar-se em ambientes clínicos, na década de setenta, no contexto da segunda revolução da saúde (vide Capítulo 3).

As transformações que ocorreram nesta área contribuíram para uma nova forma de perspectivar a doença e a saúde, bem como para o desenvolvimento de outros conceitos, tais como o de qualidade de vida, bem-estar e estilos de vida.

De referir, ainda, o seu impacto ao nível dos modelos de avaliação e intervenção terapêutica, uma vez que a promoção da saúde e da qualidade de vida implica o recurso a novas estratégias de avaliação e de intervenção, que se fundamentam em pressupostos diferentes dos que tradicionalmente são utilizados pela medicina.

A importância do conceito de qualidade de vida aumenta com o crescimento do número de pessoas com doenças crónicas, decorrente dos avanços tecnológicos e dos novos tratamentos que surgem neste século, em diversas áreas da medicina.

Hoje em dia, grande parte das intervenções dos técnicos de saúde têm como objectivo o controlo deste tipo de doenças, de forma a prolongar a vida do doente, prevenir as suas possíveis complicações e minorar o sofrimento físico. Começa, também, a surgir a preocupação com a qualidade de vida dos doentes e com a melhoria de dimensões implicadas no processo da doença, o que envolve a intervenção de equipas multidisciplinares (médicos,

enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.) e de vários sectores da sociedade: o estado, as instituições sociais e a família, entre outros.

Muitas pessoas que sofrem de doenças crónicas, actualmente, têm à sua disposição uma grande diversidade de tratamentos médicos e/ou cirúrgicos, que podem ser eficazes no controlo destas doenças. No entanto, a não integração de dimensões da qualidade de vida nas decisões terapêuticas pode comprometer o seu funcionamento físico, emocional, social e pessoal de uma forma desproporcionada em relação à gravidade da doença ou incapacidade.

Segundo Aaronson *et al.* (1992) <sup>(15)</sup>, a perspectiva tradicional, que definia os benefícios das intervenções terapêuticas em termos de resultados exclusivamente biomédicos, está a ser progressivamente substituída por uma perspectiva mais abrangente que inclui aspectos associados à qualidade de vida.

Spilker (1993) <sup>(16)</sup> refere que o tratamento médico integra vários aspectos, como a segurança da intervenção, a sua eficácia e os seus custos. Essas características vão ser filtradas pelos valores, crenças e julgamentos do doente, com base no seu estado e capacidades físicas, bem-estar psicológico, interacções sociais e estatuto económico. Esse filtro, constituído pela percepção do sujeito, é a qualidade de vida.

Sendo assim, as intervenções médicas têm diferentes repercussões na qualidade de vida das pessoas: elas respondem a terapêuticas idênticas de formas distintas, em função não só do estado e características do seu organismo, mas também do modo como percebem os vários aspectos do tratamento. Essa percepção, tal como Spilker sublinha, é determinada por factores de vária ordem.

Qualidade de vida começa a ser perspectivada como uma dimensão importante na avaliação dos investimentos económicos dos laboratórios de investigação tecnológica e de fármacos. Também, ao nível da investigação fundamental, é objecto de uma grande diversidade de estudos.

As investigações sobre qualidade de vida e doenças crónicas, abrangem um número considerável de patologias: cancro; epilepsia; afecções cardiovasculares; neurológicas; reumáticas; etc. Além das doenças específicas, qualidade de vida tem sido pesquisada em contextos específicos, como por exemplo: na pediatria; cirurgia ou em grupos de profissionais do sistema de saúde. A avaliação dos resultados dos tratamentos médicos (cirúrgicos,

<sup>15</sup> Citados por Ribeiro, 1994c, p. 68.

<sup>16</sup> Citado por Ribeiro, 1994a, p. 182.

farmacológicos, entre outros) em triagens clínicas é outro alvo das investigações sobre qualidade de vida.

Por sua vez, na prática clínica, começa a ser estudada a nível individual, com o objectivo de estimar o impacto de um determinado tratamento na qualidade de vida do doente e de melhorar a qualidade deste.

Com efeito, qualidade de vida é encarada, cada vez mais, como um critério de medida da eficácia das intervenções médicas, independentemente do contexto em que as avaliações se inserem: clínico, de investigação pura ou aplicada.

Mas, para estudar e integrar esta dimensão na prática clínica, é necessário dispor de instrumentos de avaliação que sejam suficientemente sensíveis às alterações que possam ocorrer em vários domínios da qualidade de vida - nomeadamente no funcionamento físico e estado de saúde geral da pessoa - durante a doença, o seu tratamento ou após um programa de reabilitação.

Diversos estudos demonstram a existência de discrepâncias entre as estimativas de qualidade de vida efectuadas por médicos e pacientes. Desse modo, a avaliação dos resultados terapêuticos e do impacto dos tratamentos em aspectos relacionados com a qualidade de vida deve tomar em consideração a auto-avaliação do indivíduo.

#### 4.7.1. Conceitos de Qualidade de Vida, Saúde e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Em contextos clínicos, os significados destes conceitos frequentemente sobrepõem-se, sendo a definição de qualidade de vida apresentada por Cramer (1994) <sup>(17)</sup> o exemplo que melhor ilustra esta situação.

Para aquele autor, qualidade de vida refere-se ao bem-estar físico, mental, emocional e social, completo, e não apenas à ausência de doença; ou seja, Cramer define este conceito exactamente da mesma forma que a Organização Mundial de Saúde, em 1948, define saúde.

Em contrapartida, Kaplan e Anderson (1990) <sup>(18)</sup>, entre outros, consideram que qualidade de vida e saúde são conceitos distintos.

<sup>17</sup> Citado por Ribeiro, *op. cit.*, p. 183.

<sup>18</sup> Citados por Ribeiro, *op. cit.*, p. 181.

No estudo de Campbell *et al.* (1976), no qual foram avaliadas doze dimensões de qualidade de vida, a dimensão saúde foi a que apresentou maior correlação com o resultado global de qualidade de vida. As variáveis relacionadas com a saúde parecem, portanto, constituir um dos indicadores que melhor expressa a qualidade de vida. Todavia, qualidade de vida é um conceito mais amplo, que integra múltiplas e variadas dimensões, cujas interações têm sido objecto de várias investigações.

Ribeiro (1994a) explica a relação existente entre qualidade de vida, saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde. Qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito específico do sistema de cuidados de saúde, que pode ter dois sentidos diferentes: geral para o sistema de cuidados de saúde e específico para cada tipo de doença. Perspectivado numa acepção global, refere-se à qualidade de vida que está dependente das doenças que as pessoas têm, à repercussão destes problemas de saúde e dos seus tratamentos na qualidade de vida das pessoas. Perspectivado num sentido específico, refere-se às limitações ou ao impacto de uma doença específica na qualidade de vida.

## 4.8. Doenças Oncológicas e Qualidade de Vida

Em oncologia, o número de artigos e de simpósios publicados sobre qualidade de vida tem vindo a aumentar consideravelmente, o que reflecte o interesse crescente dos investigadores e técnicos de saúde por este tema.

Por outro lado, durante os anos oitenta, surgem novos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, e aumenta o interesse pela medição da qualidade de vida de pacientes com cancro. Progressivamente, são exploradas novas potencialidades dos métodos de avaliação da qualidade de vida, sendo estes aplicados a um vasto conjunto de situações clínicas, tais como a determinação do impacto dos tratamentos do cancro na qualidade de vida dos pacientes e a caracterização da qualidade de vida de doentes em situação terminal.

O desenvolvimento e validação deste tipo de instrumentos surgem, paralelamente, à generalização do uso da quimioterapia e de outros tratamentos oncológicos.

Consequentemente, a avaliação dos resultados destes tratamentos na qualidade de vida de pacientes com cancro tem vindo a ser incluída em triagens clínicas.

Contudo, a avaliação formal da qualidade de vida de pacientes com cancro em contextos clínicos é, ainda, uma prática relativamente restrita, estando fundamentalmente orientada para projectos de investigação aplicada.

#### 4.8.1. Investigação na Área da Qualidade de Vida e em Psicossociologia Oncológica

A investigação na área da qualidade de vida e em psicossociologia oncológica <sup>(19)</sup> tem características próprias quer na Europa, quer nos Estados Unidos da América. Essa especificidade relaciona-se, provavelmente, com aspectos culturais e com diferenças no processo de financiamento da investigação.

Na Europa, e também no Canadá e Austrália, os progressos nos métodos de avaliação da qualidade de vida de pessoas com cancro (desenvolvimento de novas escalas, validação e comparação de instrumentos, traduções e estudos culturais comparativos) têm sido consideráveis, enquanto que nos E.U.A. existem poucos investigadores a trabalharem neste campo (Ganz, Bernhard & Hürny, 1991).

Em contrapartida, nos E.U.A., as pesquisas foram orientadas para aspectos mais pragmáticos da psicossociologia oncológica, tais como a avaliação das necessidades psicossociais, o estudo das repercussões psicológicas do cancro e o delineamento/avaliação de programas para treino de profissionais na área da psicossociologia oncológica.

Na Europa, a psiquiatria de ligação tem tido um desenvolvimento limitado, e poucos psicólogos têm sido integrados em serviços de oncologia. Além disso, poucos hospitais e centros oncológicos europeus providenciam um conjunto de serviços psicossociais, que estão frequentemente disponíveis em centros oncológicos americanos (por exemplo: grupos de auto-

<sup>19</sup> Derogatis (1986b) define oncologia psicossocial como um campo interdisciplinar, que se desenvolveu rapidamente enquanto especialidade científica e clínica relacionada com os cuidados prestados a pacientes com cancro (citado por Ganz, Bernhard, & Hürny, 1991, p. 2).

Para Barofsky (1986), a investigação sobre a qualidade de vida de doentes com cancro surge na sequência do desenvolvimento da oncologia psicossocial e das pesquisas referentes à avaliação do estado de saúde e de resultados terapêuticos (citado por Ganz et al., *ibidem*).

ajuda, linhas telefónicas de informação e aconselhamento individual). Para os europeus, essa é uma nova área que começa a receber maior atenção.

A integração da qualidade de vida na avaliação dos resultados dos tratamentos oncológicos, enquanto critério de avaliação da eficácia destes, tem tido um sucesso mais limitado nas triagens clínicas americanas. Isso pode estar relacionado com diferenças culturais e sociais entre os americanos e os europeus nas atitudes face ao cancro e seu tratamento ou com a falta de familiaridade dos clínicos americanos com os métodos de avaliação usados pelos investigadores.

Os investigadores europeus têm, também, demonstrado um maior interesse pela pesquisa relacionada com processos de «coping» e muitos têm explorado várias estratégias cognitivas e comportamentais, de forma a ajudar os pacientes a lidar com a experiência de cancro. Esses resultados começam a ser analisados com interesse, e alguns investigadores esperam demonstrar ganhos em termos de bem-estar e sobrevivência com esse tipo de aproximações.

#### 4.8.2. Avaliação da Qualidade de Vida dos Doentes com Cancro: Estimativa dos Resultados dos Tratamentos e Desenvolvimento dos Cuidados Oncológicos

Os progressos no tratamento cirúrgico dos doentes com cancro que ocorreram no século passado, decorrentes essencialmente do desenvolvimento dos métodos assépticos e da anestesia geral, e o aparecimento de outras modalidades terapêuticas (radioterapia e quimioterapia) contribuíram para um aumento da sobrevivência das pessoas. No entanto, os tratamentos oncológicos produzem efeitos adversos, e a sobrevivência dos doentes é muitas vezes conseguida à custa de uma diminuição da qualidade de vida.

A avaliação formal da qualidade de vida de doentes oncológicos é importante, porque não existe uma relação directa entre a extensão da sobrevivência e o aumento ou optimização da qualidade de vida <sup>(20)</sup>. Por outro lado, a cura (ou pelo menos o controlo da doença) pode

<sup>20</sup> *Torrance (1984) constatou que as pessoas classificam uma vida extremamente limitada como sendo pior do que a própria morte (citado por Barofsky, & Sugarbaker, 1990, p. 420).*

*A hipótese de que a maioria das pessoas considera que sobreviver com «saúde» constitui o melhor estado de qualidade de vida e a morte o pior é, portanto, questionável.*

implicar a administração de doses elevadas de quimioterápicos ou de radiações, ou a realização de cirurgias alargadas, cujos riscos de complicações são consideráveis.

Essa questão pode ser ilustrada pela relação existente entre controlo do tumor, doseamento terapêutico e complicações dos tratamentos. Acréscimos nas doses dos tratamentos aumentam a probabilidade de controlo da doença, mas também o risco de complicações. Assim, quando o controlo do tumor é máximo, a probabilidade de ocorrência de complicações aumenta. Quanto menor for a área entre essas funções, maior é a toxicidade do tratamento.

Segundo Barofsky e Sugarbaker (1990), as avaliações formais da qualidade de vida ajudam a determinar o balanço entre um efeito terapêutico óptimo na sobrevivência do paciente e um aceitável resultado na qualidade de vida, bem como os limites para os vários tratamentos do cancro. Todavia, em oncologia, muitas decisões terapêuticas são independentes de considerações sobre aspectos de qualidade de vida.

Apesar de certos tratamentos oncológicos terem efeitos adversos, os progressos nos procedimentos cirúrgicos diminuíram os riscos de mortalidade e morbidade física, bem como a dor e ansiedade operatória, o que contribuiu para um maior bem-estar dos doentes. Também, a introdução de outras modalidades terapêuticas teve, em certos casos, um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes.

Por exemplo, a aplicação da descoberta dos raios X ao tratamento do cancro permitiu que pessoas com lesões cancerígenas da pele melhorassem sem as consequências físicas e o impacto «traumático» da cirurgia ao nível da imagem corporal.

A oncologia moderna oferece, assim, novas possibilidades de tratamento e cura do cancro, mas coloca também vários dilemas aos técnicos de saúde e doentes.

Embora um dos principais objectivos do tratamento do cancro seja o de prolongar a vida dos pacientes, as intervenções terapêuticas que envolvem, por exemplo, cirurgias com perda de funções ou alterações corporais chamam a atenção para o facto de que a qualidade de vida, bem como a cura e sobrevivência, deve ser perspectivada como uma parte importante dos cuidados médicos.

A propósito dessa questão, de Haes e van Knippenberg (1985) defendem que se dois tratamentos têm uma taxa de sobrevivência idêntica, mas um deles conduz a uma melhor qualidade de vida do que o outro, a decisão deverá ser a favor do que resulta numa melhor qualidade de vida. Se, por outro lado, um tratamento tem taxas de sobrevivência mais elevadas

e o outro proporciona uma melhor qualidade de vida, os custos e benefícios deverão ser ponderados pelo doente e pelo médico responsável pelo tratamento.

A integração de parâmetros de qualidade de vida na avaliação dos resultados dos tratamentos do cancro é, na opinião de Barofsky e Sugarbaker (1990), um passo decisivo na clarificação das perspectivas e valores dos clínicos e pacientes, de modo a que seja alcançado um maior consenso no que respeita aos riscos e benefícios inerentes aos tratamentos oncológicos modernos.

Estes autores sublinham, ainda, o contributo da avaliação formal da qualidade de vida na modificação dos tratamentos do cancro. Essa mudança nos cuidados oncológicos poderá ocorrer de duas formas.

Os estudos de sarcoma, documentados através de artigos publicados no período de 1975 a 1985 (vide Apêndice A3), ilustram um processo de mudança a uma etapa, no qual a avaliação da qualidade de vida é parte integrante do próprio processo de desenvolvimento dos tratamentos.

Todavia, a maioria dos estudos de qualidade de vida conduz a uma modificação dos cuidados oncológicos através de um processo com múltiplas etapas. Primeiro ocorre uma avaliação dos resultados dos tratamentos na qualidade de vida dos doentes e, com base nos dados obtidos, é proposta uma alteração dos procedimentos terapêuticos de forma a melhorar a qualidade dos tratamentos. A inovação proposta é difundida através do sistema de cuidados oncológicos, e os médicos respondem a esta inovação adoptando procedimentos modificados. Isto é, reformulam a metodologia proposta de modo a que possam incorporá-la na sua prática clínica. Espera-se que esse processo ocorra seguido de uma nova avaliação da qualidade de vida. Esse segundo modelo é ilustrado pelo uso limitado de agentes citostáticos, de acordo com os estudos de qualidade de vida realizados na Grã-Bretanha, por Priestman (1987) <sup>(21)</sup>.

#### 4.8.3. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida de Doentes com Cancro

Nos estudos de qualidade de vida de pacientes com cancro, têm sido utilizados diversos instrumentos auto-administrados. Alguns desses instrumentos fornecem normas para doentes

<sup>21</sup> *Estudos de Priestman citados por Barofsky, & Sugarbaker, op. cit., p. 423.*

com cancro, como por exemplo o Psychosocial Adjustment to Illness Scale (Derogatis, 1986a) <sup>(22)</sup>, enquanto que outros - como o Profile of Moods Scale (Cella *et al.*, 1987) <sup>(23)</sup> - foram modificados de forma a serem adequados a este grupo de doenças. Outro tipo de técnicas, como o Karnofsky Scale (Karnofsky & Buchenal, 1949) <sup>(24)</sup> têm vindo a ser desenvolvidas usando pacientes com cancro em estudos de validação dos instrumentos, embora possam ser aplicadas a diferentes grupos de doentes. Finalmente, os instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida de pacientes com cancro, tal como o nome sugere, destinam-se unicamente a populações de cancro.

No Quadro 7 são descritas as dimensões e conteúdo de cinco instrumentos representativos de avaliação da qualidade de vida de pacientes com cancro.

**Quadro 7 - Dimensões e conteúdo de instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida de grupos de cancro.**

Dimensões	F.L.I.C. (22 itens)	Q.O.L.I.-P. (23 itens)	L.A.S.A.-P. (25 itens)	Q.O.L.Q. (42 itens)	B.C.Q. (30 itens)
Bem-estar geral	9,1%	21,8%	—	9,5%	10,0%
Tratamento, doença ou aspectos de saúde	9,1%	17,4%	—	—	13,3%
Funções físicas, sinais e sintomas	18,2%	34,8%	40,0%	57,1%	50,0%
Variáveis psicológicas	27,3%	—	20,0%	11,9%	13,3%
Variáveis sociais	36,4%	26,1%	40,0%	21,4%	13,3%

Nota: F.L.I.C., Functional Living Index-Cancer; Q.O.L.I.-P., Quality of Life Index-Padilla; L.A.S.A.-P., Linear Analogue Self Assessment-Priestman; Q.O.L.Q., EORTC-Lung Group Quality of Life Questionnaire; B.C.Q., Stage II Breast Cancer Questionnaire.

Os dados apresentados foram extraídos de «Cancer» (p. 425) de I. Barofsky e P. Sugarbaker, 1990, New York: Raven Press.

O conteúdo de itens representativos, incluídos em cada dimensão, é referido em baixo.

- Bem-estar geral: felicidade; medo do futuro; sentimento de bem-estar; confiança no futuro; satisfação com a vida; etc.
- Tratamento, doença, aspectos de saúde: dificuldades com o cancro; ajustamento à colostomia; confiança no tratamento; cuidados de saúde; serviços hospitalares; informação; etc.

<sup>22</sup> Citado por Barofsky, & Sugarbaker, *op. cit.*, p. 424.

<sup>23</sup> Citado por Barofsky, & Sugarbaker, *ibidem*.

<sup>24</sup> Citado por Barofsky, & Sugarbaker, *ibidem*.

- Funções físicas (sinais e sintomas): náuseas; vômitos; dor; vitalidade; sono; apetite; deglutição; dispneia; etc.
- Variáveis psicológicas: «coping»; depressão; pensamentos; aparência; cuidados pessoais; preocupações; irritabilidade; nervosismo; frustração; «stress»; etc.
- Variáveis sociais: tempos livres; diversões; actividades domésticas; amigos; privacidade; relacionamento sexual; relações com os outros; férias; trabalho; etc.

A partir da leitura do Quadro 7, podemos constatar que o conteúdo dos itens difere de instrumento para instrumento, mesmo quando os itens são agrupados em subcategorias alargadas. O número de escalas usadas na medida de qualidade de vida, também, varia amplamente. Assim, o Functional Living Index-Cancer é constituído por 22 itens distribuídos por 13 escalas diferentes, enquanto que o EORTC-Lung contém 42 itens que abrangem apenas quatro escalas.

Por outro lado, a percentagem de itens que medem sinais físicos ou sintomas de toxicidade depende da especificidade do instrumento: isto é, quanto mais a avaliação for concebida para um determinado tipo de cancro ou de tratamento oncológico, maior é a probabilidade do instrumento incluir itens que medem sinais ou sintomas de toxicidade (por exemplo: náuseas, dor, fadiga, apetite, dispneia, etc.).

Algumas das técnicas de avaliação mais utilizadas são as seguintes:

*- Functional Living Index-Cancer*

O Functional Living Index-Cancer, F.L.I.C. (Schipper, Clinch, McMurray & Levitt, 1984) é constituído por vinte e dois itens, agrupados em treze escalas, e mede a qualidade de vida de diferentes populações de cancro.

As propriedades psicométricas deste instrumento e a sua promoção por médicos oncologistas contribuíram para a inclusão do F.L.I.C. numa grande variedade de triagens clínicas e estudos de cuidados oncológicos. Todavia, verificou-se que esta técnica de avaliação é de difícil aplicação e que, frequentemente, não detecta diferenças previstas em triagens clínicas.

O Functional Living Index-Cancer foi desenvolvido por um processo interactivo. Numa primeira fase, foram administrados 250 itens, gerados por um conjunto de pacientes e clínicos, a 175 pacientes. A versão seguinte do questionário incluiu 42 itens, seleccionados por análise factorial, que foram passados a 312 pacientes. Em seguida, foi administrada uma versão

reduzida do questionário a 175 pacientes. Posteriormente, e na sequência de estudos de validação, foram adicionados dois novos itens, dando origem à versão final do questionário com 22 itens.

O método usado para gerar os itens reflecte as dificuldades e preocupações dos pacientes com cancro, embora certos conteúdos não tenham sido incluídos como resultado deste processo (por exemplo, o F.L.I.C. não contém itens relacionados com a actividade sexual). Por outro lado, o F.L.I.C. segue aspectos inerentes à história natural da doença e seu tratamento e é considerado, por vários autores, um instrumento adequado em qualquer bateria de testes para populações de cancro.

#### *- Quality of Life Index- Padilla*

O Quality of Life Index-Padilla (Q.O.L.I.-P.) é um questionário com 23 itens e avalia a qualidade de vida de doentes com cancro que fizeram colostomias.

Este instrumento foi desenvolvido tendo como matriz o 10-Item Quality of Life Assessment, construído por Presant *et al.* (1981). A versão inicial do Q.O.L.I.-P. é um questionário com 14 itens, que foi modificado e deu origem à versão com 23 itens, que se destina unicamente a pacientes com colostomia (Padilla & Grant, 1985) <sup>(25)</sup>.

Padilla e Grant (1985) pretendiam usar o conceito de qualidade de vida como uma medida resultante da prática de enfermagem. Os itens foram seleccionados com esse objectivo e não abrangem todos os domínios de qualidade de vida (vide Quadro 7).

Os autores agruparam os 14 itens em três subgrupos: condição física geral, actividades humanas significativas e qualidade de vida geral. Esses conceitos são usados para desenvolver um modelo da relação entre prática de enfermagem e qualidade de vida. Apesar das dificuldades em testar o modelo, este esforço reconhece que a avaliação da qualidade de vida oferece um potencial para facilitar mudanças, ao utilizar este conceito como uma medida da prática clínica.

#### *- Linear Analogue Self-Assessment-Selby*

O Linear Analogue Self-Assessment-Selby (L.A.S.A.-A.) foi concebido para medir a qualidade de vida de pacientes com cancro da mama.

<sup>25</sup> Estudo de Padilla e Grant citado por Barofsky, & Sugarbaker, *ibidem*.

Originalmente, o Linear Analogue Self-Assessment-Selby é constituído por 31 itens, mas Boyd *et al.* (1988), num trabalho mais recente, apresentam uma versão reduzida do questionário com 29 itens.

Naquele relatório, os autores referem que os itens de funcionamento físico do L.A.S.A.-A. foram capazes de discriminar entre os pacientes que tiveram cancro disseminado dos que não tiveram, enquanto que os itens relacionados com tratamentos com riscos de toxicidade diferenciaram os doentes que fizeram quimioterapia dos que não fizeram. Em contrapartida, os resultados dos itens de saúde psicológica e social, obtidos pelos pacientes que receberam quimioterapia, foram similares, independentemente do seu estado de saúde geral.

A interpretação dos resultados de estudos desta natureza tem suscitado opiniões divergentes. Assim, enquanto alguns autores questionam as propriedades psicométricas deste tipo de instrumentos na diferenciação do estado de saúde, outros autores sugerem que o impacto do cancro e tratamentos na qualidade de vida das pessoas se relaciona mais com dimensões psicossociais do que com aspectos físicos: indivíduos com um estado de saúde similar podem apresentar diferenças significativas ao nível da qualidade de vida (e vice-versa).

# 5

---

## Aspectos Psicossociais e Qualidade de Vida de Mulheres com Cancro Ginecológico

O cancro é sem dúvida uma das doenças mais temidas, ameaçando a sobrevivência e imagem e integridade corporal da pessoa, bem como a sua autonomia e bem-estar psicológico e social. Talvez as formas de neoplasia com um efeito mais «stressante» na mulher sejam o cancro da mama e que envolve o aparelho reprodutor (Callahan, Pawlicki, Nicholas & Hamilton, 1993).

Nos anos setenta, surgem diversos trabalhos sobre as perturbações psicológicas e psicosexuais associadas às doenças oncológicas <sup>(1)</sup>. A partir da década de oitenta, as pesquisas dão cada vez maior atenção aos factores psicossociais e à qualidade de vida dos doentes com cancro.

Embora o referencial teórico seja diferente, estas áreas de investigação não são totalmente independentes: dimensões psicológicas e psicosexuais são incluídas em pesquisas de qualidade de vida; estudos de aspectos psicológicos e psicosexuais analisam o impacto destas variáveis no ajustamento sócio-familiar dos doentes. Por outro lado, o aperfeiçoamento das metodologias de investigação no domínio da qualidade de vida e da oncologia psicossocial conduziu a surpreendentes descobertas, substituindo concepções defendidas no passado e fundamentando observações clínicas anteriores.

Na primeira parte deste capítulo será feita uma abordagem do ajustamento psicossocial às doenças oncológicas, em geral, e ginecológicas, em particular, centrada basicamente na

<sup>1</sup> *Amado, Amílcar e Calheiros (1989) referem que os trabalhos sobre perturbações psicológicas associadas ao cancro retomam, em parte, o estudo das relações existentes entre o inconsciente e as funções vitais, desenvolvido pela escola psicossomática americana. Embora algumas generalizações inicialmente propostas tenham sido abandonadas, persiste a noção de que as respostas emocionais e os verdadeiros síndromes psicossomáticos lesionais representariam diferentes níveis de expressão dos factores psicossociais na génese da doença. Na sua opinião, os resultados desses estudos são conflituais e algumas associações encontradas entre perturbações psicológicas e cancro podem ser interpretadas como sendo o resultado da doença e não a sua causa (Amado, Amílcar, & Calheiros, 1989, pp. 124 e 125).*

psicopatologia, respostas emocionais, aspectos psicosexuais e dor. Na segunda parte serão referidas as implicações do diagnóstico do cancro genital e seu tratamento na qualidade de vida das mulheres, com base em pesquisas recentes desenvolvidas nesta área.

## 5.1. Dificuldades Diagnósticas e Metodológicas dos Estudos Iniciais

Apesar do aparecimento de novos citostáticos e dos progressos na tecnologia médica, a taxa de mortalidade em alguns cancros é elevada, particularmente nos estádios avançados da doença. Os tratamentos oncológicos implicam muitas vezes uma cirurgia de exérese, com eventual comprometimento do funcionamento de órgãos vitais ou do aparelho reprodutor, e que pode ser sentida pelos doentes como uma mutilação. A toxicidade de alguns fármacos é considerável, e a radioterapia pode provocar efeitos colaterais difíceis de suportar pela pessoa (vide Capítulo 2).

A morbidade por psicopatologia tem, igualmente, uma expressão significativa. Todavia, a sua incidência parece ter sido sobrestimada em estudos iniciais, devido a limitações metodológicas e de diagnóstico. Pesquisas mais recentes sugerem, também, que as dificuldades de funcionamento observadas em famílias com doentes oncológicos não são tão acentuadas como trabalhos prévios indicam.

Estudos que referem que a prevalência da depressão clínica na população com cancro é de aproximadamente 50% baseiam-se em amostras de indivíduos seguidos em consultas psiquiátricas (Levine, Silberfarb & Lipowski, 1978; Silberfarb & Greer, 1982, entre outros) <sup>(2)</sup>, em vez de amostras aleatórias. Muitos trabalhos iniciais consistem em relatos de casos, estudados num contexto clínico e sem recurso a metodologias de investigação sistemática. Embora algumas pesquisas utilizem entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, ou medidas de auto-avaliação de ajustamento, apresentam graves problemas metodológicos. Por exemplo,

<sup>2</sup> Estudos citados por Callahan, Pawlicki, Nicholas, & Hamilton, 1993, p. 470.

é frequente utilizarem grupos de controlo constituídos por pacientes sem cancro, e as conclusões serem generalizadas para indivíduos «saudáveis». Os doentes com cancro são estudados como um grupo único e homogéneo, sem diferenciação da localização da doença ou do tipo de tratamento médico realizado.

A diversidade de estimativas sobre a prevalência da morbilidade por psicopatologia na população com cancro pode, ainda, ser explicada por divergências nos sistemas de classificação das doenças «psíquicas» e nos modelos de referência teórica.

## 5.2. Prevalência da Psicopatologia

Um dos projectos de investigação mais representativo sobre a natureza e prevalência das perturbações psíquicas na população com cancro foi desenvolvido pelo «Psychosocial Collaborative Oncology Group» (P.S.Y.C.O.G.) (Derogatis *et al.*, 1983) <sup>(3)</sup>. Nessa pesquisa, foram estudadas 215 pessoas com cancro, através de uma entrevista estruturada e de escalas de autopreenchimento. Os doentes eram acompanhados em três centros oncológicos em regime ambulatorio ou de internamento e foram seleccionados aleatoriamente.

Das 215 pessoas entrevistadas, 53% evidenciam um ajustamento «adequado» ao cancro e 47% apresentam distúrbios psiquiátricos, diagnosticados de acordo com os critérios de classificação da D.S.M.-III. Numa percentagem considerável de doentes com diagnóstico psiquiátrico, são identificadas desordens de ajustamento com ansiedade e/ou depressão reactiva (68% dos casos); 13% manifestam sintomas depressivos de maior intensidade (depressão grave); 8% apresentam desordens mentais orgânicas e 11% desordens psiquiátricas prévias (perturbações de personalidade ou de ansiedade).

A partir dos dados referidos, constata-se que cerca de 50% das pessoas com cancro enfrentam este problema de saúde de uma forma relativamente «ajustada». Respostas emocionais «normais» a esta situação de «stress» incluem frequentemente níveis elevados de

<sup>3</sup> Estudo de Derogatis *et al.* citado por Massie, & Holland, 1990, pp. 274 e 275.

ansiedade e depressão, com transições ou crises pontuais, que surgem associadas ao processo de diagnóstico e/ou tratamento. Os sintomas tendem a diminuir assim que o impacto da crise é «ultrapassado» e o indivíduo retoma o seu estilo anterior de vida (ou pelo menos é capaz de se «adaptar» a um estilo de vida alternativo).

Aproximadamente 50% dos doentes manifestam perturbações psíquicas, sendo as mais comuns situações de ansiedade e/ou de depressão reactiva, que são integradas nas desordens de ajustamento. Essas formas clínicas consistem num aumento da intensidade e duração dos sintomas comparativamente ao que é considerado «normal», podendo provocar um intenso «stress» na pessoa ou interferir no seu funcionamento global. Em seguida, surgem os quadros de depressão grave e, por último, as desordens mentais orgânicas (<sup>4</sup>), que podem envolver situações de delírio relacionadas com os efeitos da doença e/ou tratamento. Problemas psiquiátricos pré-existent constituem uma percentagem relativamente pequena. No entanto, requerem muitas vezes um acompanhamento especializado, em virtude do risco de agravamento durante o tratamento, com eventual comprometimento deste.

Essas taxas de prevalência são mais elevadas do que as referentes à população com problemas de saúde em geral. Todavia, uma percentagem considerável de doentes não evidencia distúrbios psíquicos, o que sugere que a ansiedade e depressão clínica não afectam necessariamente as pessoas com doenças neoplásicas, mas que parecem surgir em formas transitórias ou susceptíveis de serem tratadas.

Numa revisão de 646 casos de doentes com cancro seguidos em consulta psiquiátrica, Massie e Holland (1987) (<sup>5</sup>), com base nos critérios de diagnóstico da D.S.M. III, identificam desordens de ajustamento com depressão e/ou ansiedade em 54% dos casos; depressão grave, usualmente o primeiro episódio, em 9%; desordens mentais orgânicas, frequentemente com situações de delírio, em 20%; esquizofrenia e psicose maniaco-depressiva em 5%; desordens de ansiedade em 4% e, por último, atraso mental e desordens somatiformes em 4% (<sup>6</sup>).

<sup>4</sup> *As desordens mentais orgânicas são doenças «psíquicas» de origem «orgânica», tendo sido identificados os seguintes quadros de desordem mental orgânica no estudo P.S.Y.C.O.G. (1983): demência pré-senil; demência com ou sem depressão; síndrome afectivo orgânico; síndrome orgânico cerebral atípico e síndrome de personalidade orgânico.*

<sup>5</sup> *Estudo de Massie e Holland citado por Massie, & Holland, 1990, pp. 275 e 276.*

<sup>6</sup> *As desordens somatiformes constituem um conjunto de perturbações «psíquicas», cujos sintomas primários são físicos, sem causa orgânica aparente. Esse grupo nosográfico inclui desordens de somatização, reacções de conversão, psicálgia e doença somatiforme atípica.*

*Segundo Massie (1990), a vigilância clínica dos doentes oncológicos, com uma história prévia de desordens somatiformes, é particularmente complicada, uma vez que é preciso diferenciar se as queixas*

Meyerowitz, Sparks e Spears (1979) referem que 62% dos seus pacientes relatam uma ansiedade não explicada e 88% um decréscimo de níveis de actividade. Uma redução severa da actividade é frequentemente um sinal clínico de depressão. Todavia, causas orgânicas associadas à doença neoplásica e/ou tratamento poderão, também, estar na base dessas dificuldades funcionais.

### 5.3. Reacções Emocionais Normais ao Cancro e Depressão Clínica

Após um período inicial, relativamente curto, no qual muitas vezes as pessoas não acreditam no diagnóstico médico, geralmente, segue-se uma fase de grande «stress» e perturbação. Sentimentos de tristeza alternam com momentos de intensa ansiedade, acompanhados de uma sensação de impotência e de desespero. Dificuldades em dormir, comer e de concentração são frequentes, assim como medos relacionados com tratamentos médicos, perda da posição social, mudanças nas relações interpessoais e morte. À medida que o tratamento progride e o diagnóstico se torna mais claro, a depressão e ansiedade tendem a diminuir (Andersen, Anderson & Prosse, 1989b).

Essas reacções emocionais, neste contexto de crise devida a doença maligna, não assumem uma dimensão patológica. São consideradas respostas «normais» e «adaptativas» a uma situação que poderá envolver modificações funcionais ou orgânicas (temporárias ou definitivas) e que requer uma mobilização de vários recursos pessoais e suportes sociais, de forma a que a pessoa seja capaz de enfrentar todo um processo de tratamento e reabilitação, que poderá ser doloroso e prolongado.

Porém, determinados factores poderão potenciar essas dificuldades emocionais, dificultando a adaptação do indivíduo a esta situação de crise.

*apresentadas são funcionais ou têm uma base orgânica decorrente de uma recidiva da doença neoplásica (Massie, 1990, p. 319).*

À medida que o doente se sente desinserido do seu contexto sócio-profissional anterior, e dependente de profissionais que prestam cuidados médicos, poderá sentir-se mais fragilizado. Reacções depressivas e de ansiedade são muitas vezes intensificadas por problemas financeiros, devidos a baixa médica, eventual perda de emprego ou acréscimo de despesas com saúde.

A indefinição do prognóstico da doença poderá, também, acentuar essas dificuldades emocionais: irá a doença reincidir?... tornar-se-á a dor intolerável?... perderei a minha autonomia e dignidade pessoal?... quem cuidará de mim?... Dúvidas e preocupações que não têm certamente uma resposta certa e que muitas vezes dominam os pensamentos da pessoa, sendo acompanhadas de uma intensa ansiedade.

O receio de não ser capaz de lidar com os vários problemas associados à doença e tratamento poderá conduzir a uma situação de recusa da doença ou de inibição extrema, que já não se inscreve num quadro de depressão clínica.

Outro factor que favorece o desenvolvimento da depressão clínica é a dependência. A alteração, temporária ou definitiva, de actividades diárias e do estilo de vida da pessoa poderá acentuar as suas dificuldades emocionais. A transição da percepção de si própria, como um membro da família ou sociedade vital e produtivo para alguém que é dependente dos cuidados dos outros, poderá ter um forte efeito negativo. Por sua vez, a comparação da sua situação actual (estado de imobilidade ou de actividade reduzida) com o seu nível anterior de actividade, bem como a perspectiva de um futuro sombrio, desanima a pessoa e afecta negativamente a sua auto-imagem.

O doente poderá, ainda, confrontar-se com uma perda de gratificação, decorrente de uma diminuição do seu interesse por actividades que anteriormente lhe davam prazer. Muitos doentes com cancro, independentemente da existência ou não de sequelas orgânicas, referem uma perda de interesse por actividades sociais, pelo sexo e por certos alimentos. O prazer e satisfação que a pessoa usufruía de tais actividades poderão diminuir, enquanto que receios sobre como os outros irão responder a essas mudanças poderão agravar esse sentimento de perda. Embora o decréscimo de actividades prazenteiras seja um sintoma de depressão, determinantes orgânicos, numa interligação complexa com factores psicossociais, deverão ser considerados para explicar esse comportamento.

Se o doente se deprime, a intensidade da dor poderá aumentar, devido à proximidade fisiológica e interacção entre centros cerebrais que regulam a dor, a depressão e o sono

(Melzack, 1973) (7). A percepção que tem da dor é maior com o decréscimo da sua tolerância a esta, o que reforça o seu estado depressivo prévio. O ciclo diagnóstico da doença, ansiedade, depressão e dor, seguido de uma depressão mais profunda é observado em muitos pacientes com cancro.

Segundo von Knorring *et al.* (1983) (8), numa percentagem significativa de casos, a dor física é um sintoma de depressão: 57% de pacientes com diagnóstico de depressão manifestam dor como sintoma secundário. Em doentes com cancro essa relação apresenta um problema particularmente difícil. Enquanto que a origem da dor oncológica é física, a doença poderá ser um potencial precursor de depressão, que por sua vez poderá incrementar a dor.

Se a depressão persiste, poderá perturbar a forma como o indivíduo interpreta a crise que enfrenta, por outras palavras, o seu mundo, as suas competências para lidar com este problema de saúde e as suas expectativas, aspectos estes que por sua vez condicionam o seu nível de depressão.

Nos doentes em estado terminal, a depressão, ansiedade e raiva são consideradas reacções «normais» e «apropriadas», que resultam do «stress» e sofrimento associados a esta situação.

Massie e Holland (1990) referem que os doentes com dificuldades de ajustamento ao cancro têm, com frequência, um caso prévio de neoplasia na família ou vivem, simultaneamente, acontecimentos de vida que reforçam o significado e as repercussões desta crise.

Outros factores determinantes no ajustamento ao cancro e tratamentos, que têm vindo a ser cada vez mais estudados nos últimos anos (9), são as estratégias de «coping» e o suporte social do doente. Alguns estudos sugerem que o suporte social (apoio da família, amigos ou estruturas sociais de suporte) poderá reduzir o impacto negativo do cancro. Por sua vez,

<sup>7</sup> Citado por Callahan *et al.*, *ibidem*.

<sup>8</sup> Estudo de von Knorring *et al.* citado por Callahan *et al.*, *ibidem*.

<sup>9</sup> Segundo Rowland (1990), os estudos iniciais das respostas individuais a doenças graves enfatizam o impacto adverso destas afecções, ou seja, os distúrbios e incapacidades resultantes dos seus efeitos. Actualmente, as pesquisas tendem a afastar-se de uma perspectiva focalizada no estudo de correlações entre doença/psicopatologia ou de sequelas da doença para se aproximarem de uma abordagem que enfatiza dimensões adaptativas do homem, em resposta a acontecimentos de vida que causam «stress» (Rowland, 1990b, p. 44).

A mesma autora (1990) refere que, paralelamente ao interesse pelas capacidades adaptativas das pessoas e seu impacto na gestão do «stress», nos últimos dez/quinze anos têm surgido várias investigações sobre recursos interpessoais, saúde e doença (Rowland, 1990c, pp. 58 e 69).

possíveis relações entre suporte social e «coping» (10) têm sido propostas por diversos autores, sendo a ausência de um suporte social «positivo» identificada como um possível factor de risco para um «coping» menos eficaz.

## 5.4. Ajustamento Psicosssexual

O ajustamento sexual é considerado por diversos autores um dos factores cruciais no processo adaptativo à doença em mulheres com cancro ginecológico e constitui uma das áreas que tem sido mais investigada no domínio da psicooncologia ginecológica.

O interesse por este tema é evidente, uma vez que os órgãos genitais quer por razões anatómicas e fisiológicas, quer por razões psicológicas e culturais estão implicados no comportamento sexual.

O tratamento deste tipo de afecções geralmente envolve uma cirurgia isolada, ou associada a radioterapia e/ou quimioterapia. Os efeitos fisiológicos da doença e efeitos locais do tratamento afectam frequentemente a resposta sexual da mulher (11) e podem dar origem a

<sup>10</sup> Os estilos de «coping» têm a ver com a forma, mais ou menos permanente e característica, com que o sujeito responde a situações que causam «stress», como a doença. As estratégias de «coping» são o modelo que emerge como resultado do estilo de «coping» utilizado pelo indivíduo e representam comportamentos, cognições e percepções, que são utilizados para manter o equilíbrio face à doença.

*Diversos estudos sobre «coping» e cancro sugerem que certas estratégias de «coping» parecem favorecer a adaptação do doente ao cancro e tratamentos.*

<sup>11</sup> Segundo Darling e McKoy-Smith (1993), alguns problemas sexuais em mulheres histerectomizadas estão associados a dificuldades emocionais pós-operatórias. Todavia, factores fisiológicos também parecem estar implicados.

*A remoção do útero poderá ter um impacto negativo em certas mulheres, uma vez que as contracções uterinas são uma componente importante do orgasmo (vide apêndice A4). A cicatriz do tecido uterino e vaginal poderá impossibilitar a dilatação completa do canal vaginal, o que torna a relação sexual difícil, pelo facto da vagina se tornar menos expansiva. Além disso, a cicatriz interna ou a danificação de nervos da vagina e útero poderá limitar o prazer sexual. De referir, ainda, que após a histerectomia a redução de tecido resulta numa diminuição da vasocongestão da vagina, o que poderá reduzir a excitabilidade sexual, tal como a possibilidade de ocorrência de múltiplos orgasmos (Darling, & McKoy-Smith, 1993, p. 325).*

*Sequelas físicas maiores (temporárias ou permanentes), com possível comprometimento da actividade sexual, estão frequentemente associadas a tratamentos do cancro genital que envolvem uma cirurgia de exérese mais radical e/ou uma quimioterapia adjuvante (vide Capítulo 2).*

disfunções sexuais (inibição do desejo sexual, disfunção sexual geral ou orgástica) (vide Apêndice A4).

O desejo sexual e a capacidade de excitação ou orgástica podem, também, ser perturbados por reacções psicológicas à doença e tratamento. De referir, ainda, o papel determinante do conjugue (ou companheiro) neste processo de ajustamento <sup>(12)</sup>.

Estas dificuldades podem, igualmente, reflectir uma falta de aconselhamento médico na área sexual ou estar associadas a mudanças sociais e biológicas, mais globais, decorrentes da doença e tratamento.

Anderson e colaboradores contribuíram significativamente para a compreensão das alterações no comportamento sexual relacionadas com o cancro ginecológico. Segundo esta autora (1985) <sup>(13)</sup>, 30 a 90% das mulheres com neoplasias ginecológicas apresentam problemas sexuais, dependendo da localização do tumor e da terapêutica utilizada.

Num estudo longitudinal, Andersen, Anderson & Prosse (1989a) seguiram três grupos de mulheres com vida sexual activa: quarenta e sete com carcinoma do útero ou ovário nos estádios evolutivos iniciais, dezoito com doença ginecológica benigna e cinquenta e sete «sem doença». Todas as mulheres com cancro foram tratadas com radioterapia e/ou cirurgia. A constituição desses três grupos permitiu avaliar se o tratamento das doenças ginecológicas tem repercussões no funcionamento sexual da mulher e se o seu impacto é diferente em doentes com afecções benignas e malignas. A avaliação do funcionamento sexual incluiu os seguintes parâmetros: frequência das relações sexuais, desejo e comportamento sexual, bem como os auto-relatos das reacções fisiológicas durante as várias fases da resposta sexual feminina (vide Apêndice A4).

Os autores registaram uma diminuição significativa da frequência das relações sexuais e maiores dificuldades em atingir o orgasmo nos dois grupos de mulheres com doenças ginecológicas. Apenas as doentes com cancro referem maiores dificuldades ao nível da fase de excitação, que podem estar associadas a uma lubrificação vaginal insuficiente (secundária à menopausa induzida cirurgicamente, vide Capítulo 2). Um análise mais profunda dos dados

<sup>12</sup> *Conjugues que dão menos apoio às mulheres, no decurso da doença e tratamento, são geralmente indivíduos com antecedentes psiquiátricos significativos, abuso de drogas, histórias de infidelidade ou padrões de comunicação pobres. Por outro lado, têm uma grande dificuldade em lidar com a pressão associada ao aumento de encargos domésticos e familiares.*

*Em contrapartida, a atitude superprotectora, assumida por certos homens, também pode ser contraproducente neste processo de ajustamento.*

<sup>13</sup> *Estudo de Andersen citado por Callahan et al., 1993, p. 472.*

obtidos revela que a diminuição da excitação sexual foi acompanhada de uma estimulação e contactos sexuais abreviados, assim como de uma menor frequência das relações sexuais. Em função desse facto, os autores sugerem que o desejo sexual não foi directamente afectado, mas sim indirectamente.

Esses resultados, de um modo genérico, são consistentes com os apresentados por Zussman e Zussman, Sunley e Bjornson (1981). Os autores, com base numa revisão de estudos sobre ajustamento sexual após histerectomia com anexectomia, detectaram a existência de um declínio considerável na frequência das relações sexuais em 33 a 46% das doentes.

Também, o funcionamento sexual do parceiro pode ser afectado pelo significado psicológico atribuído ao cancro ginecológico e por medos relacionados com a doença e seu tratamento. Alguns problemas nesta área por vezes são secundários a conflitos conjugais, dificuldades sexuais da mulher ou às repercussões físicas e psicológicas do cancro e seu tratamento (dificuldades emocionais, diminuição da vitalidade e atractividade sexual, entre outras).

Vários factores podem influenciar o ajustamento sexual ao cancro: a localização do tumor e da intervenção cirúrgica; o tipo de tratamento utilizado; a duração e qualidade do relacionamento conjugal prévio e a natureza do aconselhamento médico.

### **Localização do tumor**

As doenças oncológicas podem provocar alterações no comportamento sexual da mulher (vide 5.3.). Todavia, o cancro que envolve os órgãos genitais femininos parece colocar dificuldades específicas quer ao nível do funcionamento sexual da mulher, quer do seu parceiro.

Por exemplo, no carcinoma cervical e do endométrio, o sintoma mais frequente é a hemorragia genital (metrorragia), que muitas vezes surge no decurso das relações sexuais (coitarragias, vide Capítulo 2). Essa situação pode ser associada ao cancro e reactivar medos relacionados com a actividade sexual, mesmo após o seu tratamento.

Andersen *et al.* (1986) <sup>(14)</sup> detectaram, nos meses que antecedem o diagnóstico do cancro cervical e do endométrio, um elevado número de situações de disfunção sexual, secundárias a hemorragia genital na mulher. Dificuldades sexuais anteriores ao diagnóstico da

<sup>14</sup> Citados por Callahan *et al.*, *op. cit.*, pp. 472 e 473.

doença são, portanto, frequentes e, nesses casos, constituem um dos primeiros sinais da presença de cancro ginecológico (Andersen *et al.*, 1986).

O medo do cancro no pénis, por contágio da doença através das relações sexuais, é também comum, podendo levar o casal à interrupção da actividade sexual.

Para além disso, o tratamento cirúrgico do cancro uterino pode causar alterações na anatomia da região genital, com repercussões ao nível da imagem corporal da mulher. Por sua vez, e tal como Derogatis e Melisaratos (1979) <sup>(15)</sup> referem, as pessoas com disfunções sexuais muitas vezes têm uma imagem corporal negativa, donde se infere que o risco de desajustamento sexual nos doentes oncológicos é elevado (Callahan *et al.*, 1993).

### **Efeitos do tratamento**

A localização e estágio evolutivo do tumor são determinantes na selecção do tratamento do cancro ginecológico. A exenteração pélvica é talvez o tratamento do cancro genital que provoca uma maior deformidade na região genital. Consequentemente, pode ter repercussões bastante negativas no ajustamento sexual do casal.

Num estudo realizado com dezanove doentes com cancro genital, submetidas a exenteração pélvica, doze mulheres referem a ausência de actividade sexual após a cirurgia, e três uma perda do desejo sexual e declínio na actividade sexual (Vera, 1981).

De acordo com Seibel, Freeman e Graves (1981) <sup>(16)</sup>, as mulheres com carcinoma cervical, submetidas a histerectomia sem anexectomia, não referem uma diminuição significativa do prazer sexual. A não remoção dos ovários permite que estes continuem a funcionar e a produzir hormonas esteróides, que poderão estar implicadas no funcionamento sexual da mulher (Seibel *et al.*, 1981).

Dennerstein, Wood e Burrows (1977), num estudo realizado com mulheres sujeitas a histerectomia total com anexectomia para tratamento de cancro ginecológico, concluem que a terapêutica estrogénica substitutiva, embora reduza as queixas de dispareunia, não parece estar associada a um aumento do prazer sexual.

Comparativamente à área da sexualidade masculina, sabe-se muito menos sobre o papel dos factores orgânicos, em geral, e da função endócrina, em particular, no comportamento sexual feminino. Todavia, os trabalhos de investigação, realizados com mulheres

<sup>15</sup> Citados por Callahan *et al.*, *op. cit.*, p. 472.

<sup>16</sup> Citados por Callahan *et al.*, *op. cit.*, p. 474.

histerectomizadas (com/sem ablação dos ovários), sugerem que as variáveis psicossociais são determinantes no comportamento sexual da mulher e génese de disfunções sexuais.

Gomes (1987) considera que os estrogéneos, apesar de não terem um papel muito importante ao nível do desejo sexual, são indispensáveis para a continuação de uma actividade sexual gratificante: a falta da hormona estrogénica, aquando da cessação da função ovárica, produz uma série de alterações urogenitais de natureza trófica, acompanhadas de uma diminuição da lubrificação vaginal, que muitas vezes é responsável pela paragem da actividade sexual, em virtude desta se tornar desagradável ou mesmo dolorosa.

### **Efeitos relacionados com a localização da cirurgia**

Para além das reacções psicológicas inerentes a qualquer tipo de cirurgia oncológica<sup>17</sup>, reacções específicas parecem estar relacionadas com a localização da cirurgia e com alterações funcionais ou perda de função resultantes desta intervenção.

Para Jacobsen e Holland (1990), o tratamento cirúrgico do cancro genital, da face, mama, e cólon suscita reacções emocionais particularmente adversas, em virtude do significado psicológico atribuído à perda (total ou parcial) destes órgãos ou partes do corpo. Problemas específicos com a localização do tumor são intensificados quando a cirurgia provoca uma perda total de função ou uma acentuada deformidade física.

<sup>17</sup> *A antecipação de uma intervenção cirúrgica desencadeia na maior parte dos doentes reacções de medo e ansiedade. Segundo Gottesman e Lewis (1982), embora essas reacções sejam comuns a todo o tipo de cirurgias, a intensidade destas é maior quando há suspeita de cancro ou a operação é realizada para tratamento desta doença (citados por Jacobsen, & Holland, 1990, p. 119).*

*Medos relacionados com a anestesia, dor física e morte (resultante da intervenção cirúrgica ou anestesia geral), bem como receios face à confirmação de diagnóstico de cancro, danificação de partes do corpo ou percas funcionais, são extremamente comuns, sendo considerados «normais». Muitas pessoas experimentam, também, sentimentos de desespero, desamparo e uma intensa revolta, que por vezes são focalizados na equipa técnica, que deverá estar preparada para manejar estas emoções.*

*Contudo, alguns doentes exibem níveis de ansiedade, que excedem os limites «normais», ou outro tipo de dificuldades psíquicas, que se enquadram num quadro psicopatológico prévio, cujos sintomas são exacerbados no decurso do período pré e pós-operatório.*

*Jacobsen e Holland (ibidem) identificam dois conjuntos de determinantes que condicionam a adaptação psicológica do doente à cirurgia oncológica.*

*1) Variáveis médicas: incluem a localização e estágio do tumor; possibilidade de cura pelo tratamento cirúrgico com associação ou não de tratamentos complementares; défices funcionais resultantes da cirurgia; estratégias de reabilitação disponíveis; e informação e suporte emocional por parte do cirurgião e equipa técnica.*

*2) Variáveis relacionadas com o doente, tais como: o significado que este atribui ao diagnóstico de cancro e à cirurgia oncológica; estabilidade emocional para lidar com situações de crise e relação estabelecida com o cirurgião.*

Na mulher, as intervenções cirúrgicas ginecológicas revestem-se de aspectos peculiares, tendo um impacto significativo a diferentes níveis.

Diversos estudos sobre as repercussões da histerectomia e anexectomia no plano psicossocial sugerem que a perda do útero e ovários e, conseqüente, cessação da função reprodutora e ovárica podem ter efeitos negativos ao nível do bem-estar psicológico e somático (ansiedade, depressão, cefaleias, fadiga, insónia, etc.), relacionamento sexual e conjugal, auto-estima, imagem corporal e identidade feminina.

Por outro lado, têm sido identificados alguns factores que parecem estar associados a maiores dificuldades de ajustamento a esta situação: dificuldades sexuais e conjugais prévias, existência de um suporte social precário e antecedentes psiquiátricos. A idade da mulher e paridade constituem, também, possíveis factores de risco: mulheres jovens, particularmente quando não têm filhos, parecem ser mais propensas a sofrer de problemas psíquicos e sexuais, em consequência desta intervenção cirúrgica.

Todavia, grande parte desses trabalhos de investigação foram desenvolvidos com grupos de mulheres com doença benigna ou com patologia mista. Ainda se conhece pouco relativamente ao impacto da histerectomia e anexectomia no tratamento do cancro ginecológico e sobre as variáveis que favorecem o ajustamento psicossocial à doença e tratamento.

Dados empíricos e experimentais sugerem que certos problemas funcionais, decorrentes de intervenções cirúrgicas para tratamento de doenças oncológicas, são valorizados de outra forma pela pessoa. É possível que, face a uma intensa ameaça à vida, o doente racionalize as perdas e os benefícios decorrentes do tratamento cirúrgico (Callahan *et al.*, 1993).

Por exemplo, num estudo realizado com doentes com cancro genital, Vera (1981) constatou que, apesar da exenteração pélvica ter provocado uma profunda disrupção no funcionamento sexual, apenas uma mulher refere que a maior perda se situa a este nível (vide secção anterior).

### **Relacionamento prévio**

Outro aspecto crítico no ajustamento ao cancro é a qualidade prévia do relacionamento sexual e conjugal. A duração da relação parece, também, ser um factor determinante.

Segundo Rowland (1990a), as doenças oncológicas constituem uma ameaça à imagem e integridade corporal da pessoa e afectam a capacidade para suscitar o afecto dos outros, assim como para estabelecer ou manter relações afectivas e sexuais.

Jamison, Wellisch e Pasnau (1978), tendo como referência uma amostra de doentes seus com cancro da mama, constataram que a taxa mais alta de problemas conjugais se situa entre as mulheres jovens.

De um modo geral, as mulheres jovens encontram-se numa fase do seu ciclo de vida em que a capacidade de atracção e fertilidade estão no auge e em que a aprendizagem e desempenho de novos papéis (sexuais, conjugais e, eventualmente, maternais) são tarefas importantes. Consequentemente, o ajustamento ao cancro ginecológico pode ser particularmente complicado para as mulheres jovens.

A diminuição do desejo sexual, esterilidade e outros problemas, decorrentes dos efeitos da doença ou do tratamento do cancro genital, podem provocar uma profunda disrupção nos papéis sexuais e conjugais, particularmente quando o casal não tem filhos. Ansiedade e depressão podem ocorrer, agravando essas dificuldades. Embora esta situação de crise possa reforçar os laços afectivos entre o casal, alguns conjugues colocam seriamente a questão de continuarem a investir numa relação com uma mulher com cancro.

### **Aconselhamento sexual**

O aconselhamento sexual é considerado um dos factores determinantes na prevenção de certas disfunções sexuais em doentes com cancro ginecológico. Apoio e informação nessa área são importantes, particularmente quando as relações sexuais deixam de ser gratificantes para a mulher ou quando os tratamentos oncológicos dão origem a outros problemas sexuais.

Segundo Jacobsen e Holland (1990), em certas situações de cancro genital, é essencial que o cirurgião exponha à doente e seu parceiro os possíveis efeitos negativos da cirurgia no funcionamento sexual da mulher, bem como as opções existentes de tratamento e reabilitação. Essa discussão com o cirurgião poderá contribuir para afastar medos e ideias erradas acerca desta doença e seu tratamento e, consequentemente, prevenir o desenvolvimento de dificuldades psicológicas, relacionadas com problemas sexuais pós-operatórios.

Contudo, em determinados casos, a abordagem dessas questões deverá ser feita numa fase posterior do processo de reabilitação. A informação e apoio pré-operatório deverão, portanto, ser geridos em função não só da natureza e consequências da cirurgia, mas também

do estado emocional da doente, da sua capacidade de compreensão e dos receios e dúvidas que comunica ao cirurgião. Essa questão não é, porém, linear, uma vez que muitas mulheres (ou casais) têm dificuldade em falar com o médico sobre problemas pessoais, particularmente quando envolvem assuntos íntimos como a sua sexualidade.

De salientar o estudo realizado por Vincent *et al.* (1975) <sup>(18)</sup>, no qual as doentes inquiridas referem que durante o acompanhamento médico gostariam de ter um maior aconselhamento na área sexual, mas que hesitam em abordar este tema por iniciativa própria.

Outra questão polémica, que ainda está por resolver, refere-se à formação dos técnicos que fazem aconselhamento sexual; ou seja, qual (ou quais) o(s) elemento(s) da equipa médica mais indicado(s) para promover este apoio.

### **Aspectos psicossociais do cancro genital**

Anderson e colaboradores deram um importante contributo para a compreensão dos aspectos psicossociais do cancro ginecológico e das repercussões da cirurgia ginecológica no funcionamento quer da mulher, quer da sua família.

Esses investigadores estudaram sessenta e cinco doentes com cancro ginecológico, vinte e dois com problemas ginecológicos benignos e sessenta mulheres «saudáveis» (Andersen *et al.*, 1989b). A constituição de um grupo de mulheres com afecções ginecológicas benignas e outro com malignas permitiu avaliar os efeitos da intervenção cirúrgica nestes dois tipos de patologias. Os autores registaram as respostas de ajustamento a essa situação, observadas pouco tempo após o diagnóstico (período pré-operatório), particularmente as reacções de ansiedade e depressão.

Os autores encontraram níveis de ansiedade comparáveis em mulheres submetidas a intervenção cirúrgica por cancro e doença benigna. Anderson *et al.* constataram, ainda, que essas dificuldades emocionais, no decurso do acompanhamento médico, são progressivamente «ultrapassadas» em ambos os grupos. Todavia, as doentes com cancro, após o diagnóstico, apresentam um estado de confusão significativamente maior do que as mulheres com doença benigna ou «saudáveis». O tipo de actividade profissional permanece estável em todos os grupos. Porém, nas mulheres com cancro, o número total de horas de trabalho é reduzido consideravelmente. Mudanças no relacionamento conjugal e perda de companheiro também não ocorrem com maior frequência nesse grupo. Contudo, um maior número de parceiros de

<sup>18</sup> Estudo de Vincent *et al.* citado por Callahan *et al.*, *ibidem*.

mulheres com cancro, durante a vigilância clínica, refere dificuldades sexuais (geralmente disfunção eréctil ou dificuldades ejaculatórias, que muitas vezes surgem associadas a queixas de dispareunia referidas pelas mulheres) (19).

A partir desses resultados, infere-se que alguns problemas de ajustamento psicossocial, associados à cirurgia ginecológica, parecem ser independentes do tipo de doença diagnosticada. Contudo, a cirurgia para tratamento de doenças ginecológicas malignas parece colocar questões específicas quer ao nível do funcionamento psicossocial da mulher, quer do ajustamento psicosexual do casal. Donde se conclui que, apesar da escassez de estudos nesta área da ginecologia oncológica, os resultados de pesquisas sobre o impacto das doenças ginecológicas benignas e seus tratamentos não devem ser generalizados para grupos de mulheres com doenças malignas.

## 5.5. Dor e Cancro

Provavelmente, um dos mais receados sintomas associados ao cancro é a dor. Para muitas pessoas, os termos cancro e dor são praticamente sinónimos. Todavia, diversos factos põem em causa essa crença.

<sup>19</sup> *A dispareunia caracteriza-se por um coito difícil e doloroso. É um problema complexo, pois estão implicados factores orgânicos e psicossociais.*

*Para alguns autores trata-se de um quadro clínico bem individualizado, enquanto que para outros é apenas um sintoma que poderá ter múltiplas etiologias. Por exemplo, existem casos de dispareunia que têm um suporte orgânico identificável e situações em que a causa física foi resolvida, no entanto as queixas de dispareunia persistem. Donde se conclui que a dispareunia, embora não seja propriamente uma disfunção sexual, poderá afectar a resposta sexual da mulher, com possíveis repercussões no ajustamento sexual do casal.*

*Este problema é bastante comum nas mulheres. Em doentes com cancro genital, poderá resultar de sequelas físicas decorrentes dos efeitos da radioterapia ou de procedimentos cirúrgicos. Por exemplo, situações de dispareunia pós-cirúrgica ginecológica poderão estar associadas a um processo de cicatrização defeituoso do tecido da vagina ou a alterações tróficas, devidas a anexectomia bilateral.*

Obviamente que o estágio e tipo de cancro são determinantes na probabilidade de ocorrência da dor e na intensidade desta. Porém, a dor não está sempre presente nos estádios avançados da doença e raramente surge nas suas fases iniciais.

De acordo com uma revisão bibliográfica realizada por Bonica (1979) <sup>(20)</sup>, apenas um terço dos doentes oncológicos «sentem» dores moderadas a severas durante os estádios intermédios da doença. Além disso, é frequente as pessoas com cancro terem medo de morrer com dor, mas poucas «experimentam» dores severas, e em muitos casos uma medicação mínima parece ser eficaz no alívio da dor. Relativamente ao cancro ginecológico, Foley (1979) <sup>(21)</sup> refere que enquanto 75% das mulheres com neoplasias urogenitais relatam dor, unicamente 52% das doentes com cancro da mama parecem sentir dor.

Vários estudos sugerem a existência de uma discrepância entre a intensidade da dor expressa e a extensão do tecido danificado. Segundo Toomey *et al.* (1977) <sup>(22)</sup>, 30 a 50% dos pacientes num estágio terminal de cancro não referem dor, embora através das autópsias não tenham sido encontradas diferenças na extensão do tecido danificado entre doentes que «sentiram» dor e os que não «sentiram». Factores bioquímicos ou variações nas experiências das pessoas relativamente ao modo como aprendem a expressar a dor (ou uma combinação de ambos) poderão explicar essas diferenças. Por sua vez, no estudo de Byron e Yonemoto (1975) <sup>(23)</sup>, 77% dos doentes com cancro numa fase avançada referem quatro horas (ou mais) de total supressão da dor com medicação placebo.

Face aos efeitos positivos da terapia placebo e à variedade de respostas de dor entre pacientes com alterações semelhantes dos tecidos, infere-se que a dor oncológica não é um fenómeno estritamente físico: dimensões físicas e psicossociais (numa interacção complexa) parecem estar implicadas.

### **Factores psicossociais**

A percepção da dor e o comportamento das pessoas face a situações de dor crónica são influenciados por múltiplos factores. Variáveis como: duração da doença; aceitação cultural e étnica de comportamentos de dor; consequências da dor (Fordyce, 1976) <sup>(24)</sup>; ambiguidade e

<sup>20</sup> Estudo de Bonica citado por Callahan *et al.*, *op. cit.*, p. 474.

<sup>21</sup> Estudo de Foley citado por Callahan *et al.*, *ibidem*.

<sup>22</sup> Estudo de Toomey *et al.* citado por Callahan *et al.*, *op. cit.*, p. 475.

<sup>23</sup> Estudo de Byron e Yonemoto citado por Callahan *et al.*, *ibidem*.

<sup>24</sup> Citado por Callahan *et al.*, *ibidem*.

expectativas em relação à dor; e ansiedade e depressão (Callahan *et al.*, 1993) parecem afectar a percepção da dor e sua expressão.

No caso das doenças oncológicas, a dor assume um significado particular. Por exemplo, a percepção da dor é muitas vezes associada ao agravamento ou reincidência da doença, reactivando expectativas e receios variados tais como: o medo da morte iminente; de alterações corporais; de perder pessoas significativas; de mudanças nas relações interpessoais; de problemas profissionais e económicos. Todos esses receios e expectativas podem aumentar a ansiedade e depressão que, por sua vez, reforçam a dor (vide 5.3.).

### **Intervenções médicas e psicológicas**

A medicação analgésica constitui a estratégia mais comumente utilizada no tratamento sintomático da dor oncológica, tendo um papel determinante no alívio do desconforto físico e psicológico, bem como na redução da ansiedade e medo que acompanham a dor.

A dor para o doente tem muitas vezes um significado ambíguo ou é interpretada como «algo que vai mal». O seu curso imprevisível aumenta a ansiedade, o medo e a sensação de perda de controlo. Quer a dor, quer as respostas emocionais que a acompanham têm um efeito debilitador, podendo ser dissipadas por um uso apropriado de medicação analgésica.

Embora a sua eficácia seja considerável, os riscos e benefícios desta terapêutica devem ser considerados. As intervenções com analgésicos narcóticos produzem efeitos secundários indesejáveis, tais como sonolência e decréscimo da actividade geral. Além disso, a sua prescrição prolongada pode provocar habituação.

Face ao risco inerente à maioria dos tratamentos médicos no alívio da dor oncológica e às potencialidades reveladas pelas intervenções psicológicas que parecem comportar um risco mínimo, estas últimas deveriam ser consideradas pelos técnicos de saúde como uma opção terapêutica válida (alternativa ou complementar) <sup>(25)</sup>.

Contudo, a utilização de estratégias psicológicas específicas na gestão da dor é pouco representativa. Isso é surpreendente, dados os efeitos positivos da terapia placebo, os relatos diferenciados sobre a dor entre pacientes com danificações comparáveis de tecidos, e a frequência de efeitos adversos que acompanham a medicação e certos procedimentos médicos.

<sup>25</sup> *Existem inúmeras estratégias psicológicas para lidar com a dor oncológica, entre as quais se destacam as técnicas de relaxamento e as intervenções psicoterapêuticas, que têm como principal objectivo estimular/potenciar a actividade e competências da pessoa com cancro.*

Além disso, deve ter-se presente que as intervenções orientadas organicamente não produzem efeitos com todos os pacientes com dor crónica: um procedimento para eliminar a dor pode ser eficaz com certos indivíduos, mas falhar com outros.

A gestão da dor oncológica deverá incidir em várias componentes: as intervenções psicológicas podem ser adjuvantes de intervenções físicas ou enquadradas no contexto de um programa psicossocial mais alargado. Embora essa abordagem pressuponha a realização de uma série de intervenções potenciais, é provável que uma aproximação multifacetada melhore a eficácia dos resultados (vide Apêndice A5).

## 5.6. Qualidade de Vida de Mulheres com Cancro Genital

Tanto os técnicos de saúde como o público tendem a assumir que as pessoas com cancro têm uma qualidade de vida «mais pobre» do que a população em geral.

Numa revisão bibliográfica, de Haes e van Knippenberg (1985) concluem que os resultados de vários trabalhos sugerem que as doenças oncológicas podem afectar menos a qualidade de vida dos doentes do que geralmente se pensa (vide 5.6.1.). Será que essas conclusões se aplicam a mulheres com cancro ginecológico, que fizeram cirurgias ou outros tratamentos médicos susceptíveis de provocar alterações corporais importantes (como no caso das colostomias)<sup>(26)</sup> ou perda de funções, com eventuais repercussões ao nível da sexualidade, imagem corporal, e bem-estar físico, psicológico e social?

Brown, Haddox, Posada e Rubio (1972), num estudo com quinze mulheres com cancro ginecológico que foram submetidas a exenteração pélvica, concluem que - apesar da existência de alguns problemas relacionados essencialmente com a sexualidade e a colostomia - as mulheres parecem ter-se adaptado relativamente bem a esta situação quer do ponto de vista psicológico, quer social.

<sup>26</sup> Em oncologia, os procedimentos de colostomia são realizados essencialmente no tratamento do cancro do cólon e recto. Essa intervenção resulta numa perda da função de eliminação das fezes, que é substituída por um processo de eliminação através de um orifício construído cirurgicamente.

Também, num estudo realizado por Vera (1981) com dezanove mulheres, submetidas a um tratamento idêntico, as pacientes referiram que a sua qualidade de vida melhorou desde a intervenção cirúrgica e que estavam optimistas em relação ao futuro. Porém, comentaram que se sentiram deprimidas após a cirurgia e evidenciaram uma reabilitação ocupacional pobre e acentuadas dificuldades no plano sexual (vide 5.4.).

Roberts, Rossetti, Cone e Cavanagh (1992) estudaram trinta e duas mulheres com neoplasias genitais, que tinham sido submetidas a diferentes tratamentos cirúrgicos, num período de um a nove anos ( $x = 3$  anos), e na altura do estudo estavam «livres» de cancro: dezassete fizeram uma vulvectomia, oito uma histerectomia total e sete uma exenteração pélvica. A idade das pacientes situava-se entre os trinta e três e os oitenta e sete anos ( $x = 62,4$  anos), dezasseis eram casadas e cinco trabalhavam fora de casa.

Um dos objectivos da pesquisa de Roberts *et al.* (1992) foi a obtenção de dados objectivos sobre a qualidade de vida e bem-estar psicológico das pacientes com recurso a técnicas de avaliação auto-administradas: o Global Severity Index (S.C.L.-90-R) e o Functional Living Index-Cancer (F.L.I.C.). Os questionários foram passados no final de uma entrevista semi-estruturada com as doentes, na qual foram colocadas várias questões referentes ao modo como reagiram e se adaptaram à doença e cirurgia, e sobre as estratégias de «coping» que usaram para lidar com estas situações.

O S.C.L.-90-R. (Derogatis, 1983) <sup>(27)</sup> é composto por noventa itens, agrupados em nove subescalas, que avaliam vários indicadores de «distress» psicológico em pacientes do foro médico: ansiedade fóbica; somatização; depressão; ansiedade; reacções obsessivo-compulsivas; sensibilidade interpessoal; hostilidade; ideação paranóide e psicoticismo. O instrumento inclui, também, o G.S.I., que constitui um dos melhores indicadores singulares de «distress» psicológico. O resultado padronizado  $T$  (estabelecido com uma amostra de mulheres saudáveis) é de 50, um resultado de 60 representa um desvio padrão de afastamento da média, e apenas 16 % das mulheres saudáveis deverão obter um resultado idêntico ou superior a este (Derogatis, 1983).

O F.L.I.C. (Schipper, Clinch, McMurray & Levitt, 1984) avalia a qualidade de vida de diferentes grupos de cancro (vide 4.8.3.). É constituído por vinte e dois itens e integra os seguintes conceitos: saúde física; funcionamento social; capacidade de desempenho das actividades do dia-a-dia e bem-estar psicológico. Os resultados do F.L.I.C. distribuem-se numa

<sup>27</sup> Citado por Roberts *et al.*, 1992, p. 101.

escala de 22 a 154 pontos (desde uma qualidade de vida «muito pobre» até uma «altamente satisfatória»).

### **Dados da entrevista**

Em resposta às questões colocadas acerca das mudanças que ocorreram na vida das pacientes, como resultado da doença e do tratamento, quinze mulheres referiram um decréscimo da actividade física, dez disseram que se sentiram menos femininas e com uma menor auto-estima e confiança em si próprias, e seis mencionaram dificuldades sexuais. Algumas pacientes referiram, ainda, as seguintes mudanças: medo de viajar, contactos sociais reduzidos e alterações hormonais. Paralelamente às repercussões negativas desses acontecimentos, muitas mulheres mencionaram aspectos positivos, como por exemplo: reforço dos laços afectivos com a família e os amigos, e reestruturações satisfatórias nos objectivos e perspectivas pessoais.

Quando se perguntou às pacientes se tinham recebido tratamento devido a depressão ou outros problemas emocionais, quatro responderam que procuraram tratamento após a cirurgia, três disseram que se sentiram tristes depois da operação, mas que não procuraram apoio terapêutico, e uma paciente comentou que recebeu tratamento antes do diagnóstico de cancro.

À questão relativa aos mecanismos de «coping» que usaram para lidar com a doença e o tratamento, onze pacientes referiram estratégias tais como manterem-se ocupadas ou tentarem esquecer estes problemas, seis disseram que a fé espiritual foi importante, e cinco sublinharam o papel dos amigos e de grupos de apoio. Outras estratégias de «coping» incluíram aceitar a situação, obter informação e manter uma atitude positiva.

### **Resultados do F.L.I.C. e do S.C.L.-90-R.**

O resultado médio do F.L.I.C., obtido pelas trinta e duas pacientes com «cancro genital» que fizeram cirurgias ginecológicas, foi de 124 (amplitude total: 80 - 151); ou seja, é superior ao resultado médio de 117 obtido por doentes oncológicos em vigilância médica, mas não em tratamento activo (Schipper *et al.*, 1984). Essa pontuação é, também, superior ao resultado médio de 107 obtido por quarenta pacientes com cancro dos pulmões, muitos dos quais eram doentes terminais (Ganz, Haskell, Figlin, LaSota & Siau, 1988) <sup>(28)</sup>, e superior ao resultado

<sup>28</sup> Estudo de Ganz *et al.* citado por Roberts *et al.*, *op. cit.*, p. 105.

médio de 114 obtido por cinquenta e três pessoas com vários tipos de cancro, em tratamento de quimioterapia (Hagle, 1990) (29).

Os resultados médios do S.C.L.-90-R. e do G.S.I., obtidos pelas pacientes estudadas por Roberts *et al.*, situam-se entre 57 e 63; isto é, estão ao nível (ou abaixo) de um desvio padrão acima da média, sendo os valores médios mais elevados registados nas cinco subescalas (Somatização, Obsessivo-Compulsiva, Depressão, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo) e no G.S.I. Esses valores são comparáveis ao obtidos por cem mulheres com «cancro da mama», que tinham sido submetidas a uma intervenção cirúrgica há seis meses (Roberts *et al.*, 1991), embora as pacientes com «cancro genital», que fizeram cirurgias ginecológicas, tenham tido resultados ligeiramente mais elevados (30).

No estudo com pacientes com «cancro genital», Roberts *et al.* encontraram uma forte correlação negativa ( $r = - 0,64$ ) entre idade e «distress» psicológico. Ou seja, de um modo genérico, as mulheres mais jovens manifestaram maiores dificuldades emocionais do que as mais idosas, em consequência da doença e do tratamento. Todavia, a relação encontrada entre idade e sintomas psicológicos não é significativamente influenciada pelo tipo de cirurgia ginecológica: mulheres jovens que fizeram uma histerectomia sem modificações na sua genitalia externa evidenciaram, sensivelmente, o mesmo grau de «distress» do que mulheres igualmente jovens que sofreram uma cirurgia mais extensiva.

### **Conclusões e discussão dos resultados**

Os resultados do estudo de Roberts *et al.* (1992), com medidas standardizadas de qualidade de vida e bem-estar psicológico, apoiam as conclusões de trabalhos anteriores, nos quais mulheres com «cancro genital» que sofreram cirurgias ginecológicas relatam uma qualidade de vida satisfatória e um ajustamento psicológico relativamente bom (Brown *et al.*, 1972; Vera, 1981).

Face aos resultados obtidos, Roberts *et al.* concluem que, apesar de ser necessário fazer alguns reajustamentos (que traduzem movimentos reactivos/adaptativos à doença e tratamento), as cirurgias ginecológicas para tratamento do cancro genital não estão

<sup>29</sup> Estudo de Hagle citado por Roberts *et al.*, *ibidem*.

<sup>30</sup> Segundo Roberts *et al.* (1992), é muito provável que as diferenças observadas entre os resultados dos grupos de doentes com cancro genital e cancro da mama derivem de erros amostragem e, por isso, não tenham outro significado (estudo citado por Roberts *et al.*, 1992, p. 105).

necessariamente associadas a distúrbios psíquicos graves, nem a uma qualidade de vida «precária».

As respostas das pacientes com cancro genital foram semelhantes às de doentes com outros tipos de cancro, os quais geralmente relatam que a qualidade das suas vidas é relativamente boa.

Os resultados sugerem, ainda, que o risco de ocorrência de distúrbios emocionais, em consequência desses acontecimentos, parece ser mais elevado em mulheres jovens. De um modo genérico, as mulheres jovens parecem ter maiores dificuldades em lidar com problemas sexuais (vide 5.4.). Todavia, os estudos realizados com doentes com cancro genital têm amostras pequenas, o que dificulta a compreensão do impacto da doença e seu tratamento na qualidade de vida e bem-estar psicológico das mulheres, em função do grupo etário.

# 6

---

## Método

### 6.1. Delineamento e Limitações do Estudo

Tendo como referência a classificação de Campbell e Stanley (1979), definimos esta pesquisa como pré-experimental. Todavia, este estudo apresenta algumas particularidades, o que dificulta a sua integração numa categoria única.

Após reflexão dos objectivos deste estudo, metodologia utilizada e questões que comprometem a sua validade, consideramos que este estudo segue um modelo pré-experimental e combina aspectos do delineamento tipo 1 e tipo 3 (Campbell & Stanley, 1979).

#### **- Delineamento pré-experimental tipo 1: estudo de um único caso sem grupo de controlo**

O objectivo principal deste trabalho é estudar aspectos de qualidade de vida em um grupo de mulheres submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário (grupo A), tendo sido utilizado como instrumento de avaliação o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84). Trata-se de um estudo transversal com carácter exploratório, que procura conhecer e compreender a influência desses acontecimentos na qualidade de vida das mulheres.

Ou seja, é observado um grupo de doentes (grupo A), apenas uma vez, sem grupo controlo, a seguir a ocorrência de cancro genital e tratamento cirúrgico.

O diagrama deste estudo é o seguinte:

$X$        $O_A$

onde  $X$  representa a situação de doença e tratamento, vivida pelo grupo A; e  $O_A$  refere-se ao processo de observação/avaliação dos possíveis efeitos destes acontecimentos na qualidade de vida do grupo A.

As inferências feitas com base nos dados obtidos baseiam-se na suposição de que esses acontecimentos afectam a qualidade de vida das mulheres e repercutem em diferentes dimensões desta. Porém, como não existem referências adequadas para comparação de alguns resultados do F.-84, não é possível avaliar os efeitos desses acontecimentos em certos parâmetros de qualidade de vida estudados.

A utilização de dados «normativos», provenientes de estudos de qualidade de vida realizados com grupos representativos de populações em geral, não permite testar a hipótese de que existem diferenças significativas entre os resultados do grupo A e de grupos de referência «padrão», uma vez que possíveis diferenças nas distribuições de resultados podem ser explicadas por múltiplos factores que não  $X$  (tipo de instrumentos utilizados, dimensões de qualidade de vida estudadas, população de origem, etc.).

### **- Delineamento pré-experimental tipo 3: comparação de «grupo estático»**

A constituição de um grupo de mulheres «sem doença», que não foram sujeitas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica (grupo B), e a avaliação do seu estado de saúde através do Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36) introduzem referências na análise e interpretação dos resultados das escalas do S.F.-36, incluídas no F.-84.

Temos um grupo de mulheres que fez cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital (grupo A), que é comparado com um grupo de mulheres não sujeito a estes acontecimentos (grupo B), com o objectivo de estimar os efeitos destas situações em diferentes dimensões de saúde, avaliadas através de uma medida de saúde multidimensional (S.F.-36).

Em termos esquemáticos, o delineamento é o seguinte:

$$\frac{X \quad O_A}{O_B}$$

onde  $X$  representa a situação de doença e tratamento, vivida pelo grupo A;  $O_A$  e  $O_B$  referem-se ao processo de observação/avaliação dos grupos A e B, respectivamente.

Dado que este estudo segue um delineamento que assegura um controlo restrito de factores, que rivalizam com a hipótese de que as cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital têm efeitos sobre diferentes dimensões de saúde, formulámos uma hipótese muito genérica que iremos testar:

- O grupo de mulheres sujeitas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário terá resultados significativamente diferentes no Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36) comparativamente ao grupo de mulheres «sem doença» e que não foram sujeitas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica.

Essa hipótese foi formulada em termos operacionais e foi testada para cada uma das escalas do S.F.-36.

Por exemplo, relativamente à escala de funcionamento físico, a hipótese nula ( $H_0$ ) seria:  $u_A = u_B$ , isto é, não existem diferenças significativas entre as médias dos grupos A e B na escala de funcionamento físico. A hipótese alternativa ( $H_1$ ) seria:  $u_A \neq u_B$ . Se os dados permitirem rejeitar  $H_0$ , então conclui-se que existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos na escala de funcionamento físico. Nesse caso, os dados obtidos apoiariam  $H_1$ , bem como o pressuposto (em que se apoia a hipótese de pesquisa) de que aqueles acontecimentos repercutem em diferentes aspectos de saúde. Todavia, inferências desse tipo devem ser feitas com precaução.

Neste estudo, não existem meios formais para averiguar se os grupos teriam sido equivalentes, caso aqueles acontecimentos não tivessem ocorrido. Se os grupos A e B diferem, essa diferença poderia ser consequência da selecção de sujeitos para cada um dos grupos formados; ou seja, os grupos poderiam apresentar diferenças no estado de saúde, ainda que  $X$  não tivesse ocorrido. O não controlo do factor selecção de grupos poderá, por conseguinte, condicionar significativamente os resultados.

O emparelhamento de características em ambos os grupos, que não  $X$ , (idade, nível sócio-económico, etc.) permite controlar algumas variáveis que poderiam explicar possíveis

diferenças na distribuição dos resultados. Porém, o emparelhamento de grupos é uma prática com inúmeras limitações, dado que nunca se controla completamente este tipo de variáveis (variáveis independentes potenciais ou parasitas).

Outro factor que poderá condicionar os dados obtidos é a mortalidade experimental. Embora o grupo de pessoas submetidas a cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital (que foi convocado para o estudo) possa ter características de saúde idênticas às do grupo de pessoas não sujeitas a estes acontecimentos, poderá haver uma produção de diferenças de resultados entre os dois grupos devido a uma perda diferencial de sujeitos do grupo A (<sup>1</sup>).

Apesar dos delineamentos experimentais ou semi-experimentais possibilitarem um maior controlo de variáveis que comprometem a validade das pesquisas, nem sempre é possível utilizar estes modelos de pesquisa no campo da saúde. É o que acontece frequentemente em estudos de qualidade de vida (relacionada com a saúde).

No sistema de saúde, o uso de medidas auto-relatadas de saúde ou qualidade de vida não é uma prática corrente. Desse modo, dificilmente existem dados disponíveis que permitam comparações entre o estado de saúde ou os níveis de qualidade de vida estimados pelo indivíduo no passado e depois da ocorrência de doença e de intervenções médicas. Por outro lado, os questionários de qualidade de vida (relacionada com a saúde) geralmente incluem itens que avaliam efeitos de doenças (ou tratamentos específicos) na saúde ou em outras dimensões de qualidade de vida. Logo, muitos instrumentos são específicos para grupos de doenças ou destinam-se a populações com doença, o que impossibilita a constituição de grupos de controlo («sem doença») para comparações de resultados. Além disso, na área da saúde, por questões deontológicas, nem sempre é legítima a manipulação de variáveis independentes de forma a observar os seus efeitos em outras variáveis (variáveis dependentes). Essa restrição aplica-se a estudos desta natureza: não se submete pessoas a factores geradores de doença ou a intervenções médicas para estimar os efeitos no seu estado de saúde ou em outras dimensões de qualidade de vida.

<sup>1</sup> *A mortalidade experimental no grupo A foi elevada: dos oitenta e dois casos seleccionados, compareceram à entrevista quarenta e três pacientes. Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar esta situação: mudança de residência; não disponibilidade para participar no estudo; morte ou estado avançado da doença. De referir, ainda, que algumas utentes após os tratamentos oncológicos não comparecem mais ao hospital para vigilância da doença, outras optam por um acompanhamento clínico em consulta privada.*

## 6.2. Sujeitos

A amostra é constituída por sessenta mulheres com idades compreendidas entre os vinte e quatro e os setenta e cinco anos, dividida em dois grupos.

- Grupo A: trinta mulheres com diagnóstico de cancro do útero ou ovário que foram submetidas a histerectomia total e/ou anexectomia, num período de tempo superior a três meses e inferior a dois anos.
- Grupo B: trinta mulheres «sem doença», com características demográficas «comparáveis» às do grupo A, e que não foram sujeitas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica.

Parte da amostra foi seleccionada entre a população utente do serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António. A restante amostra foi recolhida no Centro Paroquial de Paço d'Arcos.

### 6.2.1. Selecção e Caracterização da Amostra

#### **Selecção dos sujeitos**

A selecção da amostra utilizada neste estudo, bem como a definição de critérios para a constituição desta, foi realizada com a colaboração de médicos da consulta de ginecologia do Hospital Geral de Santo António.

Primeiro foi recolhida a amostra A. Para isso, fez-se uma triagem de casos com recurso aos meios informáticos disponíveis no hospital, o que permitiu identificar oitenta e dois processos clínicos. A selecção final dos sujeitos foi feita através da análise dos processos e de informações colhidas no contexto de uma entrevista pessoal, na qual foi passado o Questionário de Qualidade de Vida (F.-84). As doentes foram convocadas para este estudo através de um cartão postal, enviado pelos serviços administrativos do hospital, no qual estava referido o dia e hora em que deveriam comparecer ao serviço de ginecologia.

Posteriormente, foi colhida a amostra B. Parte dos sujeitos foram seleccionados entre as utentes da consulta de planeamento familiar do serviço de ginecologia deste hospital. A primeira triagem foi realizada pelos médicos no decurso das consultas. A selecção final dos

sujeitos foi feita a partir dos dados obtidos na entrevista de pesquisa e nos processos clínicos. Para que os dois grupos sejam similares em termos da variável nível etário, incluiu-se na amostra B mulheres em idade não fértil, seleccionadas entre a população que frequenta o Centro Paroquial de Paço d'Arcos (2).

Os contextos em que a amostra foi recolhida asseguram uma certa equivalência entre os dois grupos no que se refere a determinadas características demográficas, que poderão condicionar os resultados (vide características demográficas).

### **Crítérios de selecção**

Os critérios de selecção do grupo A foram os seguintes: a) diagnóstico de cancro do ovário ou útero (colo ou corpo uterino); b) conhecimento da doença; c) realização de uma histerectomia total e/ou anexectomia num período de tempo superior a três meses e inferior a dois anos; d) ausência de quadro de neoplasia disseminada com expressão clínica; e) inexistência de outras doenças (não controladas); f) sem antecedentes psiquiátricos conhecidos nem deficiência intelectual manifesta; g) disponibilidade e consentimento informado para participar no estudo.

Estabeleceu-se um limite mínimo de três meses para inclusão dos sujeitos na investigação, dado que o objectivo deste trabalho não é estudar o período pós-operatório. Esse tempo é importante no processo de cicatrização dos tecidos cutâneos e de convalescença das pacientes. Por outro lado, definiu-se um limite máximo de dois anos, porque este período de tempo é considerado, por vários autores, crítico no processo de adaptação ao cancro e seu tratamento.

Não se definiu como critério de selecção a ausência de outras doenças além de cancro do útero ou ovário, dado que parece existir uma associação entre o aumento da incidência destas duas formas de neoplasia e a existência de certas patologias (tais como: hipertensão arterial, diabetes e infecções pelvi-genitais) (vide Capítulo 2). Além disso, a incidência de doenças

<sup>2</sup> *Dados clínicos e experimentais indicam que a variável idade influencia o estado de saúde das pessoas, podendo repercutir em várias dimensões de saúde. Ware et al. (1993) no Capítulo 10 do Manual do S.F.-36 apresentam normas para interpretação deste questionário para a população dos Estados Unidos, definidas para sete grupos etários. A comparação de resultados mostra que o estado de saúde, particularmente a componente de saúde física está relacionada com a idade. Por exemplo, a média do grupo 18-24 anos é 92,13 na escala de funcionamento físico, enquanto que a do grupo de 75 anos em diante é muito inferior, 53,20 (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993, pp. 10:15 e 10:17).*

*Em função desses dados, procurou-se que o processo de selecção de sujeitos para os grupos A e B assegurasse uma equivalência entre as duas amostras estudadas relativamente à variável idade.*

reumáticas, da coluna e do sistema vascular é extremamente elevada na população portuguesa. Em função disso, foram incluídos neste estudo sujeitos com outras afecções, com a condição das doenças estarem controladas do ponto de vista clínico e de permitirem às pessoas fazerem a sua vida diária em condições idênticas ou próximas às da maioria das pessoas.

Relativamente ao grupo B - para além dos critérios de selecção e) f) e g) - foram considerados os seguintes parâmetros: mulheres sem diagnóstico de cancro, não sujeitas a cirurgias ginecológicas e com características demográficas «comparáveis» às do grupo A.

Os principais problemas de saúde, apresentados pelo grupo B, incluem doenças reumáticas, da coluna e do sistema vascular (reumatismo, espondilose e «varizes»). Esse tipo de queixas foram, também, frequentes no grupo A.

### **Características clínicas do grupo A**

O grupo A é constituído por trinta mulheres com diagnóstico de cancro do útero ou ovário, que fizeram tratamentos oncológicos no Hospital Geral de Santo António. Todas as doentes tinham sido submetidas a cirurgias ginecológicas num período de tempo superior a três meses e inferior a dois anos (média = 11,9 meses; desvio padrão = 5,8 meses), tendo sido informadas dos motivos e objectivos desta intervenção. Vinte e nove pacientes realizaram uma histerectomia total e uma fez uma anexectomia direita. Em dezanove casos a histerectomia foi associada a uma anexectomia bilateral e em três a uma anexectomia unilateral. Seis doentes fizeram radioterapia, três quimioterapia e a generalidade das pacientes com carcinoma do corpo uterino fez hormonoterapia. Um número considerável de mulheres, na altura da entrevista, não apresentava manifestações clínicas específicas da doença e a sintomatologia era menos expressiva nas doentes com sintomas residuais.

Nas tabelas de frequência que se seguem (vide Quadros 10-13) estão resumidos os dados clínicos dos sujeitos do grupo A.

No Apêndice A.6. é apresentada uma síntese das características clínicas do grupo A (vide Tabela 1).

#### **Quadro 10 - Diagnóstico clínico dos sujeitos do grupo A.**

Diagnóstico Clínico	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Carcinoma do ovário	6	20
Carcinoma do útero	24	80

O Quadro 10 indica que seis doentes (20%) apresentavam diagnóstico de carcinoma do ovário e vinte e quatro doentes (80%) do útero.

**Quadro 11 - Tipo de tratamento cirúrgico realizado.**

Tratamento Cirúrgico	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Anexectomia (unilateral)	1	3,3
Histerectomia total	29	96,7
Histerectomia total s/anexectomia	7	23,3
Histerectomia total c/ anexectomia unilateral	3	10
Histerectomia total c/ anexectomia bilateral	19	63,3

Vinte e nove pacientes (96,7%) realizaram uma histerectomia total e uma doente (3,3%) fez uma anexectomia unilateral sem histerectomia. Em dezanove casos (63,3%) a histerectomia foi associada a uma anexectomia bilateral, em três (10%) a uma anexectomia unilateral e em sete casos (23,3%) esta cirurgia não foi acompanhada de uma anexectomia.

**Quadro 12 - Tratamentos oncológicos (complementares).**

Tratamentos Complementares	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Radioterapia	6	20
Quimioterapia	3	10

Nove doentes (30%) realizaram tratamentos adjuvantes: seis (20%) fizeram radioterapia e três (10%) quimioterapia.

**Quadro 13 - Intervalo de tempo entre a cirurgia e a entrevista.**

$\Delta T =$ Tempo Cirurgia/Entrevista (em meses)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0 - 6	6	6	20	20
7 - 12	11	17	36,7	56,7
13 - 18	8	25	26,7	83,3
19 - 24	5	30	16,7	100

Média = 11,9 meses.

Desvio padrão = 5,8 meses.

No Quadro 13 estão definidas quatro classes, que representam diferentes intervalos de tempo entre a cirurgia e a entrevista. Seis mulheres (20%) tinham sido operadas num período de tempo compreendido entre três e seis meses, onze (36,7%) entre sete e doze meses, oito (26,7%) entre treze e dezoito meses, e cinco (16,7%) entre dezanove e vinte e quatro meses. Na generalidade dos casos (83,3%) esse período de tempo foi igual ou inferior a 18 meses (3-18 meses).

### Características demográficas do grupo A

A maior parte das mulheres tinham filhos e eram casadas ou estavam a viver maritalmente, sendo as suas idades compreendidas entre os vinte e quatro e os setenta e quatro anos (média = 51,1 anos e desvio padrão = 12,8 anos). Dezasseis exerciam uma actividade profissional fora de casa (com redução do número de horas de trabalho em três casos) e duas no domicílio, seis estavam reformadas, cinco com baixa médica e apenas uma era doméstica. Vinte e sete doentes tinham uma escolaridade igual ou inferior a seis anos e as suas actividades profissionais, de um modo geral, reflectiam um baixo nível de instrução e de formação profissional. Em termos do grupo sócio-profissional e do nível de habilitações literárias, o grupo A caracteriza-se por uma certa homogeneidade, situando-se a maior parte das doentes nos grupos baixo ou médio baixo.

Nas tabelas de frequência que se seguem (vide Quadros 14-19) estão resumidos os dados demográficos dos sujeitos do grupo A.

No Apêndice 6 é apresentada uma síntese das características demográficas do grupo A (vide Tabela 2).

#### Quadro 14 - Distribuição dos sujeitos por grupos etários.

Grupo Etário (anos)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
15 - 24	1	1	3,3	3,3
25 - 34	1	2	3,3	6,7
35 - 44	7	9	23,3	30
45 - 54	11	20	36,7	66,7
55 - 64	5	25	16,7	83,3
65 - 74	5	30	16,7	100

Média = 51,1 anos.

Desvio padrão = 12,8 anos.

A partir do Quadro 14 constata-se que a amplitude de idades dos sujeitos é grande ( $c = 74 - 24 = 50$  anos, sendo a média = 51,1 anos e o desvio padrão = 12,8 anos). Uma pessoa (3,3%) situa-se no grupo etário dos 15-24 anos, outra (3,3%) no grupo dos 25-34 anos, sete (23,3%) no grupo dos 35-44 anos, onze (36,7%) no grupo dos 45-54 anos, cinco (16,7%) no grupo dos 55-64 anos e cinco (16,7%) no grupo dos 65-74 anos.

**Quadro 15 - Anos de escolaridade.**

Escolaridade (anos)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0	1	1	3,3	3,3
1 - 3	13	14	43,3	46,7
4 - 6	14	28	46,7	93,3
7 - 9	0	28	0	93,3
10 - 12	2	30	6,7	100
> 12	0	30	0	100

Média = 4 anos.

Desvio padrão = 2 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se que a generalidade dos sujeitos (93,3%) tinha uma escolaridade igual ou inferior a seis anos. Um sujeito (3,3%) era analfabeto, treze sujeitos (43,3%) tinham um a três anos de escolaridade, catorze (46,7%) quatro a seis anos e dois sujeitos (6,7%) tinham dez a doze anos de escolaridade.

**Quadro 16 - Estado civil.**

Estado Civil	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Solteira	2	6,7
Casada/coabita	20	66,7
Divorciada/separada	3	10
Viúva	5	16,7

A partir do Quadro 16 observamos que a maior parte das mulheres (66,7%) eram casadas ou estavam a viver em situação marital, duas (6,7%) eram solteiras, três (10%) divorciadas/separadas e cinco mulheres (16,7%) eram viúvas.

**Quadro 17 - Número de filhos (paridade).**

Número de Filhos	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0	4	4	13,3	13,3
1 - 3	18	22	60	73,3
4 - 6	5	27	16,6	90
7 - 9	3	30	10	100
10 - 12	0	30	0	100

Quase todas as mulheres (86,7%) tinham filhos: dezoito (60%) tinham um a três filhos; cinco (16,6%) quatro a seis; três (10%) sete a nove; e quatro mulheres (13,3%) não tinham nenhum filho.

**Quadro 18 - Situação profissional.**

Situação Profissional	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Activa	18	60
Baixa médica	5	16,7
Desempregada	0	0
Reformada	6	20

Doméstica: 1 (3,3%).

Com redução da actividade profissional: 3 (10%).

Com actividade profissional (domicílio): 2 (6,7%).

Com actividade profissional (exterior): 16 (53,3%).

Dezoito mulheres (60%) estavam activas profissionalmente, com redução da actividade profissional em três casos (10%), cinco mulheres (16,7%) estavam com baixa médica, seis (20%) eram reformadas e uma mulher (3,3%) era doméstica.

**Quadro 19 - Profissões dos sujeitos e agrupamento das profissões por grupos profissionais, em função da formação exigida e tipo de trabalho realizado.**

N = 29 profissões

Profissão/Frequência	Grande Grupo (C.N.P.-94)	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Secretária: 2	4 - Pessoal administrativo e similares	4	13,8
Escriturária: 1			
Caixa de comércio: 1			
Vigilante de crianças: 2	5 - Pessoal dos serviços e vendedores	4	13,8
Esteticista - visagista: 1			
Demonstradora: 1			
Trabalhadora rural: 4	6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	4	13,8
Padeira, em geral: 2	7 - Operários, artífices e trabalhadores similares	4	13,8
Costureira: 2			
Operadora de máquinas - ferramentas, em geral - trabalho em série dos metais: 3	8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens	3	10,3
Empregada doméstica: 4	9 - Trabalhadores não qualificados	10	34,5
Empregada de quartos - hotelaria: 1			
Auxiliar de limpeza: 4			
Copeira: 1			

Nota: Os Grandes Grupos profissionais 1 a 9 (C.N.P.-94) correspondem a profissões que exigem uma formação profissional e académica de mais especializada a menos a especializada.

As profissões dos sujeitos distribuem-se pelos Grandes Grupos 4 a 9 (C.N.P.-94): quatro sujeitos (13,8%) têm uma profissão que se insere no Grande Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares; quatro (13,8%) no Grande Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores; quatro (13,8%) no Grande Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; quatro (13,8%) no Grande Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares; três (10,3%) no Grande Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens; e dez sujeitos (34,5%) têm uma profissão que se enquadra no Grande Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados.

### Características demográficas do grupo B

A maior parte das mulheres tinham filhos e eram casadas ou estavam a viver em situação marital, sendo a amplitude de idades grande ( $c = 75 - 24 = 51$  anos, média = 48,9 anos e desvio padrão = 12,6 anos). Dezanove mulheres (63,3%) estavam activas profissionalmente, uma (3,3%) estava desempregada, quatro (13,3%) eram reformadas e seis (20%) domésticas. A generalidade dos sujeitos (86,7%) tinha uma escolaridade igual ou inferior a nove anos. Em termos do grupo sócio-profissional e do nível de habilitações literárias, o grupo B caracteriza-se por uma relativa heterogeneidade, com uma maior incidência de sujeitos no grupo médio baixo.

Nas tabelas de frequência que se seguem (vide Quadros 20-25) estão resumidos os dados demográficos dos sujeitos do grupo B.

No Apêndice 6 é apresentada uma síntese das características demográficas do grupo B (vide Tabela 3).

#### Quadro 20 - Distribuição dos sujeitos por grupos etários.

Grupo Etário (anos)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
15 - 24	1	1	3,3	3,3
25 - 34	3	4	10	13,3
35 - 44	7	11	23,3	36,7
45 - 54	10	21	33,3	70
55 - 64	5	26	16,7	86,7
65 - 74	4	30	13,3	100

Média = 48,9 anos.

Desvio padrão = 12,6 anos.

A partir do Quadro 20 constata-se que a amplitude de idades dos sujeitos é grande ( $c = 75 - 24 = 51$  anos, sendo a média = 48,9 anos e o desvio padrão = 12,6 anos). Uma pessoa (3,3%) situa-se no grupo etário dos 15-24 anos, três (10%) no grupo dos 25-34 anos, sete (23,3%) no grupo dos 35-44 anos, dez (33,3%) no grupo dos 45-54 anos, cinco (16,7%) no grupo dos 55-64 anos e quatro (13,3%) no grupo dos 65-74 anos.

**Quadro 21 - Anos de escolaridade.**

Escolaridade (anos)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0	1	1	3,3	3,3
1 - 3	5	6	16,7	20
4 - 6	15	21	50	70
7 - 9	5	26	16,7	86,7
10 - 12	4	30	13,3	100
> 12	0	30	0	100

Média = 6 anos.

Desvio padrão = 3 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se que a maior parte dos sujeitos (86,7%) tinha uma escolaridade igual ou inferior a nove anos. Um sujeito (3,3%) era analfabeto, cinco (16,7%) tinham um a três anos de escolaridade, quinze (50%) quatro a seis anos, cinco (16,7%) sete a nove e quatro sujeitos (13,3%) tinham dez a doze anos de escolaridade.

**Quadro 22 - Estado civil.**

Estado Civil	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Solteira	3	10
Casada/coabita	23	76,7
Divorciada/separada	1	3,3
Viúva	3	10

A partir do Quadro 22 observamos que a maioria das mulheres (76,7%) eram casadas ou estavam a viver em situação marital, três (10%) eram solteiras, uma divorciada (3,3%) e três mulheres (10%) eram viúvas.

**Quadro 23** - Número de filhos (paridade).

Número de Filhos	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0	3	3	10	10
1 - 3	22	25	73,3	83,3
4 - 6	4	29	13,3	96,7
7 - 9	0	29	0	96,7
10 - 12	1	30	3,3	100

Quase todas as mulheres (90%) tinham filhos: vinte e duas (73,3%) tinham um a três filhos, quatro mulheres (13,3%) quatro a seis, uma (3,3%) dez a doze e três mulheres (10%) não tinham nenhum filho.

**Quadro 24** - Situação profissional.

Situação Profissional	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Activa	19	63,3
Baixa médica	0	0
Desempregada	1	3,3
Reformada	4	13,3

Doméstica: 6 (20%).

Com actividade profissional (domicílio): 1 (3,3 %).

Com actividade profissional (exterior): 18 (60%).

Dezanove mulheres (63,3%) estavam activas profissionalmente, uma mulher (3,3%) estava desempregada, quatro (13,3%) eram reformadas e seis mulheres (20%) eram domésticas.

**Quadro 25** - Profissões dos sujeitos e agrupamento das profissões por grupos profissionais, em função da formação exigida e tipo de trabalho realizado.

N = 24 profissões

Profissão/Frequência	Grande Grupo (C.N.P.-94)	Frequência	Frequência Relativa (em percentagem)
Analista de laboratório - análises químicas: 1	3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	8,3
Mediadora - angariadora de seguros: 1			
Secretária: 2	4 - Pessoal administrativo e similares	8	33,3
Escriturária de contabilidade: 1			
Chefe de estação - correios: 1			
Telefonista - central telefónica privada: 2			
Funcionária - arquivo de identificação: 1			
Operadora - controladora de exploração de telecomunicações: 1			
Vigilante de crianças: 1			
Cozinheira (prof. culinária): 1			
Ajudante de cozinha: 1			
Demonstradora: 2			
Educadora de estabelecimento - monitora: 1			
Costureira: 2	7 - Operários, artífices e trabalhadores similares	2	8,3
Operadora de máquina de costura: 1	8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	8,3
Montadora de aparelhos eléctricos e electrónicos: 1			
Empregada doméstica: 2	9 - Trabalhadores não qualificados	4	16,7
Auxiliar de limpeza: 1			
Copeira: 1			

As profissões dos sujeitos distribuem-se pelos Grandes Grupos 3 a 9 (C.N.P.-94): dois sujeitos (8,3%) têm uma profissão que se insere no Grande Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio; oito (33,3%) no Grande Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares; seis (25%) no Grande Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores; dois (8,3%) no Grande Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares; dois (8,3%) no Grande Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens; e quatro sujeitos (16,7%) têm uma profissão que se enquadra no Grande Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados.

### 6.3. Material

Os instrumentos utilizados neste estudo foram os seguintes:

- «Entrevista de pesquisa» <sup>(3)</sup>: foi estruturada de forma a atingir objectivos precisos, embora a condução da entrevista tenha sido modelada pelas condições e comportamento do sujeito (vide 6.4.).

- Questionário demográfico: foi preenchido pelo entrevistado (ou investigador) e possibilitou a recolha de dados demográficos (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão e situação profissional) para caracterização da amostra.

- Processos clínicos: os dados referentes à doença e tratamento (diagnóstico da doença, tipo de tratamento cirúrgico, data das intervenções cirúrgicas e tratamentos oncológicos complementares) foram obtidos através dos processos das utentes e sistematizados numa ficha de dados clínicos.

- Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84) e versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36): foram passados aos grupos A e B, respectivamente, tendo sido auto-administrados ou passados pelo entrevistador, consoante o nível de escolaridade do sujeito.

A opção de utilizar o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84) e o Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36) nesta investigação deve-se aos seguintes factores:

- O F.-84 avalia os efeitos da saúde/doença e seu tratamento em aspectos significativos da vida, num momento preciso desta, e do ponto de vista do próprio indivíduo.

- O F.-84 abrange um vasto conjunto de doenças e de dimensões de qualidade de vida, permitindo comparações entre grupos de doentes.

- Diferentes grupos de cancro estão representados no projecto do Gru.Po-QDV, tendo sido incluídos no F.-84 itens que medem efeitos específicos de cancro ginecológico e seu tratamento (vide 1.2.).

<sup>3</sup> *Craig (1991), na classificação que faz de entrevistas clínicas, integra as entrevistas de pesquisa. Este tipo de entrevista é cada vez mais utilizado em contextos clínicos, sendo os seus objectivos definidos em função da natureza da investigação. Geralmente, o plano de estudos é parte de um protocolo, aprovado pela direcção da instituição, e a realização da entrevista requer a autorização do entrevistado, que assina um documento atestando o seu consentimento na participação do estudo (Craig, 1991, p. 29).*

- O F.-84 integra as oito escalas da versão portuguesa do S.F. -36, que constituem medidas de dimensões de saúde física e mental. A combinação dessas medidas permite uma avaliação multidimensional dos efeitos da saúde/doença no funcionamento quotidiano do indivíduo e seu bem-estar.

- O S.F. -36 pode ser administrado a pessoas com características distintas (indivíduos com ou «sem doença», de ambos os sexos e pertencentes a diferentes grupos etários). A aplicação do S.F.-36 a um grupo de indivíduos «sem doença» (grupo B) e avaliação do seu estado de saúde introduzem referências na análise e interpretação dos resultados do grupo de doentes estudado (grupo A), obtidos nas escalas do S.F.-36 que estão incluídas no F.-84.

- As avaliações multidimensionais da saúde são importantes porque muitos pacientes têm problemas de saúde que envolvem condições médicas e psiquiátricas. É o caso, por exemplo, das doenças oncológicas. Vários estudos indicam que o cancro genital e seu tratamento podem ter repercussões quer ao nível da saúde física quer da saúde mental.

### 6.3.1. Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36)

#### **Objectivos, Composição e Interpretação**

O Questionário de Estado de Saúde, S.F.-36 («M.O.S. 36-Item Short-Form Health Survey»), foi construído por Ware e Sherbourne (Estados Unidos, 1992) para medir e aprofundar o estudo de conceitos gerais de saúde.

Os autores pretenderam desenvolver um instrumento de avaliação da saúde de reduzidas dimensões, que possibilitasse uma colheita e interpretação rápida e simples de dados, mas que simultaneamente reforçasse as qualidades psicométricas de escalas abreviadas de saúde, particularmente da versão anterior deste questionário: o «M.O.S. 20-Item Short-Form Health Survey», S.F.-20, (Ware, Sherbourne & Davies) <sup>(4)</sup>.

O S.F.-36 foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos (prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de políticas de saúde) e para ser aplicado a indivíduos a partir dos catorze anos com/ou sem doença. Pode ser auto-

<sup>4</sup> Citado por Ware, & Sherbourne, 1992, p. 474.

administrado, em aproximadamente dez minutos (<sup>5</sup>), ou passado por um entrevistador treinado, no contexto de uma entrevista pessoal ou por telefone.

Foi adaptado com base na amostra do «Medical Outcomes Study» (M.O.S.) (<sup>6</sup>), formada por 11 186 pessoas de três cidades dos Estados Unidos, com idades compreendidas entre os 18 e 103 anos (média = 47 anos), das quais 37% são do sexo masculino e 87% completaram o ensino secundário (média = 13,7 anos de escolaridade).

O questionário é constituído por oito escalas, que avaliam os seguintes conceitos de saúde física e mental: 1) funcionamento físico; 2) limitações de papéis decorrentes de problemas físicos; 3) funcionamento social; 4) dor corporal; 5) saúde mental; 6) limitações de papéis por problemas emocionais; 7) vitalidade; e 8) percepção geral de saúde. Inclui, ainda, um item adicional que mede possíveis alterações no estado de saúde, no período de um ano, do ponto de vista do próprio indivíduo.

*Escala I: funcionamento físico (itens 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j)*

Os dez itens que compõem esta escala avaliam a presença/ausência de limitações em actividades do dia-a-dia decorrentes de problemas de saúde física e a extensão destas limitações.

Os itens seleccionados representam uma amostra alargada de actividades físicas, tais como levantar ou carregar compras da mercearia, subir escadas e andar distâncias moderadas. As respostas situam-se num contínuo de três níveis de limitações.

Um resultado baixo nesta escala traduz muitas limitações no desempenho de actividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir sem ajuda. Um resultado elevado é indicador de um

<sup>5</sup> *Dados empíricos sugerem a existência de uma relação inversa entre o tempo de resposta ao S.F.-36 e o nível de escolaridade do entrevistado. Observe-se que este questionário foi adaptado com base numa amostra de indivíduos dos Estados Unidos da América, que apresentavam um nível de escolaridade elevado (média = 13,7 anos de escolaridade) comparativamente ao nível médio de escolaridade da população portuguesa. Donde, se prevê que na população portuguesa o tempo médio de resposta seja superior a dez minutos.*

<sup>6</sup> *«O Medical Outcomes Study», M.O.S., (Tarlov et al., 1989) foi um projecto de observação longitudinal, concebido para durar dois anos e atingir os seguintes objectivos: 1) estudar a relação entre alterações nos resultados de saúde dos doentes e diferentes aspectos médicos, tais como diferenças nos cuidados fornecidos pelo sistema de cuidados de saúde, tipo de formação dos clínicos, quantidade de recursos utilizados, e estilos técnicos e interpessoais dos técnicos; e 2) desenvolver instrumentos para monitorizar os resultados de saúde dos doentes, e dos seus determinantes, nas actividades de rotina. Foi desenvolvido em três cidades (Boston, Massachusetts; Chicago, Illinois; e Los Angeles, Califórnia) e envolveu a participação de 523 profissionais de saúde (estudo citado por Ribeiro, 1994a, pp. 186 e 187).*

desempenho de actividades físicas sem limitações associadas a problemas de saúde, incluindo as mais violentas.

A escala de funcionamento físico é uma medida relativamente pura da componente física de saúde, portanto, diferenças nos resultados desta escala podem ser atribuídas sem grande ambiguidade a causas físicas.

*Escala II: limitações de papéis por problemas físicos (itens 4a, 4b, 4c e 4d)*

Os quatro itens que constituem esta escala avaliam o impacto de problemas de saúde física no exercício da actividade profissional ou actividades diárias diversas, incluindo, por exemplo, dificuldades em executar o trabalho ou outras tarefas.

Os itens referem-se a vários papéis sociais e, por isso, adequam-se a indivíduos reformados ou que exercem mais do que um tipo de papéis.

As respostas pressupõem uma escolha de duas alternativas: sim/não.

Um resultado baixo traduz problemas com o trabalho ou outras actividades do dia-a-dia como consequência do estado de saúde físico. Um resultado elevado aponta para uma ausência de problemas com o trabalho ou outras actividades diárias por problemas de saúde física, durante as últimas quatro semanas.

As diferenças observadas na escala de papel-físico podem ser interpretadas como uma inaptidão para desempenhar papéis, largamente (mas não totalmente) associada a efeitos de saúde física.

*Escala III: dor corporal (itens 7 e 8)*

Os dois itens desta escala medem a intensidade da dor/desconforto e a extensão da sua interferência no trabalho fora de casa ou doméstico.

Cada um desses itens integra cinco níveis de resposta num contínuo.

Um resultado baixo é indicador de uma situação de dor severa e extremamente restritiva. Um resultado elevado reflecte uma ausência de dor ou de limitações devidas à dor, nas últimas quatro semanas.

As diferenças observadas na escala de dor corporal podem ser amplamente (mas não totalmente) atribuídas à dimensão física da saúde.

*Escala IV: percepção geral de saúde (itens 1, 11a, 11b, 11c e 11d)*

Esta escala tem cinco itens que avaliam a percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, incluindo, por exemplo, a apreciação da saúde corrente e a resistência à doença.

Cada um desses itens integra cinco níveis de resposta num contínuo.

Um resultado baixo sugere que a pessoa considera que a sua saúde é precária e que está convencida que irá piorar. Um resultado elevado indica que a pessoa considera que a sua saúde é ótima.

A escala de percepção geral de saúde é mais sensível à dimensão de saúde física.

*Escala V: vitalidade (itens 9a, 9e, 9g e 9i)*

Esta escala constitui uma medida de vitalidade (nível de energia/fadiga) constituída por quatro itens.

Cada um desses itens integra seis níveis de resposta num contínuo.

Um resultado baixo reflecte um sentimento/estado de cansaço e extenuação todo o tempo. Um resultado elevado traduz um sentimento/estado de vitalidade e energia todo o tempo, nas últimas quatro semanas.

Por concepção, esta escala abrange aspectos positivos de saúde (por exemplo energia), bem como expressões somáticas de doenças físicas e de «distress» psicológico (por exemplo fadiga). Consequentemente, a interpretação dos resultados da escala de vitalidade é complexa relativamente às dimensões de saúde física e mental.

*Escala VI: funcionamento social (itens 6 e 10)*

Esta escala inclui dois itens referentes aos efeitos de problemas de saúde física ou emocionais no relacionamento social (família, amigos, vizinhos ou outras pessoas) e em actividades sociais (tais como visitar amigos ou familiares próximos).

Cada um desses itens integra cinco níveis de resposta num contínuo.

Um resultado baixo sugere uma interferência extrema e frequente de problemas de saúde física ou emocionais no exercício de actividades sociais. Um resultado elevado é indicador de um desempenho de actividades sociais sem interferência de problemas dessa natureza, nas últimas quatro semanas.

Também, a escala de funcionamento social foi concebida para incluir aspectos de saúde mental e física. Assim, esta escala, embora pareça ser mais sensível à inaptidão social associada a problemas de saúde mental, é, também, moderadamente sensível aos efeitos físicos de saúde.

*Escala VII: limitações de papéis por problemas emocionais (itens 5a, 5b e 5c)*

Os três itens desta escala estimam o impacto de problemas emocionais no trabalho ou actividades diárias diversas, incluindo, por exemplo, a diminuição do tempo dispendido a trabalhar ou com outras tarefas.

As respostas pressupõem uma escolha de duas alternativas: sim/não.

Um resultado baixo sugere problemas no trabalho ou outras actividades diárias em virtude de problemas emocionais. Um resultado elevado indica uma ausência de problemas no trabalho ou actividades do dia-a-dia por problemas dessa natureza, nas últimas quatro semanas.

As diferenças nos resultados obtidos na escala de papel-emocional podem ser interpretadas com confiança como uma inaptidão para desempenhar papéis associada a problemas de saúde mental.

*Escala VIII: saúde mental (itens 9b, 9c, 9d, 9f e 9h)*

É constituída por cinco itens que se pressupõe avaliarem estados/sentimentos de «distress» (ansiedade, tristeza, perda do controlo emocional/de comportamentos) ou de bem-estar psicológico.

Cada um desses itens integra seis níveis de resposta num contínuo.

Um resultado baixo é indicador de um estado/sentimento de nervosismo e tristeza todo o tempo. Um resultado elevado aponta para um estado/sentimento de calma, tranquilidade e felicidade todo o tempo, nas últimas quatro semanas.

A escala de saúde mental é uma medida relativamente pura da dimensão mental de saúde, logo a sua interpretação não é ambígua.

### **Processo de Cotação**

Os critérios de cotação dos itens e escalas do S.F.-36 foram definidos de forma a que um resultado elevado indica um estado de saúde melhor.

Os itens e escalas do S.F.-36 são cotados em quatro etapas (7):

- codificação das respostas dos sujeitos;
- recodificação de itens;
- cálculo das cotações das escalas através da soma das pontuações dos itens de cada escala (resultados brutos);
- transformação dos resultados brutos das escalas numa escala de zero a cem (resultados da escala transformada).

#### *Codificação das respostas*

As respostas assinaladas pelos sujeitos são codificadas pela atribuição de um valor idêntico ao número de código que está impresso no questionário.

#### *Recodificação dos itens*

Os valores de código atribuídos às respostas aos itens 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b e 11d são posteriormente alterados. Essa operação designa-se por recodificação dos itens.

Nesses itens, a cotação é invertida; isto é, um item com um número de código elevado terá uma pontuação final baixa que indique um estado de saúde «precário» (e vice-versa). A inversão da cotação dos itens é feita para assegurar que um valor elevado indique um melhor estado de saúde em todos os itens e escalas do S.F.-36.

#### *Cálculo dos resultados brutos das oito escalas*

Depois da recodificação dos itens (e da estimativa dos valores atribuídos aos dados inexistentes, no caso de existirem) (8), são calculadas as pontuações das escalas do S.F.-36 (resultados brutos). Esse resultado é calculado através da soma algébrica dos valores dos itens de cada escala (9).

<sup>7</sup> Para mais informações acerca do processo de cotação do S.F.-36, consulte o Capítulo 6 do manual desta escala: Ware, Snow, Kosinski, & Gandek (1993). *Scoring the SF-36*. In *SF-36 Health Survey*. Boston: The Health Institute.

<sup>8</sup> São codificados como «itens ausentes» os casos em que os sujeitos não respondem a itens do questionário ou em que assinalam duas respostas para o mesmo item, que não são adjacentes entre si. Essas situações, embora pouco frequentes, acontecem por vezes.

No entanto, na maior parte dos casos, os resultados das escalas do S.F.-36 podem ser calculados mediante a utilização de um algoritmo de cotação, que estima os valores dos «itens ausentes». Ware et al. (1993) recomendam que a cotação da escala seja calculada se o sujeito respondeu a pelo menos metade dos itens numa escala multi-item ou a metade mais um, no caso de escalas com um número ímpar de itens. Uma aproximação válida, do ponto de vista psicométrico, para estimar o valor de um «item ausente» é o cálculo da média das pontuações dos itens completados na mesma escala.

<sup>9</sup> O resultado bruto de cada escala do S.F.-36 é, portanto, calculado através da soma algébrica dos valores de código e de recodificação dos itens, e das pontuações estimadas para os «itens ausentes» (caso

### *Transformação das cotações das escalas*

O próximo passo envolve a transformação dos resultados brutos de cada escala numa escala de zero a cem, usando a seguinte fórmula de transformação de escalas:

$$\text{Escala transformada} = \left[ \frac{\text{resultado bruto obtido} - \text{menor resultado bruto possível}}{\text{intervalo máximo possível de resultados brutos}} \right] \times 100$$

Esta transformação converte o menor e o maior resultado possível de obter em cada uma das escalas do S.F.-36 nos valores zero e cem, respectivamente. Uma pontuação entre esses valores representa a percentagem da pontuação total possível atingida numa determinada escala.

### **Validade**

Foram realizados diversos estudos para testar a validade das escalas do S.F.-36, enquanto medidas de conceitos de saúde física e mental (<sup>10</sup>). Num dos estudos mais representativos de validação deste instrumento, McHorney, Ware e Raczek (1993) utilizaram técnicas de análise factorial e critérios clínicos para estimar a validade de cada uma das escalas do S.F.-36.

### *Análise factorial*

De um modo geral, a validação de um teste multidimensional envolve a análise factorial de um conjunto representativo de respostas.

Considera-se que um teste (ou subteste, incluído numa escala) apresenta uma validade factorial elevada se mede uma unidade funcional com exclusão tanto quanto possível de outras (Freeman, 1980).

*existam). Embora seja atribuída uma pontuação ao item de transição do estado de saúde auto-relatado, o seu valor não entra no cálculo das cotações brutas e transformadas das escalas.*

*Este método extremamente simples de cotação é possível porque nenhum item é usado em mais do que uma escala e porque parece existir uma relação aproximadamente equivalente entre as cotações dos itens e o conceito de saúde subjacente definido pelas escalas. Estudos empíricos realizados com diferentes grupos clínicos apoiam essa hipótese.*

<sup>10</sup> *A validade é uma das características essenciais de um teste e define-se como a propriedade de um instrumento medir aquilo que visa medir.*

O processo factorial visa identificar, através de métodos estatísticos, unidades funcionais num teste (factores ou componentes) e o contributo de cada um dos factores para o resultado global. Essas unidades funcionais são identificadas a partir da análise de intercorrelações entre diferentes medidas. A análise factorial é, pois, uma técnica que permite reproduzir agrupamentos de correlações a partir dos quais é possível inferir a existência de variáveis subjacentes. Após os cálculos estatísticos, os resultados obtidos são interpretados tendo como referência a estrutura hipotética do teste e os conhecimentos que o investigador tem dos processos implicados no teste.

McHorney *et al.* (1993) submeteram os dados do estudo M.O.S. («Medical Outcomes Study») a análise factorial para testar a validade das escalas do S.F.-36. A partir das correlações entre as oito escalas do questionário, os autores extraíram dois factores principais: o primeiro factor explicou 55% da variância total e a extracção do segundo aumentou a percentagem da variância total explicada de 55% para 70%.

No Quadro 8 (colunas da esquerda) estão representadas as correlações entre as escalas do S.F.-36 e os dois factores principais.

**Quadro 8** - Correlações com as componentes principais e validade relativa das escalas.

Escala	Componentes Principais			Validade Relativa	
	Física <sup>a</sup>	Mental <sup>a</sup>	h <sup>2</sup>	Física	Mental
Funcionamento físico	0,88	0,04	0,78	1,00	0,00
Papel-físico	0,78	0,30	0,70	0,79	0,11
Dor corporal	0,77	0,24	0,65	0,77	0,07
Saúde mental	0,12	0,90	0,82	0,02	1,00
Papel-emocional	0,19	0,81	0,69	0,05	0,81
Funcionamento social	0,44	0,71	0,70	0,25	0,62
Vitalidade	0,59	0,57	0,67	0,45	0,40
Percepção geral de saúde	0,68	0,32	0,56	0,60	0,13

Nota: h<sup>2</sup> - percentagem de variância total de cada escala explicada pelos dois factores extraídos.

a - correlação entre cada escala e a componente principal.

Associação forte: correlação igual ou superior a 0,70 ( $r \geq 0,70$ ).

Associação moderada a substancial: correlação entre 0,30 e 0,70 ( $0,30 < r < 0,70$ ).

Associação fraca: correlação igual ou inferior a 0,30 ( $r \leq 0,30$ ).

Os dados apresentados foram extraídos de «The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)» de C. McHorney, J. Ware e A. Raczek, 1993, *Medical Care*, 31, p. 251.

As escalas de funcionamento físico, limitações de papéis decorrentes de problemas físicos e dor corporal estão mais correlacionadas com a primeira componente e menos com a segunda. Em contrapartida, as escalas de saúde mental, limitações de papéis por problemas emocionais e funcionamento social apresentam uma correlação mais elevada com a segunda componente e inferior com a primeira. Tendo como referência o padrão de correlações obtido e a consistência destes resultados com a hipótese de uma estrutura bidimensional do S.F.-36, os autores interpretaram o primeiro e segundo factor como dimensões de saúde física e mental, respectivamente.

O Quadro 8 apresenta, ainda, estimativas da validade relativa (V.R.) das oito escalas (<sup>11</sup>). As escalas de funcionamento físico, limitações de papéis decorrentes de problemas físicos e dor corporal mostraram fortes associações com a componente de saúde física (V.R. = 1,00; 0,79 e 0,77; respectivamente). Por sua vez, a escala de saúde mental revelou ser a melhor medida da componente de saúde mental, seguida das escalas de limitações de papéis por problemas emocionais e funcionamento social (V.R. = 1,00; 0,81 e 0,62; respectivamente). As escalas de funcionamento social, vitalidade e percepção geral de saúde apresentaram associações moderadas a substanciais com ambas as componentes (vide Quadro 8). Todavia, os valores de V.R. estimados para essas três escalas variam consideravelmente. Assim, as escalas de percepção geral de saúde e de funcionamento social apresentaram uma associação maior com as componentes de saúde física e mental, respectivamente, e a escala de vitalidade com ambas as componentes.

Esses resultados indicam que algumas escalas medem principalmente a dimensão física da saúde, outras a componente mental e outras parecem medir ambas as componentes.

#### *Crítérios externos (clínicos)*

A validade de critério demonstra que os resultados de um teste estão sistematicamente relacionados com os resultados obtidos num ou mais do que um «critério» externo (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993).

Os testes de validação baseados em critérios externos (ou medidas independentes) constituem uma estratégia para determinar a validade de um instrumento através da definição

<sup>11</sup> As escalas de funcionamento físico e saúde mental constituíram padrões de referência para estimar a validade relativa das escalas do S.F.-36, dado que foram as que tiveram correlações mais elevadas com as componentes de saúde física e mental, respectivamente.

de um (ou mais do que um) critério externo relativamente ao qual os resultados do teste podem ser correlacionados.

McHorney *et al.* utilizaram critérios clínicos para testar a validade das escalas do S.F.-36. Usando medidas clínicas de morbilidade física e psíquica formaram quatro grupos distintos, que diferem nas condições de saúde física e/ou mental e sua gravidade: grupo 1, condições médicas crónicas menores (N = 638); grupo 2, condições médicas crónicas graves (N = 168); grupo 3, condições psiquiátricas (dividido em dois subgrupos: pacientes com sintomas de depressão versus com depressão clínica grave (N = 163); e grupo 4, condições médicas e psiquiátricas graves (N = 45). Os resultados dos quatro grupos clínicos no S.F.-36 foram comparados com os resultados das medidas clínicas.

As comparações entre os diferentes grupos clínicos testam a validade relativa (V.R.) das escalas na detecção de decréscimos no estado de saúde associados a problemas de saúde física e/ou mental de diferente extensão.

Os pacientes com condições médicas graves (grupo 2) tiveram resultados significativamente inferiores nas oito escalas comparativamente aos pacientes com condições médicas menores (grupo 1). Todavia, as escalas não eram igualmente válidas na diferenciação destes grupos clínicos. Assim, a escala de funcionamento físico foi a mais válida na detecção de diferenças entre os grupos 1 e 2. A escala de percepção geral de saúde aproximou-se desse valor (V.R. = 0,99), seguida das escalas de limitações de papéis decorrentes de problemas físicos e vitalidade (V.R. = 0,71 e 0,67; respectivamente).

Na diferenciação de grupos clínicos com ou/sem condições psiquiátricas (grupo 3, condições psiquiátricas versus grupo 1, condições médicas menores), a escala de saúde mental revelou ser a mais válida, seguida das escalas de limitações de papéis decorrentes de problemas emocionais e funcionamento social, com valores idênticos (V.R. = 0,54).

Os pacientes com condições médicas e psiquiátricas graves (grupo 4) tiveram resultados significativamente inferiores do que os pacientes com condições médicas menores (grupo 1) em todas as escalas. A escala de percepção geral de saúde foi a mais válida na detecção de efeitos combinados destas duas condições. As outras escalas tiveram resultados semelhantes neste teste (V.R. situou-se no intervalo 0,59 – 0,74), com excepção da escala de limitações de papéis decorrentes de problemas emocionais (V.R. = 0,29).

A escala de saúde mental foi a mais válida na detecção de problemas aumentados decorrentes de condições psiquiátricas em pacientes com condições médicas graves (grupo 4 versus grupo 2). As outras sete escalas situaram-se significativamente abaixo desse valor (intervalo de variação da V.R. 0,13 – 0,34).

Em contrapartida, a escala de funcionamento físico foi a mais válida na detecção de problemas aumentados decorrentes de condições médicas graves em pacientes com condições psiquiátricas (grupo 4 versus grupo 3), seguida das escalas de percepção geral de saúde e limitações de papéis decorrentes de problemas físicos (V.R. = 0,68 e 0,56; respectivamente).

Relativamente à comparação entre pacientes com condições médicas graves (grupo 2) e pacientes com condições psiquiátricas (grupo 3), a escala de saúde mental foi a mais válida na diferenciação destes grupos. Embora as estimativas de V.R. das escalas de funcionamento físico e limitações de papéis decorrentes de problemas emocionais tenham sido similares (V.R. = 0,47 e 0,45; respectivamente), a distribuição dos resultados médios dos grupos nestas duas escalas foi inversa; ou seja, os pacientes com condições psiquiátricas obtiveram um resultado superior na escala de funcionamento físico mas inferior na escala de papel-emocional comparativamente aos pacientes com condições médicas graves.

A escala de saúde mental foi, também, a mais válida na detecção de diferenças entre pacientes do grupo 3 com diferentes graus de desordem psiquiátrica (sintomas de depressão versus depressão clínica grave), seguida das escalas limitações de papéis decorrentes de problemas emocionais (V.R. = 0,43), funcionamento social (V.R. = 0,32) e vitalidade (V.R. = 0,31).

No Quadro 9 é apresentada uma síntese das estimativas de validade relativa das escalas do S.F.-36, calculadas a partir de testes clínicos. Essas estimativas indicam quanto válida é cada escala na diferenciação de grupos clínicos relativamente à escala mais válida.

**Quadro 9** - Estimativas de validade relativa das escalas com base em testes clínicos.

Escala	Saúde Física			Saúde Mental	
	Gravidade C. Médicas (grupo 2/grupo 1)	Problemas Aumentados C. Médicas Graves (grupo 4/grupo 3)	Presença/Ausência C. Psiquiátricas (grupo 3/grupo 1)	Gravidade C. Psiquiátricas (subgrupos 3)	Problemas Aumentados C. Psiquiátricas Graves (grupo 4/grupo 2)
Funcionamento físico	1,00	1,00	0,00	0,00	0,13
Papel-físico	0,71	0,56	0,07	0,06	0,33
Dor corporal	0,27	0,18	0,14	0,01	0,32
Saúde mental	0,15	0,02	1,00	1,00	1,00
Papel-emocional	0,07	0,05	0,54	0,43	0,34
Funcionamento social	0,35	0,00	0,54	0,32	0,34
Vitalidade	0,67	0,10	0,29	0,31	0,22
Percepção de saúde geral	0,99	0,68	0,08	0,02	0,26

Nota: Associação forte (V.R.  $\geq 0,50$ ).

Associação moderada a substancial ( $0,10 < \text{V.R.} < 0,50$ ).

Associação fraca (V.R.  $\leq 0,10$ ).

Os dados apresentados foram extraídos de «The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)» de C. McHorney, J. Ware e A. Raczek, 1993, *Medical Care*, 31, p. 258.

### *Resumo dos resultados*

De um modo genérico, os resultados de ambos os testes de validade foram convergentes e forneceram informação consistente acerca da natureza subjacente a cada escala - física e/ou mental - bem como directrizes para a interpretação de cada escala (vide escalas do S.F.-36).

## 6.3.2. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84)

### **Objectivos, Referências Conceptuais e Processo de Construção**

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F.-84 (versão 84 itens), foi construído por Ribeiro (Ribeiro, 1996), para medir e estudar aspectos de qualidade de vida de pessoas com diferentes doenças crónicas.

O F.-84 foi concebido para o «Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas» (Gru.Po-QDV), que tem um projecto de investigação em curso, cujo

objectivo último é delinear e implementar estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida de pessoas com doenças «crónicas» (vide 1.2.) (12).

A concepção deste instrumento tem como referência o conceito de qualidade de vida (ou, mais precisamente, qualidade de vida relacionada com a saúde, vide 4.7.1.), adoptado pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), que é definido pelos seguintes pressupostos: a) existe uma entidade abrangente que se denomina qualidade de vida; b) essa entidade pode ser avaliada através de uma medida quantitativa, válida e fiel, aplicável a várias populações; c) qualquer factor que afecte a qualidade de vida influenciará um largo conjunto de componentes, representados na escala. A estrutura do instrumento deverá ser modular, organizada em grandes domínios, cada um dos quais integra diversos componentes, passíveis de variar de cultura para cultura. O instrumento avalia o efeito da saúde e doenças na qualidade de vida e não propriamente doenças, sintomas ou condições específicas, podendo ser utilizado para medir os resultados de intervenções específicas da saúde na qualidade de vida. A medida deverá reflectir a avaliação que o indivíduo faz da sua vida global, que depende da contribuição de múltiplas facetas ou dimensões da sua vida (WHOQOL Group, 1993) (13).

O F.-84 foi construído tendo como matriz o Questionário de Estado de Saúde, S.F.-36 (Ware & Sherbourne, 1992). Os itens da versão portuguesa do S.F.-36 foram integrados no F.-84 e adicionou-se novos itens, de forma a abranger um maior conjunto de doenças e de dimensões de qualidade de vida (14). A construção do F.-84 envolveu uma revisão bibliográfica, que permitiu fazer um levantamento de questionários construídos para doenças específicas. Os itens dos questionários que não estavam incluídos no S.F.-36 e que melhor caracterizam cada uma das doenças representadas no projecto do Gru.Po-QDV foram integrados no F.-84.

<sup>12</sup> No boletim de notícias do Gru.Po-QDV (1996), propõe-se a substituição do termo doenças «crónicas» pela expressão «doenças de longo termo (ou incuráveis), e de pessoas que, podendo considerar-se curadas, precisam de vigilância periódica, específica para a doença que tiveram». Embora essa expressão defina melhor todos os grupos de indivíduos estudados no projecto, por uma questão de simplificação de linguagem será usado o termo doenças «crónicas» (Newsletter do Gru.Po-QDV, 2 (1), 1996, p. 3).

<sup>13</sup> Citado por Ribeiro, *op. cit.*, p. 2.

<sup>14</sup> O S.F.-36 foi traduzido para a língua portuguesa pelo grupo da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, coordenado pelo Doutor L. Ferreira, sendo a versão portuguesa desta escala reconhecida pelo «Medical Outcomes Trust» (M.O.T.).

O F.-84 inclui apenas 35 itens do S.F.-36: o item 10 da escala de funcionamento social foi retirado, devido à extensão do questionário e ao facto dos itens 6 e 10 do S.F.-36 terem um significado análogo.

Nota: O M.O.T. é uma organização que se define como um serviço público não lucrativo, constituída como centro de documentação e de distribuição de instrumentos padronizados de medida da saúde e dos efeitos de intervenções no domínio da saúde.

O F.-84 está a ser objecto de vários estudos de avaliação das suas qualidades psicométricas, com utilização de diferentes técnicas. Depois dessa análise, serão seleccionados os itens que venham a revelar melhores qualidades psicométricas, e a versão definitiva do questionário terá outra designação.

### **Composição, Aplicação, Cotação e Interpretação**

O questionário é composto por oitenta e quatro itens, integrados visualmente em quinze áreas. Cada item constitui uma informação com várias possibilidades de resposta, entre as quais o respondente escolhe a que se aplica a si. A generalidade das questões (itens 4 a 11 e item 15) refere-se ao período das últimas quatro semanas. Pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador, no contexto de uma entrevista clínica, e destina-se a diversos grupos etários (a partir dos quinze anos de idade) e a um vasto grupo de doenças crónicas.

Os resultados do F.-84 podem ser analisados a três níveis:

- Resultado do F.-84: constitui um indicador global do nível de qualidade de vida que o indivíduo estima ter atingido, num determinado momento. Um resultado elevado traduz um melhor nível de qualidade de vida (e vice-versa).

- Resultados das escalas do S.F.-36: constituem indicadores de funcionamento físico e mental, da capacidade para desempenhar papéis «normativos», de apetência social, de bem-estar e de percepção de saúde. Este nível de análise permite identificar dimensões (relacionadas com aspectos de saúde física e mental) mais ou menos afectadas, bem como possíveis compensações em certas áreas. Um resultado elevado traduz um melhor estado de saúde (e vice-versa).

- Resultados dos itens: fornecem indicações importantes acerca dos efeitos da saúde/doença ou tratamentos em determinadas áreas, permitindo detectar dificuldades ou situações específicas associadas a estes acontecimentos.

Embora se considere três níveis de análise, a interpretação do F.-84 pressupõe uma integração da informação colhida a estes níveis. Estudos de análise factorial e comparações de grupos clínicos, em curso neste momento, contribuem para a identificação de factores comuns às várias medidas de qualidade de vida, bem como para a definição de normas de interpretação dos resultados mais precisas.

### Processo de Cotação

O F.-84 é cotado em quatro etapas: 1) codificação das respostas dos sujeitos; 2) recodificação de itens; 3) cálculo das cotações das escalas do S.F.-36 e do F.-84 através da soma das pontuações dos itens de cada escala e de oitenta e três itens do questionário, respectivamente (resultados brutos) <sup>(15)</sup>; e 4) transformação dos resultados brutos das escalas e do questionário numa escala de zero a cem (resultados da escala transformada).

Os critérios de cotação do F.-84 são análogos aos da versão original do S.F.-36: a cotação do questionário é calculada através da soma algébrica dos valores de código e recodificação dos itens, e das pontuações estimadas para os «itens ausentes» (caso existam) <sup>(16)</sup>. O resultado bruto do F.-84 é transformado numa escala de zero a cem, usando a seguinte fórmula de transformação de escalas:

$$\text{Escala transformada} = \left[ \frac{\text{resultado bruto obtido} - \text{menor resultado bruto possível}}{\text{intervalo máximo possível de resultados brutos}} \right] \times 100$$

Esta transformação de escalas converte o menor e o maior resultado possível de obter nos valores zero e cem, respectivamente. Uma pontuação entre esses valores representa a percentagem da pontuação total possível atingida no F.-84.

Alguns itens do F.-84 não se aplicam a determinados indivíduos. Por exemplo, os itens 10B, 10J, 12B, 12C e 13L não se aplicam a mulheres sem parceiro sexual. Qualquer item do questionário que não se aplique ao sujeito é codificado como «item ausente».

<sup>15</sup> Os itens e escalas do S.F.-36, incluídos no F.-84, são cotados de modo idêntico à versão original do S.F.-36, com a diferença de que o item 10 da escala de funcionamento social foi retirado e, conseqüentemente, a pontuação deste item não entra no cálculo da cotação da escala.

<sup>16</sup> Embora seja atribuída uma pontuação ao item de transição do estado de saúde auto-relatado, o seu valor não entra no cálculo do resultado do F.-84. Assim, a cotação do F.-84 é calculada através da soma algébrica dos valores de oitenta e três e itens e não oitenta e quatro.

## 6.4. Procedimento

A recolha de dados do grupo A efectuou-se entre os meses de Fevereiro e Junho de 1996, no serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António (edifício da consulta externa), tendo sido utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida o questionário F.-84, que foi passado no contexto de uma entrevista com a pessoa. A colheita de dados pessoais foi feita com base num questionário demográfico preenchido pela paciente (ou investigador). Os dados clínicos foram sistematizados numa ficha de registo e obtidos através dos processos clínicos, consultados com a colaboração de médicos desse serviço.

O procedimento utilizado pode dividir-se em três momentos:

1) Apresentação do investigador, breve explicação da finalidade do estudo e solicitação da colaboração da paciente, após ter sido assegurado o anonimato e sigilo de todas as informações.

Foi sublinhada a importância da participação de cada doente e referido que o objectivo deste trabalho é conhecer aspectos da qualidade de vida de mulheres, que fizeram cirurgias para tratamento de problemas de saúde idênticos, e compreender a influência destas situações no seu quotidiano, nas actividades do dia-a-dia, nas relações com as outras pessoas, no modo como pensam e se sentem.

2) Realização de uma entrevista não directiva, facilitadora de uma relação de confiança e empatia entre investigador/entrevistado e de uma atitude propícia à realização da tarefa requerida (<sup>17</sup>).

3) Recolha de dados pessoais e passagem do F.-84. A escala era auto-administrada no caso da pessoa ter um nível de escolaridade suficiente, sendo esta previamente instruída para ler com atenção as instruções e preencher os dados demográficos do questionário. Em caso contrário, o entrevistador fornecia o apoio necessário ao respondente no preenchimento do questionário.

<sup>17</sup> *Este momento apenas por uma questão de simplificação da exposição é isolado dos restantes, já que toda a comunicação entrevistado/entrevistador, inclusive o próprio contexto em que a comunicação se desenvolve, condiciona a atitude do sujeito relativamente à tarefa proposta.*

O tempo de resposta oscilou entre vinte minutos e duas horas (tempo médio de resposta = 50 minutos), parecendo existir uma relação inversa entre o tempo de resposta ao F.-84 e o nível de escolaridade do entrevistado. Factores de ordem emocional poderão, também, estar implicados.

A atitude de escuta, de contenção da resposta emocional e o apoio no preenchimento do questionário revelaram ser essenciais num estudo desta natureza, desenvolvido com sujeitos com as características referidas, dado que: a) a tarefa requerida pressupõe o processamento da informação inerente a cada questão (afirmação descritiva) e a atribuição de um valor ou peso a essa afirmação, apresentando um certo grau de dificuldade para indivíduos com um nível de escolaridade baixo; b) o contexto hospitalar e conteúdo do questionário reactivam angústias e receios relacionados com a doença, o diagnóstico e o tratamento oncológico; c) a elevação do nível de ansiedade poderá comprometer a capacidade de resposta do sujeito ao questionário, particularmente quando a tarefa apresenta alguma complexidade.

Posteriormente, procedeu-se à aplicação do S.F.-36 ao grupo B. Os dados foram colhidos no serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António (consulta de planeamento familiar) e Centro Paroquial de Paço d'Arcos.

Relativamente às mulheres do grupo B, em idade fértil, a escala foi passada no contexto de uma entrevista pessoal, realizada após a consulta de planeamento familiar.

No final da consulta, e após explicação da finalidade do estudo, os médicos solicitavam a colaboração das utentes que reunissem as condições de inclusão na investigação. Caso aceitassem participar, eram encaminhadas para o gabinete onde o estudo, propriamente dito, se realizou. Elementos complementares foram obtidos através dos processos clínicos das utentes.

Os dados referentes às mulheres do grupo B, em idade não fértil, foram recolhidos no Centro Paroquial de Paço d'Arcos. Embora neste contexto não seja possível obter informações clínicas complementares, a passagem do S.F.-36 num serviço de saúde poderia condicionar os resultados, uma vez que a generalidade das pessoas deslocam-se a estes serviços quando têm problemas de saúde ou para acompanhar familiares. A probabilidade de encontrar mulheres «sem doença» em serviços de saúde com consultas de planeamento familiar aumenta consideravelmente. Essa probabilidade é, porém, pequena no caso das mulheres em idade não fértil.

O procedimento utilizado na recolha de dados demográficos e administração do questionário foi idêntico ao do grupo A. Contudo, a interacção entrevistado/entrevistador e a condução da entrevista foram modeladas pelas condições e comportamento da pessoa (18).

O tempo de resposta ao S.F.-36 oscilou entre dez e trinta minutos. Diferenças no comportamento/condições dos sujeitos dos grupos A e B e nas dimensões dos questionários poderão explicar o facto do S.F.-36 ter sido ministrado num tempo significativamente menor.

<sup>18</sup> *A generalidade dos sujeitos do grupo B manifestou interesse pelo estudo e prazer em participar. Durante a entrevista, várias mulheres expressaram, de forma espontânea, os seus interesses e preocupações. Em certos casos, o questionário parece ter evocado experiências e acontecimentos de vida difíceis, e algumas mulheres pararam para falar dessas dificuldades, outras preferiram partilhar essas vivências no final da entrevista. Porém, de um modo geral, o grupo B evidenciou durante a entrevista uma maior contenção e controlo emocional do que o grupo A.*

*Muitas pacientes manifestaram uma grande necessidade de verbalizar/partilhar experiências e sentimentos relacionados com a doença e tratamento (e suas consequências), em diferentes momentos da entrevista. Em certos casos, a evocação desses acontecimentos foi acompanhada de uma forte comoção (traduzida por expressões francas de emoções, pausas bruscas ou mudanças repentinas de tema, tremor da voz ou das mãos ou mesmo choro). Esses comportamentos emocionais ocorreram com menor frequência no grupo B, outros nem sequer foram observados.*

## 7

---

## Resultados

Depois de cotadas as respostas do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F.-84, e Questionário de Estado de Saúde, S.F.-36, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados.

Foi feita uma análise descritiva dos resultados obtidos no F.-84, utilizando medidas de dispersão (amplitude total, desvio padrão) e de tendência central (média aritmética). Os dados foram organizados e resumidos em tabelas de frequência.

Dado que não puderam ser mantidas constantes todas as condições neste estudo, utilizou-se a análise de variância para avaliar os efeitos das variáveis demográficas e clínicas na qualidade de vida do grupo de doentes estudado.

Para determinar se existem diferenças significativas entre as médias dos grupos A e B em cada uma das escalas do S.F.-36, foi aplicado o teste de  $t$  de Student. Porém, previamente utilizou-se o teste  $F$  de Snedecor para testar se as variâncias das amostras são homogêneas, isto é, suficientemente semelhantes para serem consideradas estimativas independentes da mesma variância de população.

No caso das amostras A e B serem extraídas de populações com a mesma variância (ou seja,  $\sigma_A^2 = \sigma_B^2$ ), utiliza-se a seguinte fórmula:

$$t = \frac{|\bar{X}_A - \bar{X}_B|}{\sigma \sqrt{1/N_A + 1/N_B}}$$

em que  $\sigma$  é obtido por 
$$\sigma = \sqrt{\frac{N_A s_A^2 + N_B s_B^2}{N_A + N_B - 2}}$$

com um número de graus de liberdade igual a  $N_A + N_B - 2$ .

onde  $N_A$  e  $N_B$  representam o número de elementos das amostras A e B, respectivamente;  $\bar{X}_A$  a média da amostra A;  $\bar{X}_B$  a média da amostra B;  $s_A^2$  a variância da amostra A;  $s_B^2$  a variância da amostra B;  $\sigma_A^2$  e  $\sigma_B^2$  as variâncias das populações.

No caso de  $\sigma_A^2 \neq \sigma_B^2$ , utiliza-se a seguinte fórmula:

$$t = \frac{|\bar{X}_A - \bar{X}_B|}{\sqrt{s_A^2 / N_A + s_B^2 / N_B}},$$

com um número de graus de liberdade igual a 2.

## 7.1. Análise Descritiva dos Resultados do Grupo A

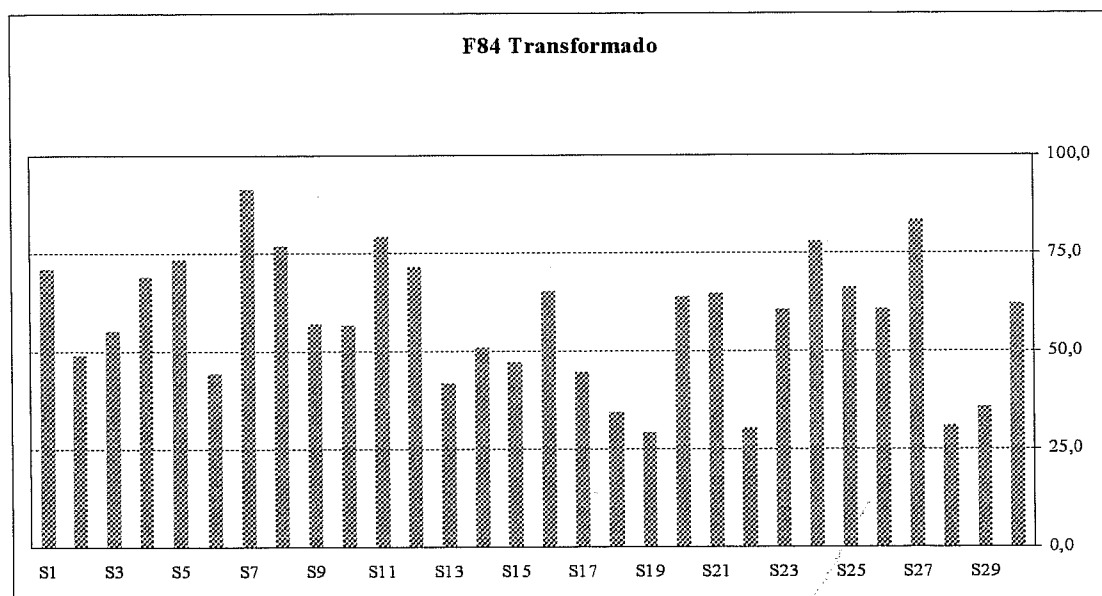
Nesta análise descritiva dos dados referentes ao grupo A, serão considerados os resultados globais e dos itens do F.-84, e os resultados das escalas do S.F.-36.

Os resultados das pacientes no F.-84 variam entre 28,9 e 91,3; sendo a média 58,1 (amplitude = 62,4 e desvio padrão = 16,5). Este valor situa-se ligeiramente acima da média do F.-84 (50,1) (1). Vinte mulheres (66,7%) obtêm resultados acima de 50,1; entre as quais quinze (50%) têm resultados que se distribuem no intervalo 50-75 e cinco (16,7%) entre 75-100. As restantes dez (33,3%) têm resultados inferiores a 50,1; que se situam no intervalo 25-50.

<sup>1</sup> A média do F.-84 refere-se ao resultado médio possível de obter neste questionário, sendo o seu valor 50,1. A transformação de resultados brutos do F.-84 numa escala de zero a cem converte o menor e o maior resultado possível de obter nos valores zero e cem, respectivamente, e o resultado médio possível no valor 50,1 (vide 6.3.2.).

No gráfico de barras, em baixo, estão resumidos os resultados do grupo A no F.-84.

**Gráfico 1** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) do F.-84.



A partir do Gráfico 1 constata-se que a amplitude dos resultados do F.-84 é grande ( $c = 91,3 - 28,9 = 62,4$ ). Dez pacientes (33,3%) têm resultados que se situam no intervalo 25-50, quinze (50%) no intervalo 50-75 e cinco (16,7%) no intervalo 75-100.

No Apêndice 7 são apresentados os resultados do F.-84, obtidos pelos sujeitos do grupo A (resultados totais e resultados médios).

Relativamente aos resultados dos itens do F.-84, sessenta e dois itens (75%) têm pontuações (médias) que se situam dentro ou acima dos valores médios dos itens do F.-84 e vinte e um itens (25%) estão abaixo destes valores (2).

<sup>2</sup> Os valores médios dos itens do F. -84 referem-se aos resultados médios possíveis de obter nos oitenta e três itens do questionário que são cotados, sendo os seus valores os seguintes: 54 para o item 1 e 50 para os restantes.

No Quadro 26 são referidos os itens do F.-84 que obtiveram pontuações mais baixas (25-50) e os respectivos resultados. A última coluna indica a percentagem de sujeitos com resultados abaixo da média nesses itens.

**Quadro 26** - Itens do F.-84 que obtiveram pontuações (médias) mais baixas.

Nº Item	Conteúdo das Questões	Resultados (médios)	Nº Sujeitos < Média	% Sujeitos < Média
12.I	Tenho dificuldade em aceitar um convite com uma pessoa do sexo oposto que mostra interesse por mim.	25,8	20	66,7
12.N	Fico nervosa/o por ter de fazer testes.	29,2	23	76,7
12.Q	Fico muito nervosa/o enquanto espero os resultados dos testes.	29,9	22	73,3
12.T	Preocupa-me se a minha família conseguirá viver sem mim.	30,0	22	76,7
13.I	Sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida.	30,0	23	76,7
12.R	Preocupo-me muito com a evolução da doença.	30,8	23	76,7
13.B	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	30,8	21	70
1.	Em geral, como diria que a sua saúde é.	33,3	20	66,7
14.	Em geral como classifica a sua condição física?	34,2	23	76,7
15.	Como classificaria a sua condição física no último mês?	34,2	21	70
12.S	Preocupa-me a ideia de não poder cuidar de mim própria/o.	36,1	21	70
13.D	A minha saúde é ótima.	38,2	19	63,3
12.B	Não tenho interesse pelas relações íntimas com o meu/minha esposo/a ou companheiro/a.	40,8	17	56,7
13.M	Sinto-me desconfortável com as mudanças que ocorreram no meu corpo.	40,8	15	50
12.C	A frequência das relações íntimas com o meu esposo ou companheiro diminuíram.	43,3	17	56,7
12.J	Tenho dificuldade em falar acerca da doença com uma pessoa do sexo oposto que mostra interesse por mim.	45,0	15	50
9.E	Se sentiu com muita energia?	46,0	19	63,3
9.H	Se sentiu feliz?	46,0	18	60
10.G	Se preocupou com a sua doença?	46,7	15	50
12.E	Tenho dificuldade em falar no que acontece depois da morte.	48,3	16	53,3
9.D	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	48,7	17	56,7

No Quadro 27 são referidos os itens do F.-84 que obtiveram pontuações mais elevadas (75-100) e os respectivos resultados. A última coluna indica a percentagem de sujeitos com resultados iguais ou superiores à média nesses itens.

**Quadro 27 - Itens do F.-84 que obtiveram pontuações (médias) mais elevadas.**

Nº Item	Conteúdo das Questões	Resultados (médios)	Nº Sujeitos ≥ Média	% Sujeitos ≥ Média
3.E	Subir um lanço de escada.	76,7	28	93,3
3.I	Andar um quarteirão.	91,7	30	100
3.J	Sair de casa para passear.	83,3	28	93,3
3.K	Andar dentro de casa.	95,8	29	96,7
3.L	Tomar banho ou vestir-me sozinho.	93,3	29	96,7
3.M	Utilizar uma tesoura para cortar um papel.	96,7	30	100
3.N	Comer sem ajuda (cortar a carne ou levar a comida à boca).	100	30	100
3.O	Ir de férias.	87,5	28	93,3
4.A	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.	76,7	23	76,7
10.C	O tratamento médico prejudicou a sua vida familiar?	92	30	100
10.E	Teve problemas em manter a sua atenção numa actividade por um longo período de tempo?	75,3	26	86,7
12.G	Tenho dificuldade em falar acerca da minha doença.	76,7	23	76,7
12.O	Tenho dificuldade em falar aos meus colegas mais chegados acerca da doença.	76	23	76,7
13.K	Respiro com dificuldade quando estou deitado.	75	22	73,3

Os resultados (médios) das pacientes nas escalas do S.F.-36 oscilam entre 45,6 e 73,3 (amplitude = 27,7), situando-se dentro ou acima da média das escalas do S.F.-36, com excepção do resultado da escala de percepção geral de saúde que é ligeiramente inferior ao valor médio desta escala <sup>(3)</sup>.

<sup>3</sup> Os valores médios das escalas do S.F. -36 referem-se aos resultados médios possíveis de obter em cada uma das oito escalas do questionário, sendo os seus valores os seguintes: 50,8 para a escala de percepção geral de saúde; 51,5 para a escala de dor corporal e 50,0 para as restantes.

Os resultados do grupo A nas escalas do S.F.-36 estão resumidos no Quadro 28. As colunas 3-7 indicam a percentagem de sujeitos cujos resultados se distribuem por cada uma das categorias consideradas (0-25, 50-75, 75-100 e abaixo dos valores médios das escalas do S.F.-36).

**Quadro 28** - Resultados (médios) do grupo A nas escalas do S.F.-36 e distribuição dos resultados.

Escalas do S.F.-36	Resultados (médios)	% Sujeitos 0-25	% Sujeitos 25-50	% Sujeitos 50-75	% Sujeitos 75-100	% Sujeitos < Média
I. Funcionamento físico	68,2	0	20	33,3	46,7	20
II. Papel-físico	61,7	16,7	20	13,3	50	36,7
III. Dor corporal	55,4	16,7	16,7	46,7	20	53,3
IV. Percepção geral de saúde	45,6	20	40	30	10	63,3
V. Vitalidade	52,2	20	16,7	43,3	20	36,7
VI. Funcionamento social	73,3	3,3	16,7	10	70	20
VII. Papel-emocional	62,2	20	23,3	6,7	50	43,3
VIII. Saúde mental	55,1	6,7	33,3	40	20	40

A pontuação mais elevada regista-se na escala de funcionamento social (média = 73,3 e desvio padrão = 30,9). A pontuação mais baixa verifica-se na escala de percepção geral de saúde (média = 45,6 e desvio padrão = 20,6), seguida das escalas de vitalidade (média = 52,2 e desvio padrão = 24,5) e de saúde mental (média = 55,1 e desvio padrão = 21,1).

No Apêndice 7 são apresentados os resultados obtidos pelos sujeitos do grupo A em cada uma das escalas do S.F.-36 (vide Gráficos I-VIII e Tabelas 6-13).

## 7.2. Análise de Variância

Com o objectivo de avaliar os efeitos das variáveis demográficas na qualidade de vida, utilizou-se a análise de variância (técnica de Fisher).

Relativamente ao factor idade, para estudar a relação entre esta variável e a qualidade de vida, dividiu-se a amostra A em três grupos: grupo 1 - mulheres com idades compreendidas entre os vinte e quatro e os trinta e nove anos; grupo 2 - mulheres com idades compreendidas

entre os quarenta e os cinquenta e quatro anos; e grupo 3 - mulheres com idades compreendidas entre os cinquenta e cinco e os setenta e quatro anos.

Os resultados (médios) dos três grupos etários no Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F.-84, estão representados no Quadro 29.

**Quadro 29** - Síntese dos resultados das análises de variância referentes às variáveis demográficas, para o nível de significância de 5% e  $v_1$  e  $v_2$  graus de liberdade (*g.l.* correspondentes às variações entre amostras e no interior das amostras, respectivamente).

Variáveis Demográficas	Amostras	Médias (F.-84)	Graus de Liberdade ( $v_1$ e $v_2$ )	Razão $F$	Valores de $F$ Tabulados
Idade (anos)	24-39	3,30	2;27	0,29	3,34
	40-54	3,07			
	55-74	3,07			
Escolaridade (anos)	0-3	2,96	2;27	1,16	3,34
	4-6	3,17			
	10-12	3,58			
Estado civil	solteira	3,41	3;26	1,81	2,98
	casada/coabita	3,17			
	divorciada/separada	3,26			
	viúva	2,67			
Paridade	sem filhos	3,51	1;28	2,07	4,20
	com filhos	3,05			
Situação profissional	activa	3,28	3;26	1,50	2,98
	baixa médica	2,74			
	reformada	2,87			
	outros (doméstica)	3,24			
Tipo de profissão/ ocupação	grandes grupos 4 e 5	3,20	4;25	0,55	2,74
	grande grupo 6	2,81			
	grandes grupos 7 e 8	3,31			
	grande grupo 9	3,00			
	outros (doméstica)	3,24			

A partir do Quadro 29, constatamos que as médias dos três grupos de idade apresentam pequenas variações. Serão essas diferenças significativas ou devidas a flutuações das amostras provenientes da mesma população?

Se provarmos que a variabilidade intergrupo é significativamente maior que a variabilidade intragrupo, rejeitaremos a hipótese nula de que as amostras provêm da mesma

população, isto é, que não existem diferenças significativas entre as médias dos três grupos; caso contrário, não poderemos rejeitar esta hipótese.

Adoptando o nível de significância 0,05, verificamos que, para 2 e 27 graus de liberdade, o valor de  $F$  é igual a 3,34. O valor da razão  $F$  para a variável idade, 0,29, não é, portanto, estatisticamente significativo para o nível de 5%. Com base no resultado desta prova, não poderemos rejeitar a hipótese nula ( $H_0: u_1 = u_2 = u_3$ ) ao nível de significância 0,05. Donde concluímos que não existem diferenças significativas entre as médias dos três grupos no F.-84. Relativamente às variáveis escolaridade, estado civil, paridade, situação profissional e profissão/ocupação, também, não foram encontradas diferenças significativas entre as médias dos referidos grupos (vide Quadro 29).

Para estudar os efeitos das variáveis clínicas na qualidade de vida recorreu-se, igualmente, à técnica de A. Fisher, tendo o processo de análise de variância sido idêntico ao descrito para a variável idade.

Os resultados obtidos nesta prova são apresentados no Quadro 30.

**Quadro 30** - Síntese dos resultados das análises de variância referentes às variáveis clínicas, para o nível de significância de 5% e  $v_1$  e  $v_2$  graus de liberdade (*g.l.* correspondentes às variações entre amostras e no interior das amostras, respectivamente).

Variáveis Clínicas	Amostras	Médias (F.-84)	Graus de Liberdade ( $v_1$ e $v_2$ )	Razão $F$	Valores de $F$ Tabulados
Diagnóstico clínico	carcinoma do ovário	3,40	1;28	1,71	4,20
	carcinoma do útero	3,04			
Tratamento cirúrgico	anexectomia unil.	3,57	3;26	0,65	2,98
	histerectomia s/anex.	3,34			
	histerectomia c/anex. unilateral	3,19			
	histerectomia c/anex. bilateral	3,01			
Tempo cirurgia (meses)	0-6	3,25	2;27	0,59	3,34
	7-12	3,19			
	13-24	2,97			
Tratamentos complementares	não realizou	3,10	2;27	1,11	3,34
	radioterapia	2,91			
	quimioterapia	3,55			

Como se pode observar no Quadro 30, os valores da razão  $F$  para as variáveis diagnóstico da doença, tipo de tratamento cirúrgico, tempo de realização da cirurgia e tratamentos oncológicos complementares não são estatisticamente significativos ( $p = 0,05$ ). Em função dos dados obtidos, aceitaremos as hipóteses nulas de não existência de diferenças - formuladas para cada uma das variáveis clínicas estudadas - ao nível de significância de 5%. Concluimos, portanto, que não existem diferenças significativas entre as médias dos referidos grupos no F.-84.

Relativamente a cada uma das variáveis estudadas, embora se registre diferenças entre as médias dos vários grupos, dentro de cada grupo a variabilidade individual é tão ampla, que as diferenças entre os grupos não são significativamente superiores às diferenças entre os indivíduos de cada grupo.

### 7.3. Resultados do Grupo B nas Escalas do S.F.-36

Os resultados do grupo B nas escalas do S.F.-36 estão resumidos no Quadro 31. As colunas 3-7 indicam a percentagem de sujeitos cujos resultados se distribuem por cada uma das categorias consideradas (0-25, 50-75, 75-100 e abaixo dos valores médios das escalas do S.F.-36).

**Quadro 31** - Resultados (médios) do grupo B nas escalas do S.F.-36 e distribuição dos resultados.

Escalas do S.F.-36	Resultados (médios)	% Sujeitos 0-25	% Sujeitos 25-50	% Sujeitos 50-75	% Sujeitos 75-100	% Sujeitos < Média
I. Funcionamento físico	81,8	3,3	3,3	16,7	76,7	6,7
II. Papel-físico	76,7	10	6,7	10	73,3	16,7
III. Dor corporal	60,1	13,3	13,3	46,7	26,7	36,7
IV. Percepção geral de saúde	60,9	3,3	20	56,7	20	30
V. Vitalidade	53,3	3,3	40	40	16,7	43,3
VI. Funcionamento social	80	0	10	13,3	76,7	10
VII. Papel-emocional	64,4	20	16,7	13,3	50	33,3
VIII. Saúde mental	62,3	0	30	33,3	36,7	30

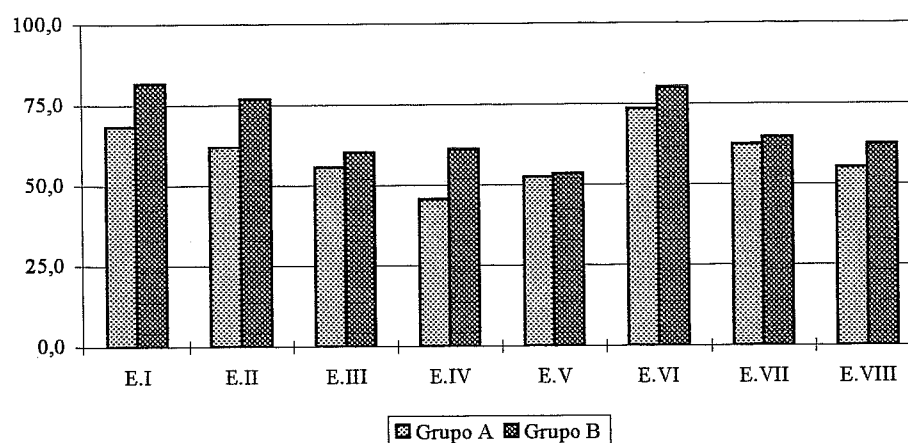
A pontuação mais elevada regista-se na escala de funcionamento físico (média = 81,8 e desvio padrão = 20,1), seguida da escala de funcionamento social que se aproximou desse valor (média = 80 e desvio padrão = 25,3). A pontuação mais baixa verifica-se na escala de vitalidade (média = 53,3 e desvio padrão = 18,2).

No Apêndice 7 são apresentados os resultados obtidos pelos sujeitos do grupo B em cada uma das escalas do S.F.-36 (vide Gráficos IX-XVI e Tabelas 14-21).

#### 7.4. Diferenças entre os Resultados dos Grupos A e B nas Escalas do S.F.-36

No Gráfico 2 estão resumidos os resultados (médios) dos dois grupos nas escalas do S.F.-36.

**Gráfico 2 -** O eixo horizontal representa as escalas do S.F.-36 e o eixo vertical os valores médios referentes a cada uma das escalas. As barras cinzento claro representam os resultados do grupo A e as barras cinzento escuro os resultados do grupo B.



A partir do Gráfico 2 podemos observar que as médias dos dois grupos diferem, tendo o grupo B obtido valores médios superiores aos do grupo A em todas as escalas. Levanta-se, no entanto, a questão se as diferenças encontradas são ou não significativas.

Para determinar se existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos nas escalas do S.F.-36, foi aplicado o teste  $t$  de Student (<sup>4</sup>).

Os resultados obtidos nesta prova são apresentados no Quadro 32.

**Quadro 32** - Coeficiente  $t$  de Student e valores tabulados de  $t$ , para o nível de significância de 5% e  $N_A + N_B - 2$  graus de liberdade.

Escalas do S.F.-36	Coeficiente $t$	Valores Críticos de $t$
I. Funcionamento físico	2,30	2,00
II. Papel-físico	1,52	2,00
III. Dor corporal	0,71	2,00
IV. Percepção geral de saúde	3,16	2,00
V. Vitalidade	0,21	2,00
VI. Funcionamento social	0,90	2,00
VII. Papel-emocional	0,21	2,00
VIII. Saúde mental	1,52	2,00

Adoptando o nível de significância 0,05 verificamos que, para 58 graus de liberdade ( $g.l. = N_A + N_B - 2 = 30 + 30 - 2 = 58$ ), o valor de  $t$  para a escala de funcionamento físico é igual a 2,30; ou seja, é estatisticamente significativo para o nível de significância 0,05. Por outras palavras, o valor de  $t$  situa-se fora do intervalo  $-t_{0,975}$  a  $t_{0,975}$ , o qual, para 58 graus de liberdade, é o que vai de  $-2,00$  a  $2,00$ . Desse modo, poderemos rejeitar a hipótese nula ( $H_0: u_A = u_B$ ) e aceitar a hipótese alternativa ( $H_1: u_A \neq u_B$ ) ao nível de significância 0,05. Donde concluímos que existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos na escala de funcionamento físico. Foram, também, encontradas diferenças significativas na escala de percepção geral de saúde ( $t = 3,16$ ).

Como se pode observar no Quadro 29, os valores de  $t$  para as restantes escalas do S.F.-36 não são estatisticamente significativos para o nível de significância escolhido: os valores de  $t$  caíam na região de aceitação da hipótese. Em função dos dados obtidos, aceitaremos as

<sup>4</sup> Foi aplicado o teste  $F$  de Snedecor ( $p = 0,05$ ) para determinar se as variâncias das duas amostras são homogêneas. Como essa condição foi verificada, aplicamos a fórmula  $t$  variâncias agrupadas para testar se as diferenças entre as médias dos dois grupos são significativas.

hipóteses  $H_0 (u_A = u_B)$  - formuladas para as escalas de papel-físico, dor corporal, vitalidade, funcionamento social, papel-emocional e saúde mental - ao nível de significância de 5%. Concluimos, portanto, que não existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos nas referidas escalas.

Antes de se determinar se existem diferenças significativas entre os grupos A e B em cada uma das escalas do S.F.-36, utilizou-se o teste de Student (fórmula  $t$  variâncias agrupadas) com o objectivo de testar se os dois grupos diferem em termos da variável idade (vide Capítulo 6). O resultado desta prova permite concluir que não existem diferenças significativas entre as médias de idades dos grupos A e B ( $t = 0,66$ ; para  $p = 0,05$  e 58 g.l.). Onde, as diferenças de resultados registadas nas escalas de funcionamento físico e percepção geral de saúde não deverão ser atribuídas ao factor idade.

## 7.5. Discussão

O objectivo deste trabalho é estudar aspectos de qualidade de vida de um grupo de mulheres sujeitas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. Procurou-se, ainda, comparar o estado de saúde desse grupo de doentes (grupo A) com o estado de saúde de um grupo de mulheres «sem» doença e que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica (grupo B), com o objectivo de estimar os efeitos destes acontecimentos em diferentes dimensões de saúde.

Na avaliação daqueles parâmetros, foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida (F.-84) e a versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36), passados aos grupos A e B, respectivamente.

Ao nível global, os resultados do F.-84 indicam que a amostra de pacientes, que fizeram cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital, revela uma qualidade de vida satisfatória (média total = 58,1 e desvio padrão = 16,5), no momento em que o estudo foi

realizado. A partir da análise dos resultados por sujeito verifica-se que 66,7% das mulheres obtêm pontuações superiores à média do F.-84 (50,1) e 33,3% abaixo deste valor.

Por outro lado, a análise dos resultados das escalas do S.F.-36 e dos itens do F.-84 permite detectar possíveis áreas de funcionamento em que os sujeitos apresentam maiores ou menores dificuldades e identificar alguns problemas ou situações específicas associadas à doença e tratamento.

A escala do S.F.-36 onde se regista uma maior percentagem de pacientes com resultados abaixo da média é a de percepção geral de saúde (63,3%): cerca de 65% dos sujeitos consideram que a sua saúde não é boa e aproximadamente 10% estão convencidos que a sua saúde irá piorar. Comparando os resultados obtidos pelos grupos A e B na escala de percepção geral de saúde, verifica-se que as médias dos dois grupos diferem e que essas diferenças são significativas.

As respostas dadas aos itens 10.G, 12.N, 12.Q e 12.R do F.-84 sugerem que um número considerável de doentes se preocupa com o seu estado de saúde e receia que a doença evolua. O medo da morte e inquietações com o seu futuro e o dos familiares, também, parecem preocupar muitas pacientes (itens 10.G, 12.E, 12.N, 12.Q, 12.R, 12.S e 12.T). Efectivamente, é compreensível que uma pessoa, ao ser confrontada com uma doença cujo curso evolutivo não é totalmente previsível, manifeste preocupações dessa natureza e tenha uma percepção menos favorável do seu estado de saúde.

Em seguida, a escala onde se observa uma maior percentagem de pacientes com resultados inferiores à média é a de dor corporal (53,3%): aproximadamente 50% dos sujeitos referem dores moderadas a muito fortes, que em cerca de 25% dos casos interferem (moderadamente/bastante) no trabalho ou nas actividades domésticas. Embora o grupo B tenha obtido uma pontuação superior à do grupo A na escala de dor corporal, as diferenças entre os dois grupos não são significativas. Na generalidade dos casos, as dores descritas pelas pacientes parecem estar associadas a problemas de coluna, de circulação ou de reumatismo e não propriamente ao cancro <sup>(5)</sup>. Durante a entrevista, várias pacientes referem, ainda, dores de cabeça frequentes. Esse tipo de queixas foram, também, comuns no grupo B.

A interpretação dos resultados da escala de vitalidade é relativamente complexa, dado que esta escala constitui uma medida subjectiva de bem-estar, incluindo aspectos de saúde

<sup>5</sup> *Observe-se que muitas mulheres na altura da entrevista estavam assintomáticas. No caso de apresentarem sintomas residuais, a sintomatologia era menos expressiva e pouco específica.*

positivos (como por exemplo a energia) e expressões somáticas de doença física e de «stress» psicológico (por exemplo fadiga). Neste estudo, cerca de 25% das pacientes referem que se sentem frequentemente cansadas e aproximadamente 40% das mulheres relatam uma diminuição da sua energia e vitalidade. O grupo B obtém uma pontuação superior à do grupo A na escala de vitalidade, embora as diferenças encontradas não sejam significativas. Apesar de não se registar diferenças significativas entre os dois grupos, é provável que o nível de vitalidade/energia da pessoa seja mais afectado pela doença e tratamento do que os resultados sugerem. Observe-se que, no momento em que o estudo foi realizado, 16,7% das pacientes estavam com baixa médica e 10% com redução da actividade profissional.

Relativamente à escala de saúde mental, os resultados sugerem a existência das seguintes dificuldades emocionais no grupo A: ansiedade ou perda de controlo emocional em 30% das pacientes, tristeza em 26,7% das mulheres, entre as quais 20% referem que frequentemente se sentem muito deprimidas. O item 9.H constitui um indicador de bem-estar psicológico e foi o menos cotado nesta escala: 60% das pacientes referem que, nas últimas quatro semanas, poucas vezes se sentiram felizes. O grupo B obtém um resultado superior ao do grupo na escala de saúde mental; todavia, as diferenças observadas não são significativas.

Num estudo longitudinal, conduzido no Reino Unido com pacientes com cancro da mama, os resultados indicam que aos doze meses (Maguire *et al.*, 1978) e aos vinte e quatro meses (Morris, Greer & White, 1977) <sup>(6)</sup> aproximadamente 20% das pacientes manifestam problemas emocionais com depressão moderada a severa comparativamente a 8% dos sujeitos com doença benigna. Em contrapartida, estudos longitudinais mais recentes, desenvolvidos nos Estados Unidos com pacientes com cancro da mama (Bloom, 1987; Vinokur, Threatt, Caplan & Zimmerman, 1989) e cancro genital (Andersen *et al.*, 1989b) <sup>(7)</sup>, não referem diferenças significativas nos níveis de «distress» emocional entre as mulheres com cancro e as mulheres com doença benigna ou «sem doença».

Discrepâncias nos resultados de estudos sobre a prevalência de perturbações psíquicas na população com cancro são frequentes e poderão traduzir limitações metodológicas e diagnosticas. Por exemplo, numa revisão de estudos, realizada por Friedenbergs *et al.* (1981-1982) <sup>(8)</sup>, 18 a 50% dos pacientes de cancro relatam ansiedade e depressão. Durante a década

<sup>6</sup> Estudos citados por Andersen, 1989, pp. 693 e 694.

<sup>7</sup> Estudos citados por Andersen, *op. cit.*, p. 694.

<sup>8</sup> Estudo de Friedenbergs *et al.* citado por Callahan *et al.*, 1993, p. 471.

de oitenta, as pesquisas com grupos de cancro caracterizam-se por um maior controlo de variáveis (tais como sexo, localização do cancro, extensão da doença e tipo de tratamento), resultando numa maior consistência de resultados (Anderson, 1989).

Os resultados das escalas de limitações de papéis decorrentes de problemas físicos e emocionais indicam que cerca de 36,7% das pacientes apresentam problemas no trabalho ou noutras actividades diárias por problemas de saúde física e 43,3% por problemas emocionais, respectivamente. O grupo B obtém valores superiores aos do grupo A em ambas as escalas, embora as diferenças encontradas não sejam significativas. A interpretação desses resultados deverá, no entanto, ser feita com precaução, uma vez que estas duas escalas incluem itens que se referem a vários papéis sociais e por isso adequam-se a indivíduos não activos profissionalmente ou que exercem mais do que um tipo de papéis. A avaliação deverá reportar-se aos trinta dias anteriores à aplicação. Logo, se naquele momento o sujeito está inactivo profissionalmente, a apreciação que faz refere-se a actividades diárias diversas, incluindo por exemplo as domésticas ou de tempos-livres, mas não à actividade profissional.

Em relação à escala de funcionamento social, 20% das pacientes referem que, durante as últimas quatro semanas, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram bastante/imenso no seu relacionamento social com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas. Embora o grupo B tenha obtido valores superiores aos do grupo A nesta escala, não se regista diferenças significativas entre as médias dos dois grupos.

De referir o estudo de qualidade de vida realizado por Sanz (1991) <sup>(9)</sup> com um grupo de cinquenta doentes com cancro - entre os quais trinta e três (66%) estavam «livres» de doença e a maioria não apresentava sintomas - no qual o autor conclui que as áreas menos afectadas são a familiar e a social. A mais afectada é a sexual, seguida das áreas laboral, psíquica e física.

Dados provenientes de estudos transversais (Baider & Sarrell, 1984; Lichtmann & Taylor, 1986) e longitudinais (Neuling & Winefield, 1988) <sup>(10)</sup> sugerem que a maior parte das relações interpessoais de pacientes com cancro permanecem intactas e satisfatórias e, em certos casos, são fortalecidas. Quando ocorrem problemas, surgem situações de afastamento e de tensão, que se pensa serem comuns a outros grupos de doentes (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979) <sup>(11)</sup>.

<sup>9</sup> Estudo de Sanz citado por Conill, Verger, Salamero, & Azpiazu, 1991, p. 197.

<sup>10</sup> Estudos citados por Andersen, op. cit., p. 695.

<sup>11</sup> Citados por Andersen, *ibidem*.

Apesar da existência de dificuldades emocionais, que em certos casais acompanham problemas de ajustamento sexual, dados de estudos retrospectivos (Cella & Tross, 1986) <sup>(12)</sup> e longitudinais (Andersen *et al.*, 1989b) indicam que a generalidade dos casais não se separa e que o relacionamento conjugal permanece satisfatório. Em contrapartida, estudos que envolvem vários centros oncológicos indicam que a probabilidade de sobreviventes de cancro casarem é menor. Por outro lado, o risco de infertilidade (ou outros problemas de concepção, em certas formas de cancro na mulher) é maior neste grupo (Teeter, Holmes, Holmes, & Baker, 1987; Byrne *et al.*, 1988) <sup>(13)</sup>.

Atitudes sociais de estigmatização da pessoa com cancro ou receios de contágio são actualmente menores e traduzem um maior conhecimento que a sociedade tem desta doença, bem como uma visão mais positiva desta afecção (Holland, 1990). Todavia, comportamentos de evitamento ou de discriminação podem ocorrer em indivíduos com dificuldades em lidar com situações de «stress» e doença ou em pessoas com pouca informação sobre o cancro. Neste estudo, apenas uma paciente, residente numa região rural do país, refere que se sente isolada e marginalizada pela comunidade em que vive, devido aos preconceitos que as pessoas têm em relação a esta doença.

Na escala de funcionamento físico, os itens que obtiveram uma pontuação mais baixa referem-se a actividades que exigem maior esforço físico, com excepção do item 3.F que foi o segundo item menos cotado pelo grupo A: cerca de 26,7% das pacientes referem muitas limitações na execução de actividades violentas (como correr ou levantar pesos); uma percentagem idêntica descreve muitas limitações em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se (item 3.F) e 20% das mulheres referem muitas limitações em subir vários lanços de escadas. Comparando os resultados dos grupos A e B na escala de funcionamento físico, verifica-se que as médias dos dois grupos diferem e que essas diferenças são significativas.

Algumas pacientes comentam que as dificuldades que têm em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se estão associadas a dores ou receios relacionados com a cicatriz, localizada na região abdominal (resultante da cirurgia). O factor idade é, também, apontado como causa dessas dificuldades.

Detecta-se, ainda, dificuldades ao nível da imagem/bem-estar corporal e no plano psicossocial: 40,8% das pacientes referem um estado/sentimento de mal-estar relacionado com

<sup>12</sup> Estudo de Cella e Tross citado por Andersen, *ibidem*.

<sup>13</sup> Estudos citados por Andersen, *ibidem*.

mudanças corporais (item 12.M); 40,8% relatam que não têm interesse pela actividade sexual (item 12.B) e 43,3% que a frequência das relações sexuais diminuiu (item 12.C).

Esses resultados são consistentes com os dados apresentados por Andersen (1985) <sup>(14)</sup>, de acordo com os quais 30 a 90% das mulheres com neoplasias ginecológicas apresentam problemas sexuais, dependendo da localização do tumor e da terapêutica utilizada.

As principais mudanças corporais decorrentes da doença ou tratamento, que as pacientes referem na entrevista, são os afrontamentos <sup>(15)</sup> e as alterações acentuadas de peso. Essas modificações (especialmente as situações de obesidade) são descritas como uma importante fonte de desconforto/mal-estar e parecem ter um forte impacto negativo na sua imagem corporal e auto-estima. Um número reduzido de pacientes refere, ainda, alopecia resultante da quimioterapia: a perda de cabelo foi total, embora reversível com a suspensão do tratamento.

Através da análise comparativa de resultados, constatamos, portanto, que o grupo B obtém resultados superiores aos do grupo A em todas as escalas do S.F.-36, sendo as diferenças entre as médias dos dois grupos significativas para as escalas de percepção geral de saúde e funcionamento físico. Relativamente às escalas de limitações de papéis decorrentes de problemas físicos, funcionamento social, dor corporal, saúde mental, limitações de papéis por problemas emocionais e vitalidade não se regista diferenças significativas entre os dois grupos.

Os dados obtidos permitem rejeitar a hipótese nula que formulámos e aceitar a hipótese alternativa ao nível de significância de 0,05. Donde concluímos que os resultados do grupo de mulheres sujeitas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário no Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36) diferem significativamente dos resultados do grupo de mulheres «sem doença» e que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica, e que essas diferenças se situam nas escalas de funcionamento físico e percepção geral de saúde.

Os resultados das duas escalas apontam para maiores dificuldades no desempenho de actividades físicas bem como para uma percepção menos favorável do estado de saúde nos sujeitos do grupo A, comparativamente aos do grupo B. Estudos de validação do Questionário

<sup>14</sup> Estudo citado por Callahan et al., 1993, p. 472.

<sup>15</sup> Os afrontamentos constituem um sintoma de depleção estrogénica e podem surgir na menopausa. Quando a menopausa é induzida cirurgicamente, os afrontamentos podem ser muito intensos, dado que a remoção dos ovários provoca uma perda brusca e súbita de estrogénios. A terapêutica consiste na administração de estrogénios. Porém, a sua prescrição tem contra-indicações relativas no cancro do útero.

de Estado de Saúde (S.F.-36) indicam que as escalas de funcionamento físico e percepção geral de saúde medem principalmente a dimensão física da saúde, logo diferenças de resultados nestas duas escalas podem ser amplamente (embora não totalmente) atribuídas a causas físicas.

Esses dados apoiam o pressuposto (em que se apoia a hipótese deste trabalho) de que o cancro genital e seu tratamento repercutem em diferentes aspectos de saúde. Porém, dadas as características da doença e tratamento, previa-se que a influência destes acontecimentos se estendesse a outras áreas de funcionamento, relacionadas com dimensões quer de saúde física, quer de saúde mental.

Sugere-se que o impacto da doença e tratamento em certas áreas de funcionamento seja mais extenso do que os resultados indicam (<sup>16</sup>). Todavia, outras hipóteses devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Essa discussão será retomada adiante.

Com o objectivo de estimar os efeitos das variáveis clínicas na qualidade de vida do grupo de mulheres que fizeram cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital, utilizou-se a análise de variância. Os resultados desta prova sugerem que as variáveis (localização do tumor e da cirurgia, tipo de tratamento realizado e tempo após a cirurgia) parecem não ter uma influência significativa nos níveis de qualidade de vida das pacientes ( $p = 0,05$ ). Esses resultados são um pouco inesperados. Porém, outros estudos de qualidade de vida de grupos de cancro apontam para a existência de importantes diferenças individuais nos resultados de pacientes com condições físicas similares. Num estudo realizado por Font (1994) com cento e cinquenta e quatro mulheres com cancro da mama - que se encontravam em diferentes fases do curso clínico: diagnóstico da doença, tratamento complementar, intervalo livre de doença, recidiva e doença avançada - o autor conclui que a redução dos níveis de qualidade de vida parece estar mais relacionada com aspectos psicológicos (como expectativas de auto-eficácia e de resultados, «locus de control» ou estratégias de «coping») do que com aspectos físicos (sintomas da doença, dor ou incapacidades físicas).

Várias hipóteses têm sido sugeridas para explicar os resultados de estudos de qualidade de vida de doentes com cancro, que apontam para uma relação do mesmo tipo entre variáveis

<sup>16</sup> Nomeadamente, ao nível da escala de saúde mental - que parece constituir a melhor medida da componente de saúde mental - apesar de não se registar diferenças significativas entre os grupos A e B nesta escala, a comparação dos resultados da escala de saúde mental com indicadores clínicos de «distress» psicológico sugere que a repercussão da doença e tratamento no estado emocional das pacientes poderá ser mais extensa do que os resultados desta escala sugerem (vide Capítulo 6).

clínicas e qualidade de vida. Assim, enquanto Font (1994) minimiza os efeitos dos aspectos físicos, Barofsky e Sugarbaker (1990), entre outros autores, questionam a validade de alguns instrumentos na detecção de decréscimos nos níveis de qualidade de vida associados a problemas de saúde física de diferente extensão.

Também no que concerne às variáveis demográficas, as análises de variância indicam que os factores idade, escolaridade, estado civil, paridade, tipo de profissão e situação profissional parecem não ter uma influência significativa nos níveis de qualidade de vida ( $p = 0,05$ ).

García-Riaño (1991) sugere que os aspectos que contribuem para a qualidade de vida, bem como o peso atribuído a cada um destes, possam variar em função de variáveis tais como a idade, a cultura ou o sexo, o que não implica necessariamente que os níveis de qualidade de vida alcançados sejam diferentes. Essa forma de perspectivar a relação entre variáveis psicossociais e qualidade de vida é interessante. Contudo, é necessário mais investigação com grupos de cancro para clarificar a relação existente entre estas variáveis.

### **Em síntese**

Embora um número considerável de mulheres tenha manifestado dificuldades em áreas específicas (sexualidade, imagem/bem-estar corporal, percepção de saúde e funcionamento físico) - bem como medos e preocupações relacionadas com o estado de saúde, a evolução da doença e suas consequências - a amostra de pacientes, que fizeram cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital, revela uma qualidade de vida satisfatória. Então parece que, apesar de ser necessário fazer alguns reajustamentos (os quais traduzem movimentos reactivos/adaptativos à doença e tratamento), o cancro do útero ou ovário e seu tratamento não estão necessariamente associados a distúrbios psíquicos graves, nem a uma qualidade de vida «precária».

Contudo, aqueles acontecimentos têm diferentes repercussões na qualidade de vida e cada pessoa parece perceber os efeitos da doença e tratamento na sua vida de um modo singular, dependendo do seu estado e capacidades físicas, e dos recursos internos e externos que dispõe. Assim, a partir da análise dos resultados por sujeito, verifica-se que 66,7% das pacientes relatam uma qualidade de vida satisfatória ou mesmo boa e 33,3% uma qualidade de vida «precária». A compreensão do significado e extensão das suas dificuldades requer uma análise individualizada dos dados colhidos e a utilização de técnicas de avaliação complementares, num contexto clínico.

Os resultados deste estudo, com medidas estandardizadas de saúde e de qualidade de vida - embora sejam um pouco inferiores aos resultados de estudos com populações americanas - apoiam as conclusões de trabalhos anteriores, nos quais mulheres com cancro genital que sofreram cirurgias ginecológicas relatam uma qualidade de vida satisfatória e um ajustamento psicológico relativamente bom (Brown, Haddox, Posada & Rubio, 1972; Vera, 1981; Roberts, Rossetti, Cone & Cavanagh, 1992). Também, estudos realizados com diferentes grupos de cancro apontam no mesmo sentido (Schipper, Clinch, McMurray & Levitt, 1984; Ganz, Haskell, Figlin, LaSota & Siau, 1988; Hagle, 1990) (17).

Esses resultados são surpreendentes e contrariam quer as previsões de investigadores, quer as opiniões de técnicos de saúde e do público em geral. Existem algumas hipóteses para explicar estas observações.

De Haes e van Knippenberg (1985) sugerem que as doenças oncológicas podem afectar menos a qualidade de vida dos doentes do que geralmente se pensa, devido, provavelmente, a alterações das suas expectativas ou valores, a melhorias efectivas em determinados aspectos das suas vidas (por exemplo, reforço de certos vínculos afectivos) ou a uma reestruturação das prioridades e objectivos de vida. A teoria da adaptação de Helson e Bevan (1967) (18) explica este fenómeno.

Uma hipótese alternativa, reflectindo uma perspectiva mais psicopatológica, sugere que os pacientes tendem a responder de uma forma socialmente desejável (Hurny, Piasetsky, Bagin & Holland, 1987) (19) e dão respostas de acordo com as expectativas que têm acerca do que os médicos (ou entrevistadores) gostariam de ouvir.

Outra explicação para este facto traduz uma perspectiva cognitiva. Segundo Campbell *et al.* (1976), os julgamentos de qualidade de vida contêm uma componente cognitiva e afectiva, cada uma das quais pode variar independentemente da outra. Os estudos que demonstram que as pessoas com cancro têm uma qualidade de vida satisfatória ou mesmo boa mascaram as respostas emocionais, que surgem associadas à doença e tratamento e requerem uma avaliação independente. Tal como de Haes e van Knippenberg (1985) sublinham, essa hipótese vai de

<sup>17</sup> Estudos citados por Roberts *et al.*, 1992, p. 105.

<sup>18</sup> Teoria de Helson e Bevan citada por Barofsky, & Sugarbaker, 1990, p. 434.

<sup>19</sup> De acordo com as observações de Hurny *et al.* (1987), a probabilidade de uma resposta socialmente desejável aumenta com a idade (até sessenta anos) e a ocorrência de doença crónica (citados por Barofsky, & Sugarbaker, *ibidem*).

encontro às observações de Irwin *et al.* (1982) <sup>(20)</sup>, segundo as quais pacientes que fizeram radioterapia classificam a sua qualidade de vida como sendo tão satisfatória como a das pessoas «sem doença», mas não avaliam a dimensão afectiva dos seus julgamentos.

Uma perspectiva diferente é defendida por Durá (1997) <sup>(21)</sup> que chama a atenção para o facto do cancro ao longo dos séculos ter sido mistificado pelas sociedades. Os próprios investigadores teriam uma visão pessimista desta doença e tenderiam a sobrestimar os efeitos negativos do cancro e seu tratamento no bem-estar psicológico e qualidade de vida dos doentes. A controvérsia sobre se a qualidade de vida da generalidade das pessoas com cancro é comparável à da população «normativa» traduziria as expectativas baixas dos investigadores e a sua perplexidade face aos resultados destes estudos.

Apesar de não existir uma explicação definitiva para esta questão, parece que os doentes com cancro não avaliam passivamente o seu estado de saúde e qualidade de vida, mas processam activamente os acontecimentos e circunstâncias da sua vida. Numa avaliação de qualidade de vida, com instrumentos auto-administrados, as respostas pressupõem, frequentemente, o processamento da informação inerente a cada questão (afirmação descritiva) e a atribuição de um valor ou peso associado a essa afirmação. O modo como a informação é interpretada ou enquadrada poderá afectar os julgamentos que os pacientes fazem.

Llewellyn-Thomas *et al.* (1984) <sup>(22)</sup> realizaram vários estudos sobre os efeitos de factores metodológicos na avaliação que os pacientes com cancro fazem do seu estado de saúde. Eles observaram que o tipo, número e ordem de apresentação das questões, assim como os métodos de valorização, parecem influenciar as respostas.

Os autores sugerem, ainda, que os pacientes quando fazem juízos adoptam várias heurísticas <sup>(23)</sup>. Ainda se sabe muito pouco sobre as estratégias cognitivas que os doentes oncológicos usam quando fazem julgamentos e se estas diferem das que as pessoas «sem doença» ou outros grupos de doentes utilizam. Qualquer que seja o resultado das suas avaliações, parece provável que as pessoas com cancro usam tais heurísticas quando fazem

<sup>20</sup> Estudos de Irwin, Gottleb, Kramer e Danoff citados por de Haes, & van Knippenberg, 1985, p. 809.

<sup>21</sup> Comunicação pessoal de Estrella Durá (28 de Fevereiro de 1997).

<sup>22</sup> Estudos de Llewellyn-Thomas *et al.* citados por Barofsky, & Sugarbaker, 1990, p. 435.

<sup>23</sup> As heurísticas são estratégias cognitivas que os leigos usam para simplificar tarefas de fazer julgamentos, mas que podem conduzir a juízos não correctos, pelo facto de toda a informação disponível não ter sido utilizada no processo de julgamento.

juízos e que a compreensão do seu papel é importante para compreender os juízos de qualidade de vida realizados por estes pacientes.

Alguns autores defendem que os tratamentos oncológicos não comprometem as capacidades intelectuais dos doentes; contudo, observações empíricas indicam que estas funções estão diminuídas em certos grupos de pacientes com cancro. Segundo Barofsky e Sugarbaker (1990), os tratamentos oncológicos muitas vezes debilitam as funções neurológicas dos pacientes idosos, com cancro disseminado, e que foram submetidos a um regime multidrogas. Essa condição física poderá alterar as suas cognições e comprometer os seus julgamentos.

Embora não exista um consenso para explicar os resultados de estudos com grupos de cancro, aquelas perspectivas fornecem uma visão multifacetada do processo de julgamento da qualidade de vida em doentes oncológicos. Todavia, a generalidade das concepções existentes não tem como referência um modelo teórico suficientemente elaborado que permita uma maior compreensão do papel de cada uma das dimensões (cognitiva e afectiva) que intervêm nos julgamentos de qualidade de vida, bem como das relações existentes entre ambas as componentes.

Existem muito poucos estudos sobre a qualidade de vida em doentes submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. Apesar das limitações metodológicas referidas e do facto da amostra ser pequena, espera-se que este trabalho tenha dado um contributo para a compreensão da influência desses acontecimentos em diferentes dimensões de qualidade de vida.

O conhecimento e compreensão das repercussões destas formas de cancro e seu tratamento em diferentes aspectos de qualidade de vida é um passo importante na definição de estratégias visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes. Mas é, também, fundamental dispor de instrumentos que possibilitem um despiste rápido e eficaz de sujeitos em situação de risco devida a esses acontecimentos, bem como a identificação de áreas em que o indivíduo apresenta mais dificuldades, permitindo uma intervenção precoce e a elaboração de estratégias que ajudem a pessoa no processo de adaptação ao cancro, nas suas várias fases (diagnóstico, tratamento e reabilitação).

Face a uma diminuição significativa dos níveis de qualidade de vida, poderá ser possível desenvolver/potenciar diversas estratégias e recursos pessoais no sentido de melhorar os níveis

actuais. A apreciação dos diferentes índices obtidos permite analisar a pertinência e a possibilidade (ou impossibilidade) de actuar em determinadas áreas, e de estimar as prováveis compensações em outras dimensões conducentes a uma melhor qualidade de vida, de acordo com as condições do sujeito e o seu curso de vida.

De um modo genérico, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F.-84) revela potencialidades no despiste de indivíduos com dificuldades de ajustamento a situações de doença e a intervenções médicas, que repercutem em vários domínios de qualidade de vida, assim como na identificação de algumas dificuldades específicas associadas a esses acontecimentos.

O F.-84 revelou, ainda, ser um excelente instrumento de mediação relacional psicólogo/sujeito, a utilizar num contexto de avaliação psicológica, conducente a um processo de intervenção em situação de crise devida a doença ou intervenções médicas.

### **Comentário final e perspectivas de trabalho futuro**

O F.-84 é uma versão preliminar do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida, adoptado pelo «Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas» (Gru.Po-QDV). Desse modo, os resultados deste trabalho têm um carácter exploratório.

A Forma 84 itens está a ser aplicada a diferentes grupos de doentes crónicos e as suas qualidades psicométricas estão a ser testadas, através da utilização de várias técnicas. Os resultados obtidos fornecem dados estatísticos sobre o questionário total, a sua dimensionalidade e o comportamento dos itens. A partir de tais dados proceder-se-á a análises para determinar a garantia e validade do instrumento. Esse estudo permite conhecer as propriedades psicométricas do F.-84 - e, provavelmente, reforçar estas qualidades - mas, também, comparar aspectos de qualidade de vida de pessoas com diferentes doenças crónicas.

Como foi referido, o F.-84 inclui a versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde (S.F.-36), que pode ser aplicado a pessoas com/sem doença. Essa estrutura do questionário permite, por sua vez, comparar aspectos de saúde destes grupos de doentes com os de populações sem doença.

A identificação de características de saúde e de qualidade de vida destes doentes e a elaboração de modelos acerca da forma como cada doença afecta essas características é um passo importante na concepção de estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida.

Os responsáveis pelo projecto do Gru.Po-QDV acreditam que este estudo poderá ter implicações no campo da saúde, ajudando a melhorar os cuidados prestados, tanto mais que o projecto envolve profissionais com diferentes tipos de formação e instituições de saúde de diversas regiões do país.



## A.1. Exames Complementares de Diagnóstico do Cancro do Ovário

Além da ecografia, existem outras técnicas auxiliares no diagnóstico desta doença.

- Radiografia abdominal sem preparação: este exame é de fácil realização e possibilita a pesquisa de tumores opacos aos RX.
- «Scanner» e ressonância magnética: tal como a ecografia, fornecem indicações úteis no estudo das tumefacções detectadas com recurso a técnicas de exploração de imagens. Contudo, o alcance destas técnicas é limitado e o seu lugar exacto no diagnóstico desta doença ainda está por definir.

O «scanner» tem um interesse restrito no diagnóstico da natureza (benigna ou maligna) das formações tumorais, sendo mais informativo na avaliação da sua extensão. De referir a boa capacidade de visualização de metástases hepáticas e de propagação uretral que esta técnica proporciona. A tomodensitometria tem um papel essencial na vigilância pós-operatória, desde que os técnicos disponham de um «scanner» de referência, realizado pelo menos cinco meses depois da cirurgia. Com efeito, o «scanner» não permite a distinção entre fibroses e recidiva neoplásica. O diagnóstico diferencial baseia-se, então, em critérios de evolução das imagens.

As imagens por ressonância magnética facultam um estudo de boa qualidade da extensão do problema, visualizando, por exemplo, as relações entre a massa suspeita, a bexiga e o recto. Porém, o diagnóstico da natureza do tumor é difícil de obter a partir das imagens captadas por ressonância magnética. No quadro da vigilância cirúrgica, contrariamente ao «scanner», diferencia fibroses e recidiva neoplásica.

- Marcadores tumorais: o doseamento plasmático dos marcadores tumorais fornece indicações suplementares. Entre cerca de quarenta marcadores ováricos, é importante salientar o interesse do CA 125: uma taxa superior a 35 U/ml, em presença de uma tumefacção pélvica, é um indicador de cancro do ovário. Note-se, todavia, que existem outras causas responsáveis pela elevação desses valores (afecções hepáticas, pleuropulmonares, etc.). Donde, o interesse desta técnica reside sobretudo na vigilância da evolução do tumor. De referir, ainda, a falta de sensibilidade deste marcador no diagnóstico das formas precoces do cancro do ovário.

- Celioscopia: é uma técnica que já se situa no âmbito da exploração cirúrgica. Permite a visualização directa dos ovários, do fígado, das cúpulas diafragmáticas, das goteiras parieto-cólicas e do peritoneu. No decurso desta intervenção, faz-se sistematicamente uma colheita do exsudado peritoneal para pesquisa de células neoplásicas. Em caso de diagnóstico de tumor maligno, é realizada uma laparotomia (vide Capítulo 2). A utilização da celioscopia em situações de tumor ovárico não é recomendada por muitos especialistas, dado o risco de rotura do tumor.
- Punção de Douglas: consiste numa punção do fundo-de-saco de Douglas para estudo citológico do líquido peritoneal. A presença de células neoplásicas no líquido peritoneal confirma o carácter avançado do tumor. Todavia, existem muitos resultados falsos negativos e a citologia é ininterpretável em 15% dos casos. Daí o interesse secundário desta técnica.
- Outros exames paraclínicos (como, por exemplo, a urografia endovenosa, a linfografia e o clister opaco) não são propriamente técnicas de diagnóstico positivo, mas podem fazer parte do estudo da extensão do tumor.

## A.2. Técnicas de Irradiação Utilizadas no Tratamento do Cancro do Útero

Existem duas técnicas de irradiação no tratamento desta neoplasia: a curieterapia (ou irradiação intracavitária) e a irradiação externa, que podem ser utilizadas conjuntamente ou de forma isolada.

### **Curieterapia (irradiação intracavitária)**

Tradicionalmente é usado um isótopo do rádio (Ra) na curieterapia, sendo frequentemente adoptada a técnica de Fletcher (1980) na aplicação intracavitária deste isótopo. O sistema de Fletcher utiliza como aplicadores das fontes radioactivas uma sonda e colpóstato, que são colocados, respectivamente, no útero e vagina. O tempo total das aplicações varia, em média, entre 64 a 84 horas e é habitualmente dividido em duas sessões, com intervalos de quinze dias. A dose de irradiação administrada é, geralmente, de cerca de 7000 rads para os tecidos paracervicais.

Em Portugal, desde há vários anos que se utiliza um isótopo de céσιο (Cs) na irradiação intracavitária, como substituto do rádio (Ra). A administração mecânica do céσιο, que é programada por computação, aumenta a segurança do tratamento e permite uma correcção mais eficaz de eventuais complicações associadas à radioterapia. Com o recurso a essa tecnologia, presente em vários centros hospitalares, esse isótopo radioactivo tem-se revelado um óptimo substituto do rádio.

### **Irradiação externa**

A irradiação externa, enquanto técnica complementar, basicamente, é distribuída de forma a tratar os paramétrios e as paredes pélvicas. A irradiação externa por toda a pelve, com emissão de uma dose de irradiação uniforme, é extremamente importante, em certos casos, em que ocorre um grande crescimento tumoral.

As regiões a irradiar são as pélvicas anterior e posterior, e as laterais, de acordo com a dose a administrar. Inicialmente, marca-se os campos a irradiar com 15x15 cm, administrando 1000 rads por semana. Quando se aumenta a dose para 5000 rads T, reduz-se os campos para 10x10 cm ou mesmo para 8x8 cm, consoante o volume, distribuição e evolução clínica da lesão. Quando se pretende administrar uma dose superior a 5000-5500 rads T, utiliza-se os campos laterais, para não ultrapassar a dose de tolerância da bexiga e recto.

### A.3. Estudos de Sarcoma

O sarcoma dos tecidos moles constitui um tumor maligno, que se forma a partir destes tecidos do corpo, sendo caracterizado por uma tendência de invasão agressiva dos tecidos locais circundantes. Consequentemente, quanto maior for a quantidade de tecido removido, menor será o risco de recorrência local, mas, também, maior a probabilidade de comprometimento de funções.

Rosenberg *et al.* (1978) <sup>(1)</sup> defendem que uma incisão cirúrgica local, seguida de uma terapia adjuvante, poderá produzir níveis de controlo local do tumor equivalentes aos alcançados com uma cirurgia mais alargada. Com base na suposição de que os procedimentos de conservação de membros resultam numa menor morbilidade (e melhor qualidade de vida) do que uma cirurgia de amputação, desenvolvem estudos com o objectivo de demonstrar as vantagens qualitativas desse tratamento.

Todavia, e de forma inesperada, as pesquisas de qualidade de vida realizadas por Sugarbaker *et al.* (1982) <sup>(2)</sup> não corroboram aquela hipótese. O facto dos procedimentos de conservação de membros não conduzirem a uma melhor qualidade de vida foi atribuído aos efeitos adversos da radioterapia no funcionamento sexual e mobilidade. Em função desses (e outros) resultados, Rosenberg *et al.* reformulam o tratamento inicialmente proposto, e Hicks *et al.* (1985) <sup>(3)</sup> demonstram que os pacientes que receberam procedimentos modificados de conservação de membros tinham um funcionamento significativamente melhor do que os doentes avaliados por Shugarbacker *et al.* (1982).

<sup>1</sup> Estudos de Rosenberg *et al.* citados por Barofsky, & Sugarbaker, p. 423.

<sup>2</sup> Estudos de Sugarbaker, Barofsky, Rosenberg e Gianola citados por Barofsky, & Sugarbaker, *ibidem*.

<sup>3</sup> Estudos de Hicks, Lampert, Gelber, Glatstein e Danoff citados por Barofsky, & Sugarbaker, *ibidem*.

#### A.4. Ciclo da Resposta Sexual Feminina

A resposta sexual humana integra uma sequência ordenada de reacções fisiológicas, cujo objectivo é preparar o organismo para a actividade sexual. Essas transformações não envolvem apenas os órgãos genitais, mas sim a totalidade do corpo: a excitação sexual provoca reacções vasculares, musculares e hormonais, responsáveis por uma reacção corporal generalizada.

As alterações fisiológicas, que acompanham a resposta sexual, desenvolvem-se a partir de um estímulo sexual efectivo, quer este seja de natureza eminentemente somática ou psíquica. Factores biológicos, psicológicos e sociológicos modelam o desejo sexual, o que explica, em parte, a grande plasticidade do comportamento sexual humano.

O estímulo deverá produzir um incremento suficiente de tensão sexual de forma a que a resposta sexual se desencadeie e evolua. Se a estimulação for adequada às necessidades do indivíduo, a intensidade da resposta, em geral, aumenta rapidamente. Desse modo, a fase de excitação poderá ser encurtada ou acelerada. Se a estimulação estiver sujeita a obstáculos físicos ou psicológicos, ou se for interrompida, esta fase poderá prolongar-se muito ou então extinguir-se.

Diversos autores consideram que o ciclo completo da resposta sexual feminina se pode decompor em duas fases: excitação e orgasmo.

Os dois componentes da resposta sexual (excitação e orgasmo) envolvem várias estruturas anatómicas e fisiológicas, que são estimuladas por diferentes partes do sistema nervoso.

##### **Excitação sexual**

Constitui a primeira fase do ciclo de resposta sexual, sendo acompanhada por uma vasodilatação reflexa, decorrente da activação de centros nervosos localizados na espinhal medula.

Fisiologicamente, a primeira manifestação sexual feminina é a lubrificação vaginal. À medida que a mulher se vai sentindo excitada, surgem outros indicadores de tensão sexual, nomeadamente uma vasocongestão genital, responsável por mudanças e aumento da parede vaginal e da genitalia externa. Essas manifestações fisiológicas, paralelas ao despertar sexual, aumentam ao longo da fase de excitação, atingem o clímax durante a

fase orgástica e decrescem no decurso da fase pós-orgástica (Masters & Johnson, 1966) (4).

### **Fase orgástica**

O orgasmo é, do ponto de vista fisiológico, um reflexo genital, controlado pelos centros nervosos medulares. Porém, não envolve um reflexo vascular, como na fase anterior, mas contracções reflexas de certos músculos genitais.

Fisiologicamente, o orgasmo feminino manifesta-se por contracções rítmicas e involuntárias da plataforma orgástica, no terço externo da vagina. Paralelamente, surgem contracções orgásmicas do útero, que principiam ao mesmo tempo que as da plataforma orgástica, sendo no entanto bastante irregulares.

Segundo Bolhen *et al.* (1982) (5), existe uma relação directa entre o número e a intensidade das contracções da plataforma orgástica e a intensidade subjectiva e duração objectiva de cada experiência orgástica.

### **Perturbações Sexuais Femininas**

Kaplan (1974) (6), tendo como referência uma perspectiva bifásica da resposta sexual humana, propõe a seguinte classificação das perturbações sexuais femininas: disfunção sexual geral (primária/secundária) e disfunção orgástica (primária/secundária: absoluta ou circunstancial).

A disfunção sexual geral corresponde a uma perturbação da primeira fase do ciclo de resposta sexual (fase de excitação) e caracteriza-se por dificuldades ao nível da excitação sexual e em atingir o orgasmo. Do ponto de vista fisiológico não existe lubrificação vaginal, nem intumescência dos órgãos genitais.

Na disfunção orgástica, o problema situa-se ao nível da segunda fase (fase orgástica) e traduz-se por uma inibição específica da componente orgástica.

<sup>4</sup> Citados por Fonseca, 1987, p. 53.

<sup>5</sup> Citados por Fonseca, *op. cit.*, p. 54.

<sup>6</sup> Citada por Mendes, 1987, p. 276.

Esses quadros clínicos podem ser primários ou secundários. Por sua vez, a disfunção orgástica secundária poderá ser absoluta, se a mulher está «incapaz» de atingir o orgasmo (independentemente das circunstâncias e/ou tipo de estímulo) ou ser circunstancial, quando o clímax sexual é alcançado apenas em determinadas circunstâncias.

Em 1977, Kaplan (7) defende uma concepção trifásica do ciclo da resposta sexual: introduz uma nova fase (fase cerebral-hipotalâmica) de origem cerebral - que seria responsável pelo desejo sexual e procederia a de excitação e de orgasmo (eminentemente periférica) - e identifica um terceiro quadro de disfunção sexual que se situaria ao nível desta fase (inibição do desejo sexual).

Efectivamente, a autora constatou que algumas mulheres com disfunção sexual geral parecem experimentar desejo sexual, mas devido a bloqueios psicológicos (actuando a nível periférico) teriam uma expressão fisiológica apagada. Em contrapartida, outras parecem não «reagir» devido a uma prévia inibição do desejo sexual.

<sup>7</sup> Citada por Fonseca, *op. cit.*, p. 51.

## A.5. Concepções de Dor e Implicações na sua Gestão

A concepção que a comunidade médica e científica tem de dor condiciona a pesquisa e a escolha das estratégias utilizadas para a combater.

De um modo geral, as pessoas e os técnicos têm uma visão bifocal da dor oncológica. Por um lado, assume-se que ocorreu uma lesão dos tecidos e que a dor é uma manifestação directa da patologia subjacente. Por outro lado, para os pacientes e para aqueles que cuidam deles, a dor significa mais do que uma conexão entre um receptor de dor ou tecido danificado e uma resposta de dor. Para os doentes, o cancro e a dor são ambos uma resposta física e emocional. Essa resposta composta traduz uma dificuldade em lidar «eficazmente» com o cancro do ponto de vista físico, psicológico e social, bem como com os medos, incertezas e significados pejorativos associados a este (Sontag, 1979) <sup>(8)</sup>. A tendência dos técnicos para se deslocarem de um ponto de vista para outro tem limitado a sua eficácia na gestão da dor.

A dificuldade em integrar várias perspectivas de dor resulta, em grande parte, de um treino e formação profissional que estimulam uma percepção parcelar da realidade, direccionada para determinadas áreas de especialização. Todavia, uma aproximação mais abrangente da dor oncológica requer não só uma formação pluridisciplinar dos profissionais de saúde, mas, também, uma disponibilização de recursos humanos e materiais, para que seja possível implementar/testar novas formas de intervenção física e psicológica.

<sup>8</sup> Citado por Callahan et al., 1993, p. 474.

## A.6. Características dos Grupos A e B

Na Tabela 1 é apresentada uma síntese das características clínicas do grupo A.

**Tabela 1** - Características clínicas do grupo A.

N = 30

Sujeitos	Diagnóstico Clínico	Tratamento Cirúrgico	$\Delta T =$ Tempo (cirurgia/entrevista: meses)	Radioterapia	Quimioterapia
S1	carc. do ovário	anexectomia unilateral	13		
S2	carc. do útero	histerectomia total	3		
S3	carc. do útero	histerectomia total	12		
S4	carc. do ovário	histerect. total c/ anexec. bilateral	18		sim
S5	carc. do útero	histerectomia total	3		
S6	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	7		
S7	carc. do útero	histerectomia total	4		
S8	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	8		
S9	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	12		
S10	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	8	sim	
S11	carc. do útero	histerectomia total	11		
S12	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	16	sim	
S13	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	3		
S14	carc. do útero	histerect. total	14		
S15	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. unilateral	14		
S16	carc. do ovário	histerect. total c/ anexec. unilateral	19		
S17	carc. do ovário	histerect. total c/ anexec. bilateral	17		
S18	carc. do útero	histerectomia total	5		
S19	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	20		
S20	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	19		sim
S21	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	20		
S22	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	18	sim	
S23	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	9	sim	
S24	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	12		sim
S25	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	9	sim	
S26	carc. do ovário	histerect. total c/ anexec. unilateral	10		
S27	carc. do ovário	histerect. total c/ anexec. bilateral	6		
S28	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	7	sim	
S29	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	17		
S30	carc. do útero	histerect. total c/ anexec. bilateral	24		

As características demográficas do grupo A são apresentadas, de forma esquemática, na Tabela 2.

**Tabela 2 - Características demográficas do grupo A.**

Suj.	Idade	Anos de Escolarid.	Estado Civil	Nº de Filhos	Profissão/ Ocupação	Actividade (exterior)	Actividade (domicílio)	Reform.	Baixa Médica	Redução de Actividade
S1	24	11	casada	1	caixa de comércio	sim				
S2	32	6	separada	2	esteticista	sim				
S3	35	6	casada	4	empregada doméstica	sim				sim
S4	35	4	solteira	0	demonstradora				sim	
S5	39	4	divorc.	2	auxiliar de limpeza	sim				
S6	41	4	casada	2	trabalhadora rural	sim				sim
S7	41	4	casada	1	operadora de máquinas trabalho em série: metais	sim				
S8	42	4	casada	2	auxiliar de limpeza	sim				
S9	43	4	coabita	1	auxiliar de limpeza	sim				
S10	45	2	casada	1	secretária	sim				
S11	45	12 (9 + 3 curso secret.)	casada	2	secretária	sim				
S12	45	4	viúva	2	vigilante de crianças	sim				
S13	47	3	casada	1	copeira				sim	
S14	49	4	casada	5	doméstica (+costureira)		sim			
S15	49	4	casada	2	auxiliar de limpeza	sim				
S16	51	2	casada	2	padeira				sim	
S17	51	2	casada	5	trabalhadora rural	sim				
S18	52	3	coabita	7	empregada de quartos (hotelaria)				sim	
S19	52	4	casada	2	escriturária			sim		
S20	54	4	solteira	0	empregada doméstica	sim				sim
S21	61	3	separada	7	operadora de máquinas trabalho em série: metais			sim		

S22	61	1	viúva	6	trabalhadora rural				sim	
S23	62	4	casada	7	vigilante de crianças	sim				
S24	64	3	casada	2	trabalhadora rural	sim				
S25	64	2	casada	3	empregada doméstica			sim		
S26	65	3	casada	0	doméstica (+ costureira)		sim			
S27	66	2	casada	0	operadora de máquinas trabalho em série: metais			sim		
S28	72	2	viúva	2	padeira			sim		
S29	73	0	viúva	1	empregada doméstica			sim		
S30	74	3	viúva	5	doméstica					

Na Tabela 3 é apresentada uma síntese das características demográficas do grupo B.

**Tabela 3** - Características demográficas do grupo B.

N = 30

Suj.	Idade	Anos de Escolarid.	Estado Civil	Nº de Filhos	Profissão/ Ocupação	Actividade (exterior)	Actividade (domicílio)	Desemprego	Reforma
S1	24	4	casada	1	operadora de máquina de costura	sim			
S2	27	4	solteira	0	vigilante de crianças	sim			
S3	31	12	casada	0	educadora de estabelecimento: monitora	sim			
S4	31	9	casada	1	montadora de aparelhos eléctricos e electrónicos	sim			
S5	35	6	casada	2	empregada doméstica	sim			
S6	38	4	casada	2	empregada doméstica	sim			
S7	40	4	casada	10	doméstica				
S8	40	4	casada	2	doméstica				
S9	42	5 (4+1 curso dactilogr.)	casada	4	telefonista			sim	

S10	43	10 (7+3 curso secretar.)	casada	1	secretária	sim			
S11	43	11 (9+ 2 curso profis.)	casada	2	analista de laboratório	sim			
S12	47	9	casada	1	cozinheira: prof. culinária	sim			
S13	48	3	casada	2	demonstradora	sim			
S14	49	9	casada	2	mediadora: angariadora de seguros	sim			
S15	49	6	casada	3	escriturária de contabilidade	sim			
S16	50	10 (7+3 curso secretar.)	solteira	2	secretária	sim			
S17	50	4	coabita	1	telefonista	sim			
S18	50	5 (4+1 curso dactilogr.)	casada	3	costureira	sim			
S19	50	4	casada	3	ajudante de cozinha	sim			
S20	52	3	coabita	4	doméstica (+costureira)		sim		
S21	53	9	solteira	0	operadora: telecomunicações	sim			
S22	56	3	casada	3	demonstradora	sim			
S23	57	9	casada	2	chefe de estação: correios				sim
S24	60	4	casada	4	doméstica				
S25	63	3	divorc.	2	copeira				sim
S26	64	4	viúva	3	func. arquivo identificação				sim
S27	65	4	casada	1	doméstica				
S28	65	4	casada	2	doméstica				
S29	69	0	viúva	3	aux. de limpeza				sim
S30	75	1	viúva	4	doméstica				

## A.7. Resultados

Na Tabela 4 são apresentados os resultados do F.-84, obtidos pelos sujeitos do grupo A.

**Tabela 4** - Resultados do grupo A no F.-84.

Sujeitos	Resultados Brutos	Médias (resultados brutos)	Médias (escala transformada)
S1	296,6	3,6	71,0
S2	230,2	2,8	48,9
S3	249,2	3,0	55,2
S4	290,4	3,5	68,9
S5	304,0	3,7	73,4
S6	216,2	2,6	44,3
S7	357,8	4,3	91,3
S8	314,4	3,8	76,9
S9	254,1	3,1	56,8
S10	253,1	3,0	56,5
S11	321,4	3,9	79,2
S12	298,2	3,6	71,5
S13	208,2	2,5	41,6
S14	235,9	2,8	50,8
S15	224,6	2,7	47,0
S16	279,2	3,4	65,2
S17	217,3	2,7	44,6
S18	186,2	2,2	34,3
S19	170,0	2,0	28,9
S20	275,0	3,3	63,8
S21	277,3	3,3	64,6
S22	173,9	2,1	30,2
S23	265,2	3,2	60,5
S24	317,4	3,8	77,9
S25	282,4	3,4	66,2
S26	265,8	3,2	60,7
S27	333,5	4,0	83,2
S28	175,7	2,1	30,8
S29	190,0	2,3	35,5
S30	269,3	3,2	61,9

Média do F.-84: 58,1.

Desvio padrão: 16,5.

Intervalo dos resultados: 28,9–91,3.

Amplitude dos resultados:  $91,3 - 28,9 = 62,4$ .

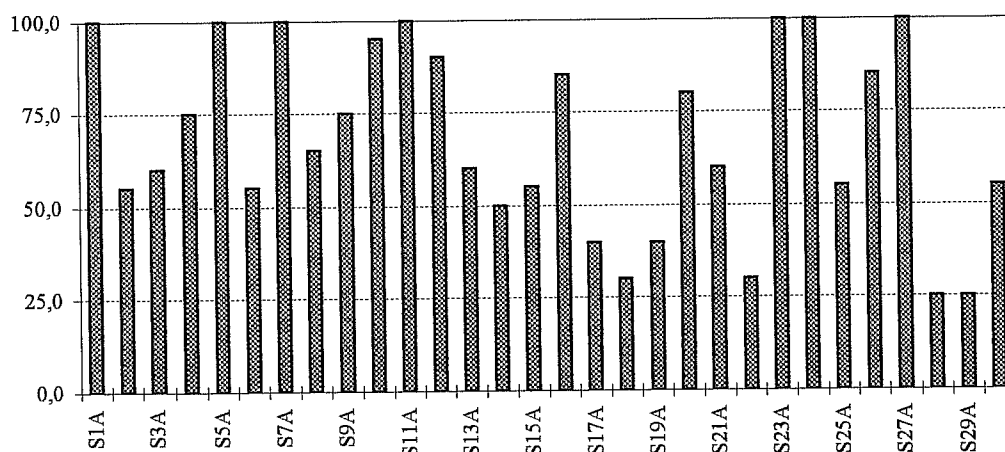
A Tabela 5 resume os resultados do grupo A no F.-84.

**Tabela 5** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A no F.-84.

Resultados Médios (F.-84)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	0	0	0	0
25-50	10	10	33,3	33,3
50-75	15	25	50	83,3
75-100	5	30	16,7	100

Os Gráficos I-VIII representam os resultados obtidos pelos sujeitos do grupo A em cada uma das escalas do S.F.-36. Esses dados estão resumidos nas Tabelas 6-13.

**Gráfico I** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E1-funcionamento físico.



**Tabela 6** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E1-funcionamento físico.

Resultados Médios (E1)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	0	0	0	0
25-50	6	6	20	20
50-75	10	16	33,3	53,3
75-100	14	30	46,7	100

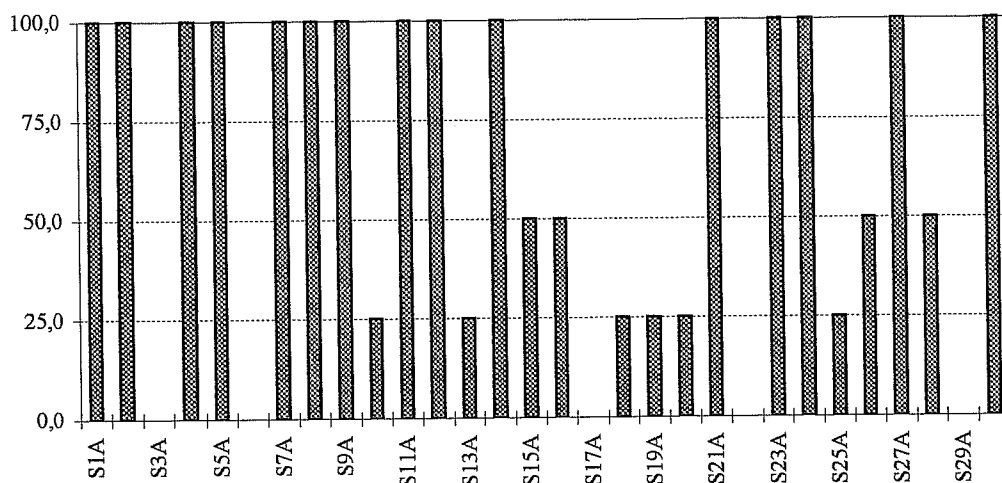
Média da E1: 68,2.

Desvio padrão: 25.

Intervalo dos resultados: 25-100.

Amplitude dos resultados:  $100 - 25 = 75$ .

**Gráfico II** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E2-papéis: funcionamento físico.



**Tabela 7** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E2-papéis: funcionamento físico.

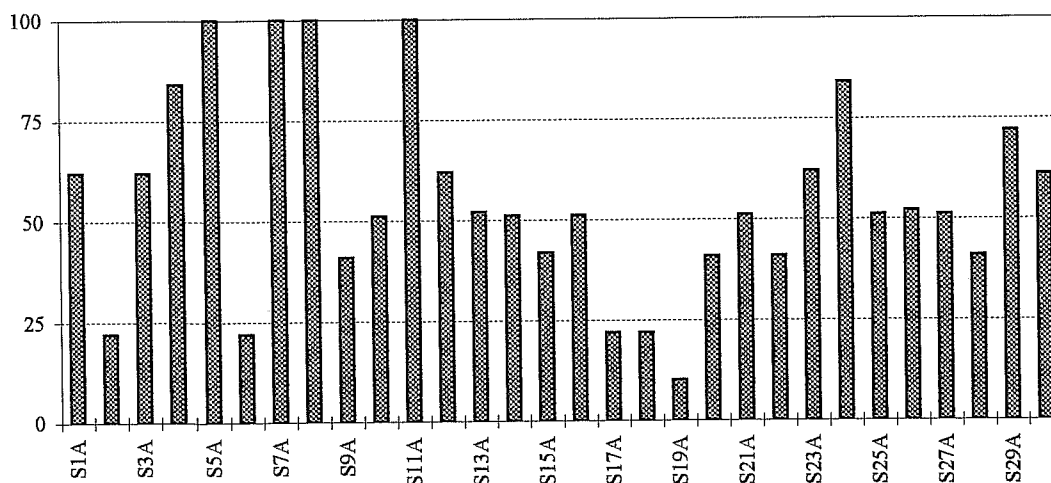
Resultados Médios (E2)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	5	5	16,7	16,7
25-50	6	11	20	36,7
50-75	4	15	13,3	50
75-100	15	30	50	100

Média da E2: 61,7.

Desvio padrão: 40,7.

Amplitude dos resultados:  $100 - 0 = 100$ .

**Gráfico III** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E3-dor corporal.



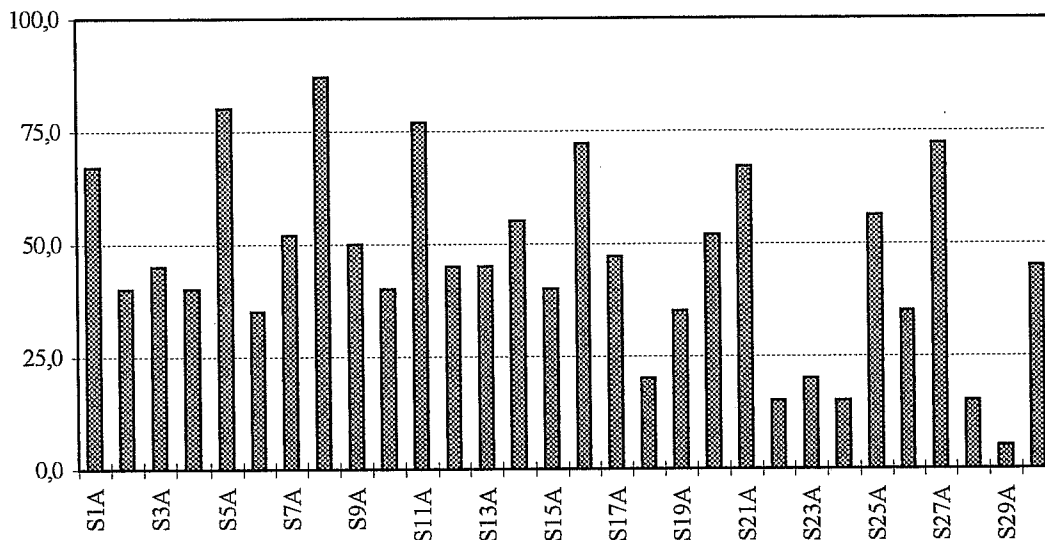
**Tabela 8** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E3-dor corporal.

Resultados Médios (E3)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	5	5	16,7	16,7
25-50	5	10	16,7	33,3
50-75	14	24	46,7	80
75-100	6	30	20	100

Média da E3: 55,4.

Desvio padrão: 24,3.

Amplitude dos resultados:  $100 - 10 = 90$ .

**Gráfico IV** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E4-percepção geral de saúde.**Tabela 9** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E4-percepção geral de saúde.

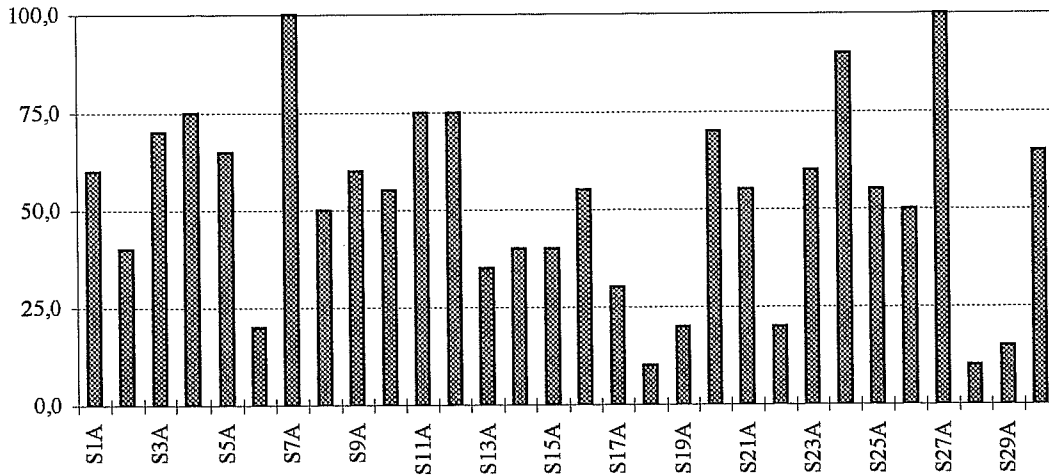
Resultados Médios (E4)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	6	6	20	20
25-50	12	18	40	60
50-75	9	27	30	90
75-100	3	30	10	100

Média da E4: 45,6.

Desvio padrão: 20,6.

Amplitude dos resultados:  $87,0 - 5,0 = 82,0$ .

**Gráfico V -** O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E5-vitalidade.



**Tabela 10 -** Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E5-vitalidade.

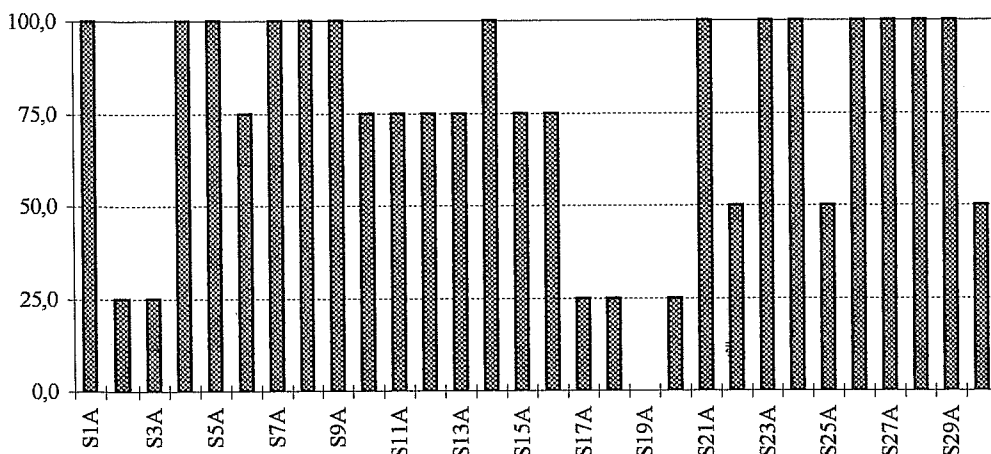
Resultados Médios (E5)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	6	6	20	20
25-50	5	11	16,7	36,7
50-75	13	24	43,3	80
75-100	6	30	20	100

Média da E5: 52,2.

Desvio padrão: 24,5.

Amplitude dos resultados: 100 - 10 = 90.

**Gráfico VI -** O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E6-funcionamento social.



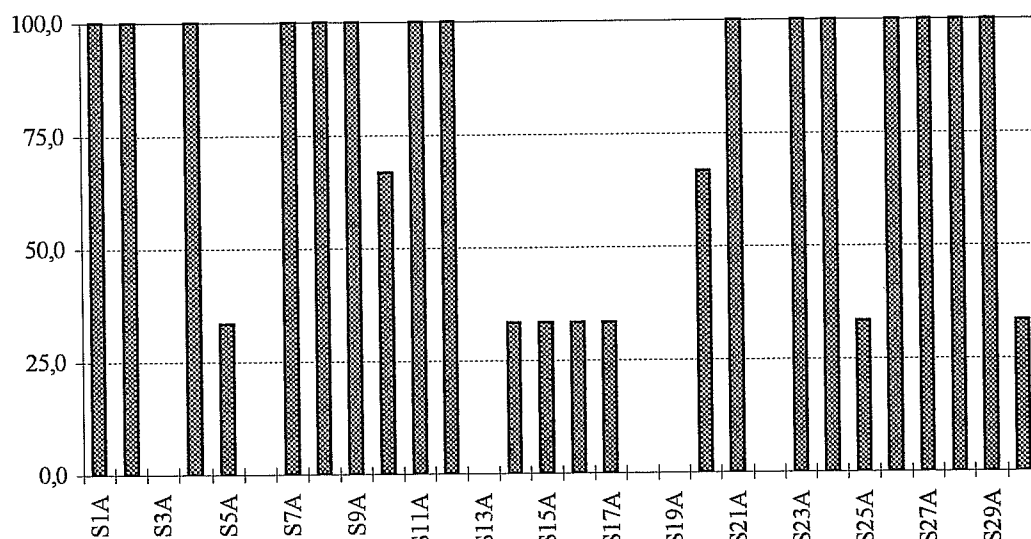
**Tabela 11** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E6-funcionamento social.

Resultados Médios (E6)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	1	1	3,3	3,3
25-50	5	6	16,7	20
50-75	3	9	10	30
75-100	21	30	70	100

Média da E6: 73,3.

Desvio padrão: 30,9.

Amplitude dos resultados:  $100 - 0 = 100$ .

**Gráfico VII** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E7-papéis: problemas emocionais.**Tabela 12** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E7-papéis: problemas emocionais.

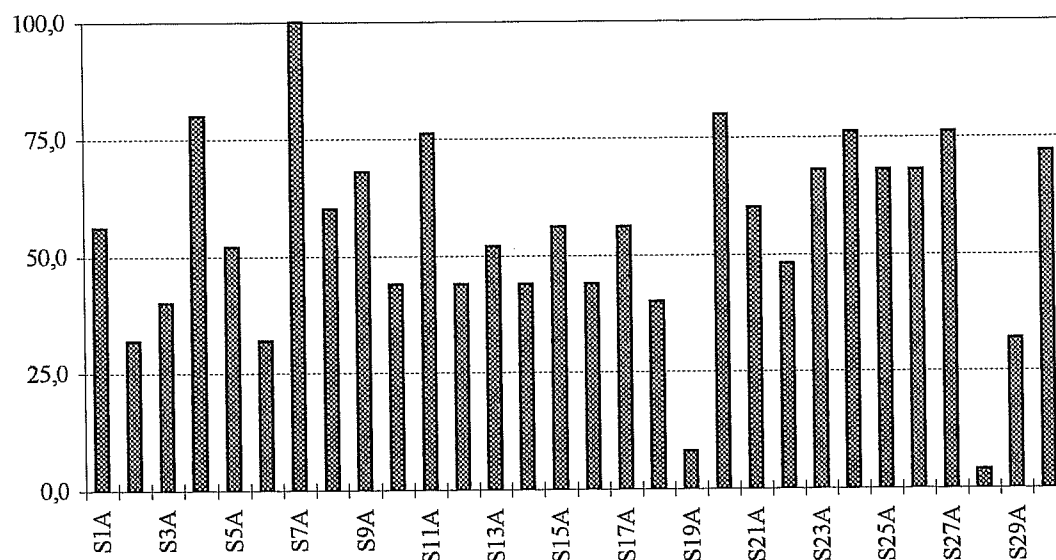
Resultados Médios (E7)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	6	6	20	20
25-50	7	13	23,3	43,3
50-75	2	15	6,7	50
75-100	15	30	50	100

Média da E7: 62,2.

Desvio padrão: 41,0.

Amplitude dos resultados:  $100 - 0 = 100$ .

**Gráfico VIII** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo A e o eixo vertical os resultados (médios) da E8 saúde mental.



**Tabela 13** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo A na E8-saúde mental.

Resultados Médios (E8)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	2	2	6,7	6,7
25-50	10	12	33,3	40
50-75	12	24	40	80
75-100	6	30	20	100

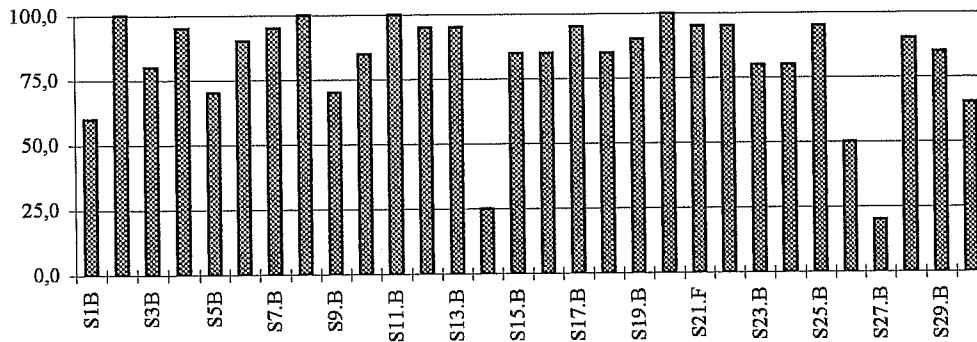
Média da E8: 55,1.

Desvio padrão: 21,1.

Amplitude dos resultados:  $100 - 4 = 96$ .

Os Gráficos IX-XVI representam os resultados obtidos pelos sujeitos do grupo B em cada uma das escalas do S.F.-36. Esses dados estão resumidos nas Tabelas 14-21.

**Gráfico IX** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E1-funcionamento físico.



**Tabela 14** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E1-funcionamento físico.

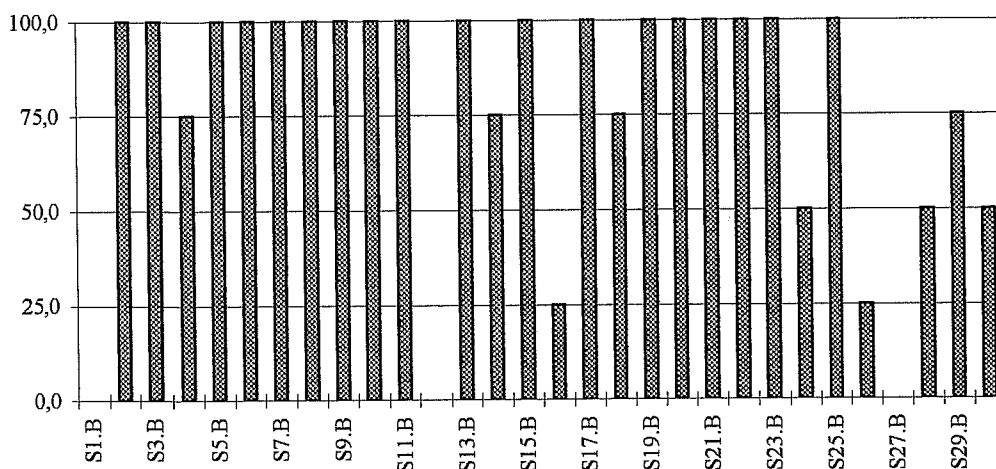
Resultados Médios (E1)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	1	1	3,3	3,3
25-50	1	2	3,3	6,7
50-75	5	7	16,7	23,3
75-100	23	30	76,7	100

Média da E1: 81,8.

Desvio padrão: 20,1.

Amplitude dos resultados:  $100 - 20 = 80$ .

**Gráfico X** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E2-papéis: funcionamento físico.



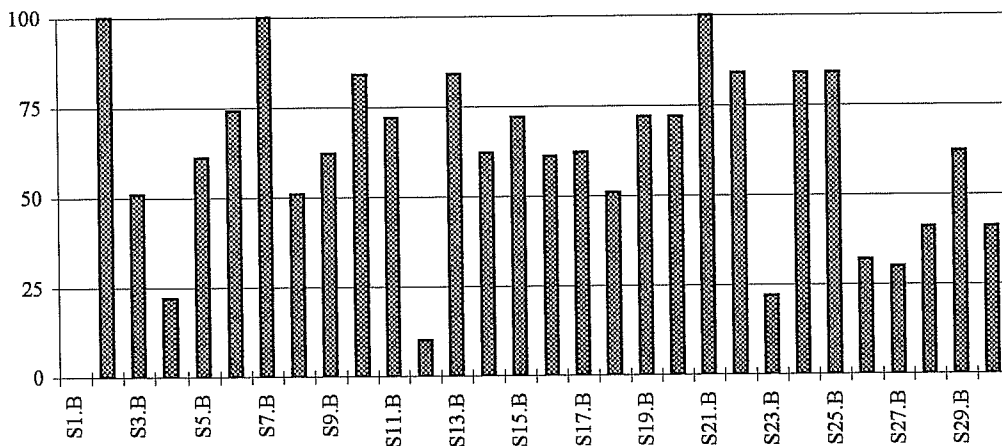
**Tabela 15** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E2-papéis: funcionamento físico.

Resultados Médios (E2)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	3	3	10	10
25-50	2	5	6,7	16,7
50-75	3	8	10	26,7
75-100	22	30	73,3	100

Média da E2: 76,7.

Desvio padrão: 34,1.

Amplitude dos resultados:  $100 - 0 = 100$ .

**Gráfico XI** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E3-dor corporal.**Tabela 16** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E3-dor corporal.

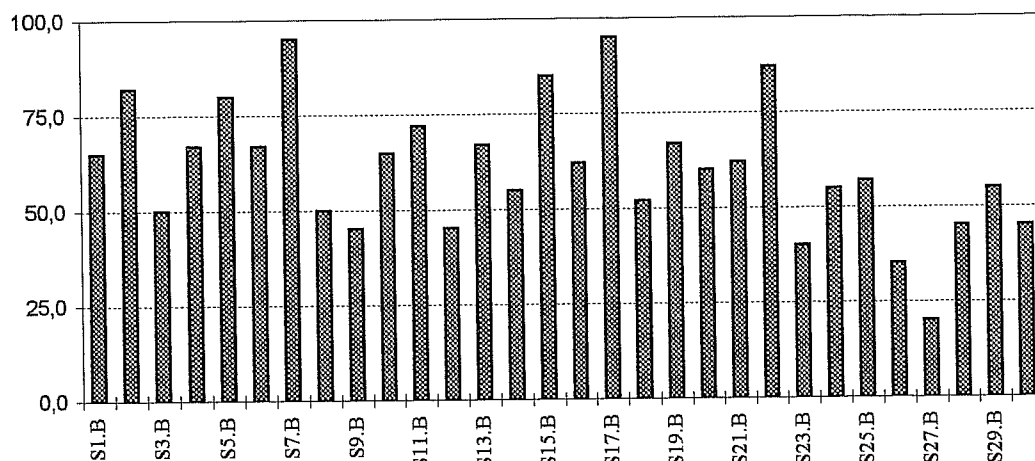
Resultados Médios (E3)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	4	4	13,3	13,3
25-50	4	8	13,3	26,7
50-75	14	22	46,7	73,3
75-100	8	30	26,7	100

Média da E3: 60,1.

Desvio padrão: 25,9.

Amplitude dos resultados:  $100 - 0 = 100$ .

**Gráfico XII** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E4-percepção geral de saúde.



**Tabela 17** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E4-percepção geral de saúde.

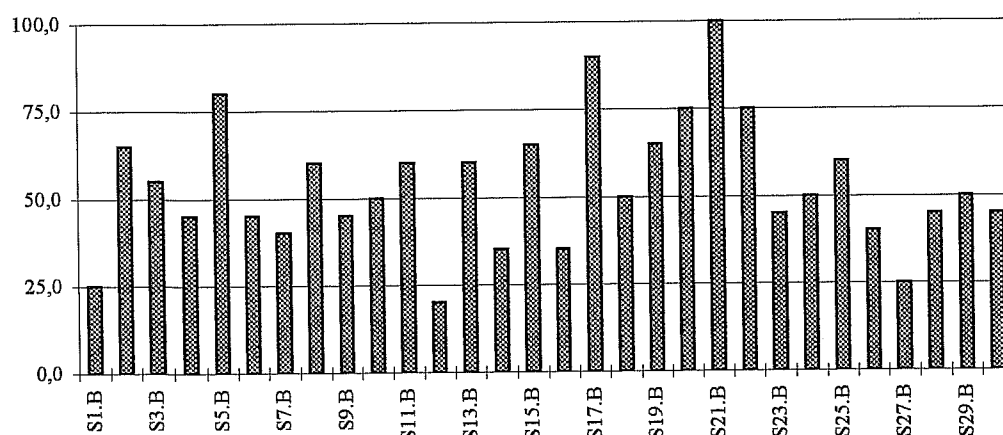
Resultados Médios (E4)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	1	1	3,3	3,3
25-50	6	7	20	23,3
50-75	17	24	56,7	80
75-100	6	30	20	100

Média da E4: 60,9.

Desvio padrão: 17,3.

Amplitude dos resultados:  $95 - 20 = 75$ .

**Gráfico XIII** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E5-vitalidade.



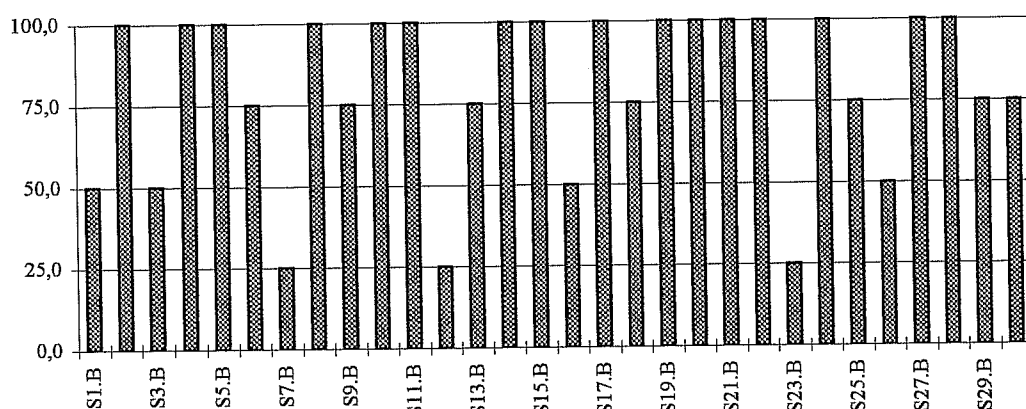
**Tabela 18** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E5-vitalidade.

Resultados Médios (E5)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	1	1	3,3	3,3
25-50	12	13	40	43,3
50-75	12	25	40	83,3
75-100	5	30	16,7	100

Média da E5: 53,3.

Desvio padrão: 18,2.

Amplitude dos resultados:  $100 - 20 = 80$ .

**Gráfico XIV** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E6-funcionamento social.**Tabela 19** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E6-funcionamento social.

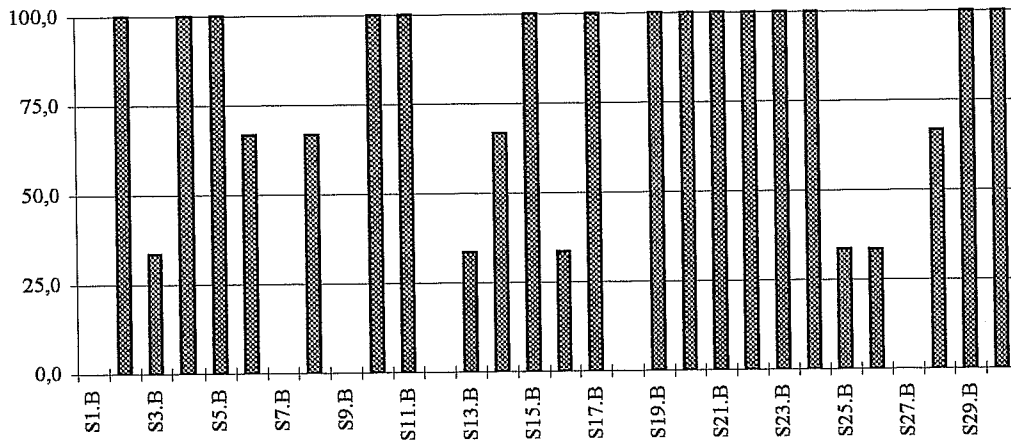
Resultados Médios (E6)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	0	0	0	0
25-50	3	3	10	10
50-75	4	7	13,3	23,3
75-100	23	30	76,7	100

Média da E6: 80.

Desvio padrão: 25,3.

Amplitude dos resultados:  $100 - 25 = 75$ .

**Gráfico XV** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E7-papéis: problemas emocionais.



**Tabela 20** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E7-papéis: problemas emocionais.

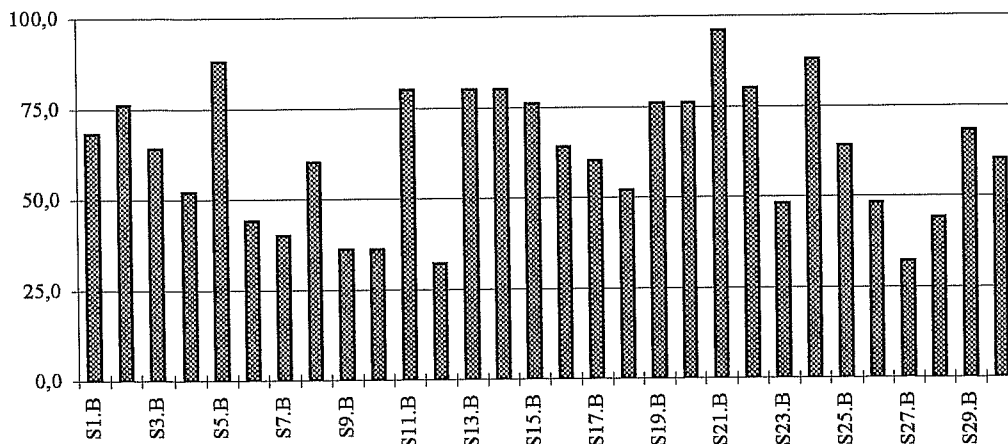
Resultados Médios (E7)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em percentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	6	6	20	20
25-50	5	11	16,7	36,7
50-75	4	15	13,3	50
75-100	15	30	50	100

Média da E7: 64,4.

Desvio padrão: 40,3.

Amplitude dos resultados:  $100 - 0 = 100$ .

**Gráfico XVI** - O eixo horizontal representa os sujeitos do grupo B e o eixo vertical os resultados (médios) da E8-saúde mental.



**Tabela 21** - Distribuição dos resultados (médios) do grupo B na E8-saúde mental.

Resultados Médios (E8)	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa (em porcentagem)	Frequência Acumulada Percentual
0-25	0	0	0	0
25-50	9	9	30	30
50-75	10	19	33,3	63,3
75-100	11	30	36,7	100

Média da E8: 62,3.

Desvio padrão: 17,8.

Amplitude dos resultados:  $96 - 32 = 64$ .



- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., & Ware, J. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1, 349-351.
- Abrams, M. (1973). Subjective social indications. *Social Trends*, 4, 35-56.
- Adler, N. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annu. Rev. Psychol.*, 29 (59), 230-259.
- Alcántara, A., Ordás, J., & Iglesias, E. (1974). Tumores de ovario: criterio de malignidad. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (340), 387-396.
- Almeida, A., & Callegari, T. (1976). Relação entre a idade do início da actividade sexual e o nível sócio-econômico na incidência do carcinoma da cérvix uterina. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 82 (2), 365-369.
- Alvarez, M., Acosta, H., & Jurgenson, I. (1978). Cien histerectomías. *Revista de Obstetricia Y Ginecologia de Venezuela*, 38 (1), 53-55.
- Amado, J., Amílcar, A., & Calheiros, J. (1989). Epidemiologia das perturbações psicológicas em doentes cancerosos. *Jornal do Médico*, 76 (2323), 124-126.
- Amirikia, H., & Evans, T. (1979). Ten-years review of hysterectomies: trends, indications and risks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 134 (4), 431-437.
- Andersen, B. (1985). *Women with cancer: psychological perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- Andersen, B. (1989). Health psychology's contribution to addressing the cancer problem: update on accomplishments. *Health Psychology*, 8 (6), 683-703.
- Andersen, B., Anderson, B., Prosse, C. (1989a). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer. I. Sexual functioning outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57, 683-691.
- Andersen, B., Anderson, B., Prosse, C. (1989b). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer. II. Psychological outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57, 692-697.
- Andersen, B., Beck, G., Ouelette-Kobasa, S., Revenson, T., & Temoshok, L. (1989). Directions for a psychology research agenda in cancer. *Health Psychology*, 8 (6), 753-760.
- Andersen, B., Lackenbush, P., Anderson, B., et al. (1986). Sexual dysfunction and signs of gynecologic cancer. *Cancer*, 57, 1880-1886.
- Andersen, B., & Legrand, J. (1991). Body image for women: conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. *The Journal of Sex Research*, 28 (3), 457-478.
- Baider, L., & Sarrell, M. (1984). Couples in crisis: patient-spouse differences in perception of interaction patterns and the illness situation. *Family Therapy*, 11, 115-122.
- Ballesteros, L., Muxí, M., Campo, A., Alcón, C., & Parga, J. (1974). Metodica de estudio clinico para el diagnostico de los tumores de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (346), 803-804.
- Ballesteros, L., Muxí, M., Campo, A., Alcón, C., & Sánchez, J. (1974). Clasificación de los tumores de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (346), 805-809.

- Barakat, R., & Benjamin, I. (1993). Surgery for malignant gynecologic disease. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 5, 311-317.
- Barofsky, I. (1986). Quality of life assessment: evolution of the concept. In V. Ventafridda, R. Yancik, F. van Dam & M. Tamburini (Eds.), *Quality of life assessment and cancer treatment* (pp. 11-18). Amsterdam: Elsevier.
- Barofsky, I., & Sugarbaker, P. (1990). Cancer. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 419-439). New York: Raven Press.
- Bellerose, S., & Binik, Y. (1993). Body image and sexuality in oophorectomized women. *Archives of Sexual Behavior*, 22 (5), 435-459.
- Bernhard, L. (1992). Consequences of hysterectomy in the lives of women. *Health Care for Women International*, 13, 281-291.
- Bhatia, M., Kaur, N., Bohra, N., & Goyal, U. (1990). Psychiatric reactions in hysterectomy. *Indian. J. Psychiat.*, 32 (1), 52-56.
- Björnsthål, H., Johnsson, E., & Lindberg, G. (1979). Hysterectomy in central recurrence of carcinoma of the uterine cervix. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 56 (3), 227-231.
- Blanco, A., & León, J. (1994). Health psychology in Spain. *European Review of Applied Psychology*, 44 (3), 185-193.
- Bloom, J. (1987). Psychological response to mastectomy. *Cancer*, 59, 189-196.
- Bolhen, J., Held, J., Sanderson, M., & Ahlgre, A. (1982). The female contractions. *Archives of Sexual Behavior*, 11 (5), 367-386.
- Bonica, J. (1979). Importance of the problem. In J. Bonica & V. Ventafridda (Eds.), *Advances in pain research and therapy* (Vol. 2, pp. 115-130). New York: Raven Press.
- Boyd, N., Selby, P., Sutherland, H., & Hogg, S. (1988). Measurement of the clinical status of patients with breast cancer: evidence for the validity of self assessment with linear analogue scales. *J. Clin. Epidemiol.*, 41, 243-250.
- Brémond, A., & Forest, A. (1989). Cistadenocarcinoma do ovário: epidemiologia, meios de diagnóstico e factores prognósticos. *Revue du Praticien*, 26, 344-347.
- Brown, R., Haddox, V., Posada, A., & Rubio, A. (1972). Social and psychological adjustment following pelvic exenteration. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114, 162-171.
- Buckingham, I. (1994). The effect of hysterectomy on the subjective experience of orgasm. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 3 (4), 607-612.
- Byrne, J., Mulvihill, J., Connelly, R., Myers, M., Austin, D., Holmes, F., Holmes, G., Latourette, H., Meigs, J., & Strong, L. (1988). Reproductive problems and birth defects in survivors of Wilm's tumor and their relatives. *Medical and Pediatric Oncology*, 16, 233-240.
- Byron, R., & Yonemoto, R. (1975). Pain associated with malignancy. In B. Crue (Ed.) *Pain research and treatment* (pp. 319-321). New York: Academic Press.
- Callahan, E., Pawlicki, R., Nicholas, D., & Hamilton, S. (1993). Psychological aspects of gynecologic cancer. In R. Berkowitz & R. Knapp (Eds.), *Gynecology oncology* (pp. 467-500) (2<sup>nd</sup>. ed.). New York: McGraw-Hill.

- Calman, K. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N. Aaronson & I. Beckmann (Eds.), *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven Press.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, D., & Stanley, J. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo. (Obra original em Inglês 1966).
- Carlson, K., Miller, B., & Fowler, F. (1994). The Maine women's health study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 83 (4), 556-564.
- Carmo-Pereira, J. (1976). Tumores do ovário: aspectos terapêuticos. *O Médico*, 78 (1274), 270-274.
- Castaigne, D., & George, M. (1984). Tratamento do cancro do ovário. *Jornal do Médico*, 116 (2100), 434-435.
- Castaño-Almendral, A. (1974). Radioterapia del carcinoma del ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (344), 623-636.
- Cella, D., Jacobsen, P., Orav, E., Holland, J., Silberfarb, P., & Rafla, S. (1987). A brief POMS measure of distress for cancer patients. *J. Cron. Dis.*, 40, 939-942.
- Cella, D., & Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 616-622.
- Chambers, J., Kapp, D., Lawrence, R., Kohorn, E., & Schwartz, P. (1985). Immediate versus delayed hysterectomy for endometrial carcinoma: surgical morbidity and hospital stay. *Obstetrics and Gynecology*, 65 (2), 245-250.
- Cheung, A. (1981). Prognostic significance of negative hysterectomy specimen following intracavitary irradiation in stage I endometrial carcinoma. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88 (5), 554-584.
- Choo, Y., Naylor, B. (1982). Multiple primary neoplasms of the ovary and uterus. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 20, 327-334.
- Chynoweth, R., & Abrahams, M. (1977). Psychological complications of hysterectomy. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 17 (1), 17-40.
- Clark, P., & Bowling, A. (1989). Observational study of quality of life in NHS nursing homes and a long-stay ward for the elderly. *Ageing and Society*, 9, 123-148.
- Cole, P., & Berlin, J. (1977). Elective hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 129 (2), 117-123.
- Conill, C., Verger, E., Salamero, M., & Azpiazu, P. (1991). Modelo biopsicosocial en pacientes con cáncer. *Med. Clin. Barc.*, 97 (5), 197.
- Coope, J. (1974). Post-hysterectomy syndrome. *The Lancet Publications*, 2 (7889), 1142.
- Coppen, A., & Bishop, M. (1981). Hysterectomy, hormones, and behaviour. *The Lancet Publications*, 1 (8212), 126-128.
- Cox, D., Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Spiegelhalter, D., & Jones, D. (1992). Quality-of-life assessment: can we keep it simple? *Journal of the Royal Statistical Society*, 155 (3), 353-393.

- Craig, R. (1991). O processo clínico da entrevista. In R. Craig (Ed.), *Entrevista clínica e diagnóstica* (pp. 25-43). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original em Inglês 1989).
- Cramer, D., Welch, W., Scully, R., et al. (1982). Ovarian cancer and talc. A case-control study. *Cancer*, 50, 372.
- Cramer, D., & Welch, W. (1983). Determinants of ovarian cancer risk. II. Inferences regarding pathogenesis. *J. Natl. Cancer Inst.*, 71, 717.
- Cramer, D., Welch, W., Cassells, S., & Scully, R. (1983). Mumps, menarche, menopause, and ovarian cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 147 (1), 1-6.
- Cramer, D., Welch, W., Hutchison, G., et al. (1984). Dietary animal fat in relation to ovarian cancer risk. *Obstet. Gynecol.*, 63, 833.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12 (1), 1-13.
- Creasman, W., & Eddy, G. (1993). Adenocarcinoma of the uterine corpus. In R. Berkowitz & R. Knapp (Eds.), *Gynecology oncology* (pp. 222-236). New York: McGraw-Hill.
- Cristopherson, W., Lundin, F., Mendez, W., Winifred, M., & Parker, J. (1976). Cervical cancer control: a study of morbidity and trends over a twenty-one year period. *Cancer*, 38, 1357.
- Darling, C., & McKoy-Smith, Y. (1993). Understanding hysterectomies: sexual satisfaction and quality of life. *The Journal of Sex Research*, 30 (4), 324-335.
- De Haes, J., & van Knippenberg, F. (1985). The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 20, 808-817.
- Demopoulos, R., Seltzer, V., Dubin, N., & Gutman, E. (1979). The association of parity and marital status with the development of ovarian carcinoma: clinical implications. *Obstetrics and Gynecology*, 54 (2), 150-155.
- Dennerstein, L., Wood, C., & Burrows, G. (1977). Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 49 (1), 92-96.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *Sex. Marital*, 5, 244-281.
- Derogatis, L. (1983). *The SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual-II*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, G., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M., & Carnicke, C. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Derogatis, L. (1986a). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *J. Psychosom. Res.*, 30, 77-91.
- Derogatis, L. (1986b). Psychology in cancer medicine: a perspective and overview. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 632-638.
- Dexeus, S., & Ferrer, M. (1978). Valor de la cirugía en la determinación del estadio clínico y en el tratamiento del cáncer de ovario. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 3 (3), 107-114.
- Dicker, R., Greenspan, J., Strauss, L., Cowart, M., Scally, M., Peterson, H., Destefano, F., Rubin, G., & Ory, H. (1982). Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among

- women of reproductive age in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 144 (7), 841-848.
- Dicker, R., Scally, M., Greenspan, J., Layde, P., Ory, H., Maze, J., & Smith, J. (1982). Hysterectomy among women of reproductive age: trends in the United States, 1970-1978. *The Journal of the American Medical Association*, 248 (3), 323-327.
  - Disaia, P., & Creasman, W. (1981). *Clinical gynaecological oncology*. Missouri: C V Mosby Company.
  - Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11 (2), 79-87.
  - Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
  - Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
  - Fathala, M. (1971). Incessant ovulation: a factor in ovarian neoplasia. *Lancet* 2, 163.
  - Fdez-Llamazares, E., Rojo, F., & González, P. (1983). Epidemiología del carcinoma de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 42 (8-9), 409-412.
  - Ferreira, M., & Ferreira, O. (1988). Contribuição da ecografia ginecológica no diagnóstico de tumor maligno do ovário. *Jornal do Médico*, 125 (1281), 273-275.
  - Flanagan, J. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.
  - Foley, K. (1979). Pain syndromes. In J. Bonica & V. Ventafridda (Eds.), *Advances in pain research and therapy* (Vol. 2, pp. 59-75). New York: Raven Press.
  - Fonseca, A. (1985a). Classificação das doenças psiquiátricas - causalidade e patogenese em psiquiatria. In *Psiquiatria e psicopatologia* (Vol. 1, pp. 163-222). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
  - Fonseca, A. (1985b). Os grandes síndromos psicopatológicos. In *Psiquiatria e psicopatologia* (Vol. 1, pp. 319-380). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
  - Fonseca, L. (1987). A resposta sexual humana: anatomia e fisiologia da resposta sexual feminina. In F. Gomes, A. Albuquerque & J. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal - a sexologia clínica* (vol. 1, pp. 49-59). Lisboa: Texto Editora.
  - Font, A. (1994). Cancer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
  - Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, C.V. Mosby Co.
  - Freeman, F. (1980). *Teoria e prática dos testes psicológicos* (3<sup>rd</sup> ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original em Inglês).
  - Friedenbergs, I., Gordon, W., Hibbard, M., et al. (1881-1982). Psychosocial aspects of living with cancer: a review of the literature. *Int. J. Psychiatry Med.*, 11, 303-329.
  - Ganz, P., Bernhard, J., & Hürny, C. (1991). Quality-of-life and psychosocial oncology research in Europe: state of the art. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9 (1), 1-22.

- Ganz, P., Haskell, C., Figlin, R., LaSota, N., & Siau, J. (1988). Estimating the quality of life in a clinical trial of patients with metastatic lung cancer using the Karnofsky Performance Status and the Functional Living Index-Cancer. *Cancer*, 61, 849-856.
- García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida: aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55-94.
- Girona, S. (1984). La terapéutica con radiaciones en el cáncer de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 43 (7), 343-346.
- Gomes, F. (1987). A sexualidade ao longo do ciclo de vida: a sexualidade na segunda metade da vida. In F. Gomes, A. Albuquerque & J. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal - a sexologia clínica* (vol. 1, pp. 94-103). Lisboa: Texto Editora.
- Gonçalves, O. (1994). Narrativa psicológica e psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 253-264.
- Gottesman, D., & Lewis, M. (1982). Difference in crisis reactions among cancer and surgery patients. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 50, 381-388.
- Gusberg, S., & Kardon, P. (1971). Proliferative endometrial response to thecal granulosa cell tumors. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 3, 633.
- Hagle, M. (1990). Cancer patient's experiences with portable chemotherapy pump. *Dissertation Abstracts International*, 50, 5547.
- Hall, J. (1976). Subjective measures of quality of life in Britain: 1971 to 1975. Some developments and trends. *Social Trends*, 7, 47-60.
- Hanestad, B. (1990). Errors of measurement affecting the reliability and validity of data acquired from self-assessed quality of life. *Scandinavian Journal of the Caring Sciences*, 4 (1), 29-34.
- Haines, C., Chung, T., & Leung, D. (1994). A prospective study of the frequency of acute menopausal symptoms in Hong Kong chinese women. *Maturitas*, 18, 175-181.
- Heidrich, S., Forsthoff, C., & Ward, S. (1994). Psychological adjustment in adults with cancer: the self as mediator. *Health Psychology*, 13 (4), 346-353.
- Helson, H., & Bevan, W. (1967). *Contemporary approaches to psychology*. Princeton: Van Nostrand.
- Helström, L., Sörbom, D., & Bäckström, T. (1995). Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74 (2), 142-146.
- Helström, L., Weiner, E., Sörbom, D., & Bäckström, T. (1994). Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73, 575-580.
- Hernández, A., Hernández, J., & Pérez J. (1975). Quimioterapia del cancer de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 34 (365), 673-692.
- Hernández, A., Ordás, J., Iglesias, E., & Rubio, J. (1974). Diagnostico de los tumores malignos de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (340), 397-404.
- Hicks, J., Lampert, M., Gelber, L., Glatstein, E., & Danoff, J. (1985). Functional outcome update in patients with soft tissue sarcoma undergoing wide local excision and radiation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 66, 542-543.

- Hobbs, P., Elkind, A., Haran, D., Eardley, A., Spencer, B., Pendleton, L., & Chiholm, D. (1985). Screening for cervical cancer; an opportunity for change. In A. Smith (Ed.), *Recent advances in community medicine* (Vol. 3, pp. 249-265). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Holland, J. (1990). Historical overview. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp. 4-12). New York: Oxford University Press.
- Hunter, D. (1974). Effects of hysterectomy. *The Lancet Publications*, 2 (7891), 1265-1266.
- Hurny, C., Piasetsky, E., Bagin, R., & Holland, J. (1987). High social desirability in patients being treated for advanced colorectal or bladder cancer: eventual impact on the assessment of quality of life. *J. Psychosoc. Oncol.*, 5, 19-29.
- Ibañez, E., & Andreu, Y. (1988). Calidad de vida y psicología oncológica. *Anuario de Psicología*, 38, 9-21.
- Ibañez, E. (1990). Sociedad, calidad de vida y salud. VII Jornadas de Psicología, Oviedo.
- Irwin, P., Gottleb, A., Kramer, S., & Danoff, B. (1982). Quality of life after radiation therapy: a study of 309 cancer survivors. *Soc. Indicators Res.*, 10, 187-210.
- Jacobsen, P., & Holland, J. (1990). Psychological reactions to cancer surgery. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp. 117-133). New York: Oxford University Press.
- Jamison, K., Wellisch, D., & Pasnau, R. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy. *Am. J. Psychiatry*, 135, 432-436.
- Johannesson, G., Geinsson, G., & Day, N. (1978). The effect of mass screening in Iceland 1965-1974 on the incidence and mortality of cervical cancer. *Int. J. Cancer*, 2, 418.
- Joyce, C. (1995). Use, misuse and abuse of questionnaires on quality of life. *Patient Education and Counseling*, 26, 319-323.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (1994). Psicologia da doença. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 233-251.
- Kaasa, S. (1995). Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a clinical perspective. *European Journal of Cancer*, 31A (Suppl. 6), 15-17.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy*. London: Baillière Tindall.
- Kaplan, H. (1977). *Disorders of sexual desire*. London: Baillière Tindall.
- Kaplan, R., & Anderson, J. (1990). The general health policy model: an integrated approach. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 131-149). New York: Raven Press.
- Karnofsky, D., & Buchenal, J. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In C. Macleod (Ed.), *Evaluation of chemotherapeutic agents* (pp. 191-205). New York: Columbia.
- Karoly, P. (1985). The logic and character of assessment in health psychology - perspectives and possibilities. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 3-48). New York: John Wiley and Sons.
- Kjerulff, K., & Langenberg, P. (1995). A comparison of alternative ways of measuring fatigue among patients having hysterectomy. *Medical Care*, 33 (4), 156-163.

- Lalinec-Michaud, M., & Engelsmann, F. (1989). Cultural factors and reaction to hysterectomy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 165-171.
- Lansac, J. (1973). Les tumeurs malignes primitives non endocriniennes de l'ovaire. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 68 (7-9), 513-525.
- Leal, I. (1992). Investigação em psicologia da saúde: algumas considerações. *Análise Psicológica*, 10 (2), 249-251.
- Leal, I., & Marques, E. (1994). O Rorschach em psicologia da saúde: contributos para uma reflexão sobre o seu uso numa maternidade. *Análise Psicológica*, 12 (4), 481-484.
- Levine, P., Silberfarb, M., & Lipowski, Z. (1978). Mental disorders in cancer patients: a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*, 42, 1385-1391.
- Lewis, E., & Bourne, S. (1981). Hysterectomy, hormones and behaviour. *The Lancet Publications*, 1 (8215), 324-325.
- Lichtmann, R., & Taylor, S. (1986). Close relationships and the female cancer patient. In B. Andersen (Ed.), *Women with cancer: psychological perspectives* (pp. 233-256). New York: Springer-Verlag.
- Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34 (1), 4-13.
- Llewellyn-Thomas, H., Sutherland, H., Tibshirani, R., Ciampi, A., Till, J., & Boyd, N. (1984). Describing health states: methodological issues in obtaining values for health states. *Med. Care*, 22, 543-552.
- Longo, D., & Young, R. (1979). Cosmetic talc and ovarian cancer. *Lancet*, 2, 349.
- MacDonald, N. (1995). A Proposed matrix for organisational changes to improve quality of life in oncology. *European Journal of Cancer*, 31A (Suppl. 6), S18-S21.
- Maguire, P., Lee, E., Bevington, D., Kuchemann, C., Crabtree, R., & Cornell, C. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 1, 963-965.
- Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14 (2), 101-108.
- Marques, E. (1994). Do desejo de saber ao saber do desejo: contributos para a caracterização da situação projectiva. *Análise Psicológica*, 12 (4), 431-439.
- Marques, E., & Aleixo, P. (1994). O Rorschach e a revelação do trabalho de ligação e de transformação do interno e do externo. *Análise Psicológica*, 12 (4), 459-462.
- Martínez, M., Sánchez, V., Villa, I., Fornies, A., & Domínguez, J. (1974). Conducta terapéutica en el carcinoma de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (339), 309-316.
- Massie, M., & Holland, J. (1987). The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med. Clin. North. Am.*, 71, 243-258.
- Massie, M. (1990). Somatoform disorders and cancer. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp. 317-319). New York: Oxford University Press.
- Massie, M., & Holland, J. (1990). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology:*

*psychological care of the patient with cancer* (pp. 273-282). New York: Oxford University Press.

- Masters, W., & Johnson, V. (1969). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Mathé, G. (1980). La contribution du cancérologue médical à la stratégie thérapeutique des carcinomes avancés de l'ovaire. *La Nouvelle Presse Médicale*, 9 (28), 1933-1935.
- McCoy, N. (1994). Hysterectomy and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 31 (2), 167-168.
- McHorney, C., Ware, J., & Raczek, A. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- McIntyre, T. (1994). Psicologia da saúde: unidade na diversidade. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde - áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 17-32). Braga: APPORT.
- Melo, F. (1982). *Modelos e métodos estatísticos em psicologia*. Lisboa: Edições de Saúde.
- Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. New York: Basic Books.
- Mendes, F. (1987). As disfunções sexuais femininas: definição e classificação. In F. Gomes, A. Albuquerque & J. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal - a sexologia clínica* (vol. 1, pp. 275-277). Lisboa: Texto Editora.
- Mettlin, C., & Piver, M. (1990). A case controlled study of milk drinking and ovarian cancer risk. *Am. J. Epidemiol.*, 132, 871-876.
- Meyerowitz, B., Sparks, F., & Spears, I. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychological implications. *Cancer*, 43, 1613-1618.
- Mikuta, J., Giuntoli, R., Rubin, E., & Mangan, C. (1977). The problem radical hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 128 (2), 119-127.
- Miranda, P., Inocente, J., Sainz, F., Rubio, J., & Hernández-Alcántara, A. (1975). Tratamiento del carcinoma de ovario con quimioterápicos. *Toko-Ginecologia-Práctica*, 34 (367), 789-800.
- Miyada, C., Lima, G., Pinto, W., Oyamada, M., & Emilio, C. (1975). O valor da biopsia, da conização e da histerectomia (cervicectomia) no diagnóstico e na terapêutica do carcinoma epidermóide do colo uterino. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 80 (5), 183-188.
- Molina, J. (1983-84). Understanding the biopsychosocial model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13 (1), 29-36.
- Moreira, E., & Calheiros, J. (1989). Cancro do colo do útero e programas de rastreio. *Jornal do Médico*, 126 (2331), 369-370
- Moroney, M. (1969). *Dos números aos factos* (rev. ed.). Porto: Despertar. (Obra original em Inglês).
- Morris, J., Suissa, S., Sherwood, S., Wright, S., & Greer, D. (1986). Last days: a study of terminally ill cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 39, 47-62.

- Morris, T., Greer, H., & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, 40, 2381-2387.
- Mûelenaere, G., & Verwoerd, H. (1973). The case against Wertheim's hysterectomy in endometrial carcinoma. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 80, 728-734.
- Nathorst-Böös, J., Fuchs, T., & von Schoultz, B. (1992). Consumer's attitude to hysterectomy: the experience of 678 women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 71 (3), 230-234.
- Neuling, S., & Winefield, H. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends, and surgeon. *Social Science Medicine*, 27, 385-392.
- Novo, A. (1974). Problemática de la patología maligna del ovario: frecuencia, clasificación. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (341), 413-427.
- Novo, A., Cés, J.-A., & Aguilar, J. (1974). Sobre la clasificación de los tumores ováricos. Adenocarcinomas endometrioides. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (347), 857-860.
- Olckstra, R. (1990). Public health psychology: on the role of psychology in health and health care in the 21st century. In P. Drenth, et al. (Eds.), *European perspectives in psychology* (Vol. 2, pp. 19-37). Chichester: John Wiley and Sons.
- Oleske, D., Heinze, S., & Otte, D. (1990). The diary as a means of understanding the quality of life of persons with cancer receiving home nursing care. *Cancer Nursing*, 13 (3), 158-166.
- Oliveira, C., Abraúl, E., Varela, M., Amaral, N., & Ferreira, P. (1978). Aspectos epidemiológicos do cancro do ovário. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 3 (3), 88-95.
- Oliveira, C. (1980). A quimioterapia nos tumores malignos epiteliais primitivos do ovário. *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia*, 10 (1), 27-40.
- Oliveira, C. (1981). Análise crítica ao protocolo para o tratamento do carcinoma do ovário. *Coimbra Médica*, 2 (3), 245-258.
- Oliveira, H. (1978a). Introdução ao cancro do ovário: morbidade, mortalidade e rastreio desta neoplasia. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 3 (3), 83-87.
- Oliveira, H. (1978b). Reflexões sobre a terapêutica do cancro do ovário. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 3 (3), 102-106.
- Oliveira, J., Ramos, C., Domingues, C., Matos, C., Vieira, A., Ferreira, M., & Dias, M. (1989). Tumores do ovário pós-histerectomia. *Jornal do Médico*, 126 (2296), 110-111.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 333-339.
- Ortiz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Medicina Clínica*, 96 (2), 66-69.
- Osório, M. (1989). Cancro do corpo do útero: factores de prognóstico e aspectos terapêuticos. *Jornal do Médico*, 126 (2331), 358-360.
- Padilla, G., & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Am. Nursing Sci.*, 8, 45-60.

- Parazzini, F., Negri, E., Vecchia, C., Luchini, L., & Mezzopane, R. (1993). Hysterectomy, oophorectomy, and subsequent ovarian cancer risk. *Obstetrics and Gynecology*, 81 (3), 363-366.
- Paterson, E., Spratt, D., Tomkiewicz, Z., Lewis, C., & Rathbun, P. (1982). Instruments & methods: management of stage I carcinoma of the uterus. *Obstetrics and Gynecology*, 59 (6), 755-757.
- Pereira, J., Tavares, M., Belo, C., & Santos, M. (1985). Complicações resultantes da radioterapia nos carcinomas do corpo e do colo do útero. *O Médico*, 113 (1754), 199-209.
- Pettersson, F. (Ed.) (1988). International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Stockholm: Panorama Press AB.
- Pieroni, G., Cariaggi, P., Ottaviano, M., Marchionni, M., Mincione, G., & Omer, F. (1975). Incidenza dell'adenocarcinoma del collo dell'utero nel dépistage citologico e colposcópico di massa. *Minerva Ginecologica*, 27, 418-426.
- Pires, C. (1986). Psicologia da saúde: as novas fronteiras da psicologia. *Separata da Revista Portuguesa de Pedagogia*, 20, 279-300.
- Piver, M., Barlow, J., & Sawyer, D. (1982). Familial ovarian cancer: increasing in frequency. *Obstetrics and Gynecology*, 60 (3), 397-400.
- Piver, M., Fanning, J., & Craig, K. (1993). Ovarian cancer. In R Berkowitz & R. Knapp (Eds.), *Gynecology oncology* (pp. 250-290). New York: McGraw-Hill.
- Piver, M., Mettlin, C., Tsukada, Y., et al. (1984). Familial ovarian cancer registry. *Obstetrics and Gynecology*, 64, 195.
- Piver, M., Yazigi, R., Blumenson, L., & Tsukada, Y. (1979). A prospective trial comparing hysterectomy, hysterectomy plus vaginal radium, and uterine radium plus hysterectomy in stage I endometrial carcinoma. *Obstetrics and Gynecology*, 54 (1), 85-89.
- Present, C., Klahr, C., & Hogan, L. (1981). Evaluating quality of life in oncology patients: pilot observations. *Oncol. Nurs. For.*, 8, 26-30.
- Priestman, T. (1987). Evaluation of quality of life in women with breast cancer. In N. Aaronson & J. Beckmann (Eds.), *The quality of life of the cancer patient* (pp. 193-200). New York: Raven Press.
- Rasmussen, J., & Diernæs, E. (1983). Neoplasia in the vagina following hysterectomy for dysplasia or carcinoma in situ of the uterine cervix. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 62 (5), 437-441.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1995). The psychiatrist's perspective on quality of life and quality of care in oncology: concepts, symptom management, communication issues. *European Journal of Cancer*, 31A (Suppl. 6), S25-S29.
- Redd, W. (1995). Behavioral research in cancer as a model for health psychology. *Health Psychology*, 14 (2), 99-100.
- Reme, J., Perineau, M., & Monrozies, X. (1989). Diagnóstico precoce do cancro do ovário. *Jornal do Médico*, 126 (2316), 712-713.
- Ribeiro, J. (1994a). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 179-191.

- Ribeiro, J. (1994b). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde - áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-53). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. (1994c). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde - áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-72). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. (1995). Qualidade de vida. *Newsletter do Gru.Po-QDV*, 1 (1), 2-3.
- Ribeiro, J. (1995-1996). *A psicologia da saúde é uma área epistemológica de eleição para o exercício da psicologia clínica*. (Textos de Apoio). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. (1996). Questionário de avaliação da qualidade de vida: F-84. *Newsletter do Gru.Po-QDV*, 2 (1), 2.
- Richards, B. (1978). Hysterectomy: from women to women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131 (4), 446-452.
- Richards, D. (1973). Depression after hysterectomy. *The Lancet Publications*, 2 (7826), 430-432.
- Robert, H., & Rochet, Y. (1972). Hystérectomie totale de principe contre sub-totale. *La Nouvelle Presse Médicale*, 1 (2), 123-126.
- Roberts, C., Cox, C., Gibertini, M., Reintgen, D., & Baile, W. (1991). *Surgeon as psychotherapist*. Unpublished manuscript. H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, University of South Florida, Tampa.
- Roberts, C., Rossetti, K., Cone, D., & Cavanagh, D. (1992). Psychosocial impact of gynecologic cancer: a descriptive study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10 (1), 99-109.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Ann. Rev. Psychol.*, 40, 533-579.
- Roldão, M. (1984). Carcinoma uterino: alguns aspectos terapêuticos. *Jornal do Médico*, 116 (2103), 582-595.
- Rose, D., Boyar, A., & Wynder, E. (1986). International comparisons of mortality rates for cancer of the breast, ovary, prostate and colon and per capita food consumption. *Cancer* 58, 2363.
- Rosenberg, S., Kent, H., Costa, J., Webber, B., Young, R., Chabner, B., Baker, A., Chretien, P., Cohen, M., de Moss, E., Sears, H., Seipp, C., & Simon, R. (1978). Prospective randomized evaluation on the role of limb-sparing surgery, radiation therapy and adjuvant chemotherapy in the treatment of adult soft-tissue sarcomas. *Surgery*, 84, 62-69.
- Rotkin, I. (1962). Relation of adolescent coitus to cervical risk. *The Journal of the American Medical Association*, 179, 486-491.
- Rowland, J. (1990a). Developmental stage and adaptation: adult model. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J. (1990b). Intrapersonal resources: coping. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp. 44-57). New York: Oxford University Press.

- Rowland, J. (1990c). Interpersonal resources: social support. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Russell, A., Burt, A., Ek, M., Russel, K., Cain, J., Greer, B., Tamimi, H., & Figge, D. (1988). Adjunctive hysterectomy following radiation therapy for bulky carcinoma of the uterine cervix: prognostic implications of tumor persistence. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 43 (4), 244-245.
- Russell, A., Tong, D., Figge, D., Tamimi, H., Greer, B., & Elder, S. (1984). Adjuvant postoperative pelvic radiation for carcinoma of the uterine cervix: pattern of cancer recurrence in patients undergoing elective radiation following radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 39 (10), 654-656.
- Sadoul, G. (1989). Epidemiologie et prévention du cancer du col de l'utérus. *Rev. Prat.*, 39, 46-52.
- Sanz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Med. Clin. Barc.*, 96, 66-99.
- Schag, C., Heinrich, R., & Aadland, R. (1990). Assessing problems of cancer patients: psychometric properties of the cancer inventory of problem situations. *Health Psychology*, 9 (1), 83-102.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.
- Schipper, H., & Clinch, J. (1988). Assessment of treatment in cancer. In G. Teeling-Smith (Ed.), *Measuring health: a practical approach*. London: John Wiley & Sons.
- Scott, J. (1984). How to induce ovarian cancer: and how not to. *British Medical Journal*, 289 (6448), 781-782.
- Seibel, M., Freeman, M., & Graves, L. (1981). Hysterectomy for carcinoma *in situ* and sexual function. *Oncology*, 11, 195-199.
- Serra, V. (1974). Tratamiento quirurgico del cancer de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 33 (343), 593-616.
- Sharon, Z., Shani, M., & Modan, B. (1977). Clinicoepidemiologic study of uterine cancer: comparative aspects of the endometrial and cervical sites. *Obstetrics and Gynecology*, 50 (5), 536-540.
- Siegrist, J., & Junge, A. (1990). Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. *Psychoter. Psychosom.*, 54, 90-98.
- Silberfarb, P., & Greer, S. (1982). Psychological concomitants of cancer: clinical aspects. *Am. J. Psychother.*, 36, 470-478.
- Silverberg, E. (1989). Cancer statistics 1989. *Ca-A Cancer Journal for Clinicians*, 39 (1).
- Silverberg, E., & Lubera, J. (1989). Cancer statistics 1989. *Cancer*, 39, 3.
- Sloan, D. (1978). The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131 (6), 598-605.

- Smith, L., & Ol, R. (1984). Detection of malignant ovarian neoplasms: a review of the literature. I. Detection of the patient at risk; clinical, radiological and cytological detection. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 39 (6), 313-328.
- Sontag, S. (1979). *Illness as metaphor*. New York: Vintage Books.
- Souen, J., Lima, G., Miyada, C., Grabert, H., & Fainzilber, S. (1975). Multicentricidade do carcinoma epidermóide do colo uterino. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 80 (5), 189-198.
- Spiegel, D. (1990). Can psychotherapy prolong cancer survival? *Fall*, 4 (31), 361-367.
- Spiegel, M. (1977). *Estatística*. Brasil: McGraw-Hill. (Obra original em Inglês 1961).
- Spilker, B. (1993). Health-related quality of life. In H. Meinardi, J. Cramer, G. Baker & A. Silva (Eds.), *Quantitative assessment in epilepsy care* (NATO ASI series: Series A, Life Sciences, Vol. 255). New York: Plenum Press.
- Stocks, P. (1955). Cancer of uterine cervix and social conditions. *Brit. J. Cancer*, 9, 487-494.
- Strang, P. (1992). Emotional and social aspects of cancer pain. *Acta Oncologica*, 31 (3), 323-326.
- Sugarbaker, P., Barofsky, I., Rosenberg, S., & Gianola, F. (1982). Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma clinical trials. *Surgery*, 91, 17-23.
- Tarlov A., Ware, J., Greenfield, S., Nelson, E., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of American Medical Association*, 262 (7), 925-930.
- Tavares, M., Patrício, M., Belo, M., & Santos, M. (1978). Tumores malignos do ovário: radioterapia. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 3 (3), 271-288.
- Tavares, M., Patrício, M., Belo, M., Santos, M., & Vilhena, M. (1978). O papel da radioterapia no tratamento do carcinoma do ovário. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 3 (3), 115-123.
- Teeter, M., Holmes, G., Holmes, F., & Baker, A. (1987). Decisions about marriage and family among survivors of childhood cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5, 59-68.
- Teixeira, J., & Leal, I. (1990). Psicologia da saúde: contexto e intervenção. *Análise Psicológica* 8 (4), 453-458.
- Teixeira, J. (1992). Psicologia da saúde: estado actual e perspectivas futuras. *Análise Psicológica*, 10 (2), 149-157.
- Thompson, J., & Birch, H. (1981). Indications for hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 24 (4), 1245-1258.
- Toomey, T., Ghia, J., Mao, W., & Gregg, J. (1977). Acupuncture and chronic pain mechanisms: the moderating effects of affect, personality and stress on response to treatment. *Pain*, 3, 137-145.
- Torrance, G. (1984). *Health states worse than death*. Third International Conference on System Science in Health Care, W. van Eimeren, R. Engelbrecht & C. Flagle (Eds.) (pp. 1085-1089). Berlin: Springer Verlag.
- Torres, F., Martín, V., Rojas, F., Nieto, M., & Marra-López, J. (1980). Epidemiologia de las tumoraciones de ovario. *Toko-Ginecologia-Práctica*, 39 (452), 549-556.

- Trijsburg, R., van Knippenberg, F., & Rijpma, S. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosomatic Medicine*, 54 (489), 489-517.
- Van Nagell, J., Higgins, R., & Powell, D. (1993). Invasive cervical cancer. In R. Berkowitz & R. Knapp (Eds.), *Gynecology oncology* (pp. 192-222). New York: McGraw-Hill.
- Vera, M. (1981). Quality of life following pelvic exenteration. *Gynecol. Oncol.*, 12, 355-366.
- Villedieu, R., Wyplosz, J., Parie-France, & Desdoits, J.-M. (1979). Cancro do corpo uterino. *Jornal do Médico*, 100 (1852), 784-789.
- Villegas, E., Lerner, J., Romero, J., & Maneiro, P. (1974). Citología peritoneal en la pesquisa de tumores malignos de ovarios. *Revista de Obstetricia e Ginecologia de Venezuela*, 34 (1), 77-85.
- Vincent, C., Vincent, B., Greiss, F., et al. (1975). Some marital-sexual concomitants of carcinoma of the cervix. *South. Med. J.*, 68, 552-558.
- Vincent, D., Hellman, S., & Rosenberg, S. (1982). *Cancer. Principles and practice of oncology*. Philadelphia: J B Lippincott Company.
- Vinokur, A., Threatt, B., Caplan, R., & Zimmerman, B. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer: long-term follow-up of a screening population. *Cancer*, 63, 394-405.
- Von Knorring, L., Perris, C., Eisenmann, M., Erikson, U., & Perris, H. (1983). Pain as a symptom in depressive disorders. I. Relationship to diagnosis, subgroup and depressive symptomatology. *Pain*, 15, 19-26.
- Vyas, J., Rathore, R., Sharma, P., & Singhal, A. (1989). A study of psychiatric aspects of hysterectomy. *Indian J. Psychiat.*, 31 (1), 83-89.
- Waltz, M. (1993). Health promotion and cancer care. In A. Kaplan (Ed.), *Health promotion and chronic illness: discovering a new quality of health* (pp. 89-139). Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series n° 44.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Ware, J. (1993). Measures for a new era of health assessment. In A. Stewart & J. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being* (pp. 3-11). Durham: Duke University Press.
- Ware, J., Sherbourne, C., & Davies, A. (in press). A general population application: developing and testing the MOS 20-item short-form health survey. In A. Stewart & J. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Duke: University Press.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Weinman, J. (1990). Health psychology in the 1990's. In P. Drenth, et al. (Eds.), *European perspectives in psychology* (Vol. 2, pp. 169-191). Chichester: John Wiley and Sons.
- Weiss, N., & Silverman, D. (1977). Laterality and prognosis in ovarian cancer. *Obstetrics and Gynecology*, 49 (4), 421-423.
- Wenderlein, J. (1976). Opinion de las mujeres sobre la histerectomia profilactica. *Progresos de Obstetricia y Ginecologia*, 19 (1), 104-106.

- Whittemore, A., Paffenbarger, R., et al. (1988). Personal and environmental characteristics related to epithelial ovarian cancer II. Exposures to talcum powder, tobacco, alcohol and coffee. *Am. J. Epidemiol.*, 128, 1228.
- Whittemore, A., Paffenbarger, R., et al. (1989). Epithelial ovarian cancer and the ability to conceive. *Cancer Res.*, 49, 4047.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Wijma, K., Kauer, F., & Janssens, J. (1984). Indications for, prevalence and implications of hysterectomy: a discussion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3, 69-77.
- Wortman, C., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.
- Yabur, J., Sánchez, H., Marcano, G., Figuera, H., & Lara, A. (1976). Histerectomia abdominal. *Revista de Obstetricia Y Ginecología de Venezuela*, 36 (2), 361-368.
- Zambrana, J., Magán, J., & Albarrán, F. (1983). Factores pronósticos del carcinoma de ovario. *Toko-Ginecología-Práctica*, 42 (11), 535-540.
- Zuckermann, C. (1978). Tratamento dos cancros ováricos: critérios e realizações. *Jornal do Médico*, 44 (1783), 343-346.
- Zussman, L., Zussman, S., Sunley, R., & Bjornson, E. (1981). Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 140 (7), 725-729.