

Joana Cristina Vieira Gomes

**Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em
Doentes Oncológicos em Quimioterapia**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Joana Cristina Vieira Gomes

**Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em
Doentes Oncológicos em Quimioterapia**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Joana Cristina Vieira Gomes

**Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em
Doentes Oncológicos em Quimioterapia**

(Joana Cristina Vieira Gomes)

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Rute Meneses e a Mestre Sónia Alves.

Porto, 2011

Resumo

O presente estudo tem como objectivos caracterizar a inteligência emocional (IE), qualidade de vida (QDV), ansiedade, depressão e *distress* emocional de indivíduos com doença oncológica, em quimioterapia; explorar a relação entre a sua IE/QDV e características sócio-demográficas e clínicas e ansiedade, depressão e *distress* emocional: e, por último, explorar a relação entre a IE e a QDV dos participantes

Tendo em vista os objectivos traçados, optou-se por um estudo transversal. Os 60 participantes do estudo, com diferentes neoplasias, são seguidos no Hospital de Dia do Hospital Santo António - Centro Hospitalar do Porto (31 do sexo feminino e 29 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 20 e os 89 anos de idade ($M=57,5$; $DP=16,01$), responderam a um Questionário sócio-demográfico e clínico, ao Questionário de Competência Emocional, *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30*, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e Termómetro das Emoções.

Os resultados obtidos indicam níveis elevados de IE (na escala total e nas três subescalas); níveis satisfatórios no Estado Geral de Saúde/QDV, Funções Física, Cognitiva, Social, Emocional e Desempenho de Papel, com predomínio de Fadiga e Insónia (Escala dos Sintomas); e baixos níveis de ansiedade, depressão e *distress* emocional. Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre a IE e as características sócio-demográficas e clínicas estudadas. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre a IE e a ansiedade e a depressão. Identificaram-se relações estatisticamente significativas entre a QDV dos participantes e variáveis sócio-demográficas: nas variáveis sexo, habilitações literárias, situação profissional e agregado familiar. No entanto, não foram registadas relações estatisticamente significativas entre a QDV e as variáveis clínicas analisadas. Obtiveram-se correlações estatisticamente significativas entre a QDV e a ansiedade, a depressão e o *distress* emocional. Não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre IE e o Estado Geral de Saúde/QDV, excepto entre a subescala da percepção emocional, Funcionamento Cognitivo e Dispneia. Apesar das limitações do estudo, os presentes resultados têm claras implicações para a optimização dos cuidados prestados a indivíduos com doença oncológica em quimioterapia.

Palavras-chave: Cancro; Quimioterapia; Inteligência Emocional; Qualidade de Vida; Ansiedade; Depressão, *Distress* Emocional.

Abstract

The aims of the present study were: to characterize the emotional intelligence (EI), quality of life (QOL), anxiety, depression and emotional distress of cancer patients who were receiving chemotherapy; to explore the relationship between their EI/QOL and socio-demographic and clinical characteristics, anxiety, depression and emotional distress; and to explore the relationship between their EI and QOL.

Considering these aims, a cross sectional study was designed. Sixty patients with different cancer types, followed up in the Hospital de Dia - Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto (31 female and 29 male, between 20 and 89 years old ($M=57,5$; $SD=16,01$), answered to a socio-demographic and clinical questionnaire, the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30-V.3), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Emotional Thermometer.

Results indicate high levels of EI (total and subscales' scores); satisfactory levels of Global Health Status/QOL, Physical, Cognitive, Social, Emotional, and Role Functions, mostly Fatigue and Insomnia (Symptom Scales); and low levels of anxiety, depression and emotional distress. There were no statistically significant relations between EI and the socio-demographic and clinical characteristics studied. EI correlated with anxiety and depression. Statistically significant relations were found between patients QOL and sociodemographic variables: gender variable, literary skills, professional situation and family constitution. However, there were no statistically significant relations between QOL and the analyzed clinical variables. QOL correlated with depression, anxiety, and emotional distress. EI did not correlate with Global Health Status/QOL, except between the subscale of emotional perception, cognitive functioning and dyspnea.

Even though the study has limitations, its results have clear implications for the optimization of care to cancer patients under chemotherapy.

Keywords: Cancer; Chemotherapy; Emotional Intelligence; Quality of Life; Anxiety; Depression; Emotional Distress.

Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em
Quimioterapia

Aos meus pais, irmã e namorado

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a preciosa contribuição de várias pessoas. Desta forma, gostaria de expressar os meus sentidos agradecimentos:

À Professora Doutora Rute Meneses, pelo privilégio e honra que me concedeu ao orientar este trabalho, bem como por toda a sua ajuda e disponibilidade manifestada;

À Professora Sónia Alves, por toda a amizade e disponibilidade ao longo da elaboração do projecto de investigação que norteou o presente estudo.

Aos doentes que se disponibilizaram e aceitaram em participar neste estudo. Sem eles, jamais este trabalho seria possível. A todas estas pessoas fantásticas o meu bem ajam.

Aos profissionais de saúde do Hospital Santo António, que ao longo deste período de árduo trabalho, sempre manifestaram sincera amizade e ajudaram.

A todos os professores, sem excepção, obrigado pelo conhecimento que partilharam comigo...

A meus pais e irmã, a quem devo tudo o que sou, obrigada por todo o amor, carinho, compreensão e ânimo!

Ao Miguel, que sempre acreditou em mim. A ti, obrigada por todo o amor, incentivo, ajuda e paciência...

Sem vocês nada faria sentido....

Obrigado a todos!

Índice

Resumo.....	v
<i>Abstract</i>	vi
Dedicatória.....	vii
Agradecimentos.....	viii
Índice.....	ix
Índice de Quadros.....	xii
Índice de Figuras.....	xiv
Introdução.....	1

Parte I

Enquadramento teórico

Capítulo I

1. Psico-Oncologia.....	5
1.1 Dimensões biológicas nas doenças oncológicas.....	7
1.2 Dimensões psicológicas nas doenças oncológicas.....	9
1.2.1 Ansiedade.....	10
1.2.2 Depressão.....	11
1.2.3 <i>Distress</i> Emocional.....	13

Capítulo II

2. Inteligência Emocional.....	15
2.1 Modelos teóricos da Inteligência Emocional.....	18
2.2 Inteligência Emocional nos doentes oncológicos em quimioterapia.....	21
2.3 Correlatos da Inteligência Emocional.....	24

Capítulo III

3. Qualidade de Vida.....	25
3.1 Modelos teóricos da Qualidade de Vida.....	28

3.2 Qualidade de Vida nos doentes oncológicos em quimioterapia.....	30
3.3 Correlatos da Qualidade de Vida.....	39

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo IV

4. Objectivos e variáveis do estudo.....	44
5. Método.....	44
5.1. Participantes.....	44
5.2. Material.....	48
5.3. Procedimento.....	52

Capítulo V

6. Resultados.....	53
6.1. Caracterização dos níveis ansiedade, depressão e <i>distress</i> emocional.....	53
6.2. Caracterização da inteligência emocional.....	56
6.3. Inteligência emocional e características sócio-demográficas.....	56
6.4. Inteligência emocional e características clínicas.....	59
6.5. Relação entre inteligência emocional, ansiedade, depressão e <i>distress</i> emocional.....	60
6.6. Caracterização da qualidade de vida.....	61
6.7. Qualidade de vida e características sócio-demográficas.....	62
6.8. Qualidade de vida e características clínicas.....	65
6.9. Relação entre qualidade de vida, ansiedade, depressão e <i>distress</i> emocional.....	67
6.10. Inteligência emocional e qualidade de vida.....	68

Capítulo VI

7. Discussão dos resultados.....	69
Conclusão.....	79

Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em
Quimioterapia

Referências Bibliográficas.....81

Índice de Quadros

Quadro 1: Modelo de Inteligência Emocional (Mayer & Salovey, 1997).....	20
Quadro 2: Caracterização Sócio-demográfica dos Participantes (N=60).....	45
Quadro 3: Caracterização das Neoplasias dos Participantes.....	47
Quadro 4: Caracterização dos Tratamentos Clínicos dos Participantes.....	48
Quadro 5: Análise Descritiva da Ansiedade e Depressão.....	53
Quadro 6: Análise descritiva da ansiedade e depressão de acordo com os pontos de corte da HADS (N=60).....	54
Quadro 7: Análise Descritiva do Termómetro das Emoções (N=60).....	54
Quadro 8: Frequências e percentagens do sofrimento emocional.....	55
Quadro 9: Frequências e percentagens da Ansiedade.....	55
Quadro 10: Frequências e percentagens da depressão.....	55
Quadro 11: Frequências e percentagens da Revolta.....	55
Quadro 12: Frequências e percentagens da “Necessidade de ajuda”.....	55
Quadro 13: Caracterização da IE dos Participantes.....	56
Quadro 14: Comparação da Inteligência Emocional em função do sexo.....	57
Quadro 15: Correlação de <i>Pearson</i> entre a IE e a Idade.....	57
Quadro 16: <i>Teste t</i> para as dimensões da IE em função do das habilitações literárias.....	58
Quadro 17: <i>Teste t</i> para as diferenças entre as médias em função da situação profissional nas dimensões da IE.....	58
Quadro 18: Análise da variância para as dimensões da IE em função do Agregado familiar.....	59
Quadro 19: Correlação de <i>Pearson</i> entre a IE e o Tempo do Diagnóstico (N=60).....	59
Quadro 20: Comparação da IE dos grupos constituídos em função da realização de radioterapia (N=60).....	60
Quadro 21: Comparação da IE dos grupos constituídos em função da realização de cirurgia (N=60).....	60
Quadro 22: Correlação de <i>Pearson</i> entre a Ansiedade, Depressão e <i>Distress</i> Emocional e IE (N=60).....	61
Quadro 23: Análise Descritiva do QLQ-C30 (N=60).....	62

Quadro 24: <i>Teste t</i> para diferenças nas escalas do QLQ-C30 em função do sexo (N=60).....	62
Quadro 25: Correlação de <i>Pearson</i> entre a Idade e a QDV (N=60).....	63
Quadro 26: <i>Teste t</i> para as escalas do QLQ-C30 em função das habilitações literárias (N=60).....	64
Quadro 27: <i>Teste t</i> para as diferenças entre as médias em função da situação profissional nas escalas do QLQ-C30 (N=60).....	64
Quadro 28: Análise da variância univariada para as escalas do QLQ-C30 em função do Agregado familiar (N=60).....	64
Quadro 29: Relação de associação entre as escalas do QLQ-C30 com o tempo de diagnóstico (N=60)	65
Quadro 30: Comparação da QDV dos grupos constituídos em função da realização de radioterapia (N=60).....	66
Quadro 31: Comparação da QDV dos grupos constituídos em função da realização de cirurgia (N=60).....	66
Quadro 32: Correlação de <i>Pearson</i> entre a Ansiedade, Depressão, <i>Distress</i> Emocional e QDV (N=60).....	69
Quadro 33: Correlação de <i>Pearson</i> entre a QDV e a IE (N=60).....	70

Índice de Figuras

Figura 1: Qualidade de vida relacionada com a saúde, as suas dimensões e respectivos componentes (adaptado de Tchkmeylan et al. 1990).....	29
Figura 2: Distribuição dos participantes em função da profissão.....	46

Introdução

A oncologia é a especialidade médica escolhida para a presente investigação. Dentro do conjunto de doenças crónicas, o cancro destaca-se na medida em que apresenta uma elevada taxa de incidência, morbilidade e mortalidade (Parkin & Whewlan, 2002). É a segunda causa de morte no Mundo Ocidental, imediatamente a seguir às doenças cardiovasculares, e pode surgir em praticamente todos os órgãos (Parkin & Whewlan, 2002). Actualmente, os cancros mais frequentes nos países industrializados são as neoplasias do pulmão, colorrectal e da mama (Parkin & Whewlan, 2002). Segundo Cerezo, Ortiz-Tallo e Cardenal (2009), a relação entre os aspectos psicológicos e a saúde/doença é amplamente defendida por vários autores. Por isso, os estudos sobre doentes oncológicos na vertente psicológica são fundamentais e necessários para que os profissionais de saúde possam conhecer os diferentes comportamentos e comorbilidades associadas (Pereira & Figueiredo, 2008).

O presente estudo pretende contribuir para a compreensão da Inteligência Emocional (IE) associada com a capacidade que os indivíduos têm de expressar-se emocionalmente, a sua percepção emocional e com a capacidade de lidar com as emoções (Mayer & Salovey, 1997), no decorrer da evolução da doença oncológica. O interesse pela IE surge da necessidade actual de aprofundar o estudo deste fenómeno, enquanto problema social e emocional nas suas diversas formas e manifestações, bem como para incrementar o conhecimento científico nesta área e, dessa forma, orientar a intervenção de outros profissionais (Fernandes, 2009). É fundamental perceber como a IE é determinante no indivíduo, pois se o doente não for capaz de avaliar a intensidade das suas emoções, ele não poderá definir até que ponto elas o estão a influenciar positivamente e/ou negativamente (Martins, Ramalho & Morin, 2010; Pereira & Figueiredo, 2008). Neste sentido, é pertinente compreender a forma como as pessoas controlam as suas emoções, porque as emoções podem ter um papel indispensável no bem-estar psicológico e na QDV do indivíduo (Cerezo et al., 2009; Fernandes, 2009).

Para além da IE, a QDV é uma dimensão abordada no presente estudo. As investigações de novos fármacos, a selecção internacional de planos e protocolos terapêuticos têm, como uma das componentes da determinação do custo-benefício, a avaliação das diversas dimensões da QDV dos doentes (Costa, 2010). Contudo, a utilização da QDV na prática clínica e no acompanhamento dos doentes portadores de

neoplasias ainda fica muito aquém do desejável (Pimentel, 2006). Segundo o estudo desenvolvido por Pimentel (2002), que visou a análise dos resultados de um inquérito aplicado a 82 médicos portugueses sobre a informação e QDV dos doentes, apenas 40% dos inquiridos referiu utilizar a QDV como uma componente da avaliação clínica. Por sua vez, cerca de 73% respondeu que dava mais ênfase aos efeitos secundários da terapêutica do que à QDV e 35% baseava-se na experiência pessoal para avaliar a QDV (Pimentel, 2002). Com este estudo concluiu-se que a avaliação da QDV ainda não foi adoptada de forma definitiva na prática clínica no âmbito das doenças oncológicas (Pimentel, 2002). O Relatório da IARC (*International Agency for Research on Cancer*, 2003, citado por Patrão & Leal, 2004) salienta que pouco é conhecido sobre as necessidades psicossociais dos pacientes com cancro quando passam pelo diagnóstico e tratamento da doença, e depois ao longo do tempo de sobrevivência. Assim sendo, reforça a necessidade de se realizarem investigações que identifiquem factores no pré-tratamento e no tratamento que se relacionem com problemas psicológicos e permitem perceber as consequências psicológicas de todo o percurso de tratamentos, e o impacto na QDV – de forma a desenvolver estratégias preventivas adequadas (Figueiredo et al., 2006; Patrão & Leal, 2004; Velikova et al., 1999).

Algumas reacções emocionais como ansiedade, depressão e *distress* emocional são abordadas no presente estudo. Os avanços da Medicina, quer no rastreio, quer nos tratamentos, têm contribuído para o aumento da esperança de vida, mas é sempre fundamental alertar para as necessidades de rastreio nos domínios do sofrimento emocional, como os aspectos emocionais do adoecer (Trancas et al., 2010). Muitos autores referem a ansiedade, depressão e *distress* emocional como as três componentes psicológicas que estão mais presentes no percurso do cancro, durante o diagnóstico e o tratamento (Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds & Mitchell, 2010; Grassi, Sabato, Rossi, Marmai & Biancosino, 2009; Mitchell, 2007a, 2007b, 2008; Valentine, 2003). Salienta-se que as dimensões psicológicas nos doentes oncológicos não se limitam aos aspectos emocionais (LyKins, Graue, Brechting, Roach, Gochett & Andrykowski, 2008). Assim sendo optou-se no presente estudo, por apenas apresentar alguns dos aspectos emocionais.

Assim, desenvolveu-se um estudo transversal, no Hospital de Dia do Hospital de Dia do Hospital Santo António – Centro Hospitalar do Porto, junto de 60 indivíduos com diagnóstico de cancro em tratamento de quimioterapia.

Os objectivos da presente investigação são: caracterizar os níveis de depressão, ansiedade e *distress* emocional de indivíduos com diagnóstico de cancro em quimioterapia; caracterizar a sua IE; explorar a relação entre IE e características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, situação profissional e agregado familiar), clínicas (tipo de cancro, tipo do tratamento e tempo de diagnóstico), ansiedade, depressão e *distress* emocional; caracterizar a QDV dos participantes; explorar a relação entre QDV e características sócio-demográficas, clínicas, ansiedade, depressão e *distress* emocional; e explorar a relação entre IE e QDV.

Os instrumentos seleccionados foram escolhidos tendo em conta os objectivos delineados: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, Questionário de Competência Emocional (ESCQ), *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30-V.3), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e Termómetro das Emoções.

Neste contexto, no presente estudo são abordados temas como a Psico-Oncologia, os aspectos biológicos e psicológicos presentes nos doentes oncológicos, a IE e QDV, com os respectivos modelos teóricos, a IE e QDV nos doentes oncológicos e seus correlatos, bem como a relação entre a IE e QDV. A parte empírica tem o seu início pela exposição dos objectivos deste estudo. Segue-se o método, do qual consta a descrição dos participantes, o material utilizado e o procedimento efectuado. Estes precedem os resultados, a discussão dos mesmos e a conclusão retirada desta investigação, reportando-se os seus limites e apontando-se sugestões para futuras investigações.

Neste sentido, é essencial contribuir para uma melhor compreensão dos processos psicológicos associados à doença e, conseqüentemente, para uma maior eficácia das intervenções psicológicas nesta área analisando as relações entre as variáveis IE, Qualidade de Vida (QDV), Ansiedade, Depressão e *Distress* Emocional.

Parte I

Enquadramento teórico

Capítulo I

1. Psico-Oncologia

Segundo Yamagushi (1994, citado por Carvalho, 2002) a oncologia é a ciência que estuda o cancro e como ele se forma, instala e progride, bem como as circunstâncias possíveis de tratamento. A oncologia admite a noção que o corpo e a mente são partes de um organismo e que a saúde é fruto deste equilíbrio (Carvalho, 2002). Simboliza segundo Figueiredo et al. (2006) sofrimento e morte, tornando-se numa das doenças mais temidas pela Humanidade (Figueiredo et al., 2006). Já desde o tempo de Hipócrates, que os indivíduos reagem ao diagnóstico de cancro com medo, angústia e desespero (Figueiredo, Araújo & Figueiredo, 2006). No âmbito Internacional, a Psico-Oncologia é definida como uma subespecialidade da Oncologia (Staliano & Araújo, 2009). Foca-se no impacto do cancro, no funcionamento emocional do doente, familiares e profissionais de saúde e no papel das variáveis psicológicas e comportamentais sobre a incidência e a sobrevivência à doença (Staliano & Araújo, 2009). Através dos conhecimentos teóricos e técnicos da Psicologia e da Oncologia, os profissionais de saúde focam-se na prevenção primária, secundária, terciária e na investigação (Staliano & Araújo, 2009). Neste sentido, a Psico-Oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza o conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde (Carvalho, 2002).

O cancro tornou-se um problema de saúde pública mundial, uma vez que tem aumentado a sua prevalência, necessitando de grandes investimentos financeiros e acarretando encargos institucionais e sociais para os países (Pimentel, 2003; Machado & Sawada, 2008; Sawada, Nicolussi, Okina, Cardozo & Zago, 2009). Segundo Teles, Ribeiro e Cardoso (2003), a palavra cancro desencadeia na vida do indivíduo as mais diversas emoções. Os doentes oncológicos apresentavam níveis de ansiedade e depressão mais elevados do que os indivíduos sem diagnóstico oncológico (Teles et al., 2003). Dentro da mesma linha de raciocínio de Teles et al. (2003) outros autores (Decate et al., 2009; Pereira & Figueiredo, 2008; Sawada et al., 2009; Silveira et al., 2003; Simpson, 2005) também concluíram que os indivíduos deparam-se com questões de morte e da morbidade associada aos tratamentos, como sintomas depressivos, desespero, pessimismo, diminuição do prazer, medo de perder a sua integração social e

medo de ser abandonado. A prevalência destas comorbidades é elevada, porque para além de terem de suportar os efeitos adversos da quimioterapia e da radioterapia, convivem diariamente com a dor (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2010; Ferreira, Chico & Hayashi, 2005; Teles et al., 2003).

O sofrimento psicossocial presente na doença oncológica é em grande parte adequado aos mecanismos de adaptação (Cardoso et al., 2010). Deste processo pode depender um maior ou menor risco de desenvolver uma perturbação psicológica, que venha a precisar de uma intervenção terapêutica (Cardoso et al., 2010). Os indivíduos deparam-se com a incerteza quanto ao futuro, a procura de um significado que justifique a situação médica, a perda de controlo, a necessidade de diálogo e o sexto sinal vital (sofrimento psicológico associado à doença oncológica pode tornar várias formas, vai desde o medo, preocupação e tristeza, até problemas incapacitantes como a depressão, o pânico, a ansiedade e isolamento) (Cardoso et al., 2010). Literatura especializada recomenda intervenções psicossociais que desenvolvam: (a) atitudes e crenças individuais quanto à capacidade de mudar aspectos desfavoráveis; (b) estratégias para lidar com as limitações funcionais; (c) habilidades para estabelecer e manter uma rede de suporte social satisfatória; (d) percepções positivas, ressignificação de pensamentos negativos e focalização em habilidades remanescentes, objectivos realistas e planos para o futuro (Souza & Araújo, 2010). Ou seja, procuram aperfeiçoar as estratégias de *coping*, diminuir o *distress* emocional e assegurar a QDV entre doentes oncológicos (Souza & Araújo, 2010).

Elizabeth Kübler-Ross (1969, citado por Cardoso et al., 2010) foi a primeira autora a estudar a adaptação psicológica de doentes com doença oncológica com prognóstico reservado. Neste sentido, as tarefas de adaptação à doença oncológica desenvolvidas por Elizabeth Kübler-Ross continuam a ser fundamentais para os profissionais de saúde compreenderem as reacções dos doentes perante a angústia da doença e da morte e conseguirem obter uma resposta terapêutica adequada (Cardoso et al., 2010). As fases são: a) negação ou denegação (recusa-se a aceitar totalmente ou parcialmente o que lhe é comunicado); b) revolta (o doente reconhece a existência de uma doença grave mas não a aceita); c) negociação (o doente admite a existência da doença e tenta negociar a sua cura); d) depressão (quando os mecanismos anteriores

fracassam o doente desenvolve um quadro depressivo); e e) aceitação (o doente compreende que a doença e a sua evolução são inevitáveis) (Cardoso et al., 2010).

Neste sentido, tendo em conta o que foi referido anteriormente, são exploradas nas alíneas seguintes, as dimensões biológicas e algumas das psicopatologias presentes nas doenças oncológicas (ansiedade, depressão e *distress* emocional).

1.1 Dimensões biológicas nas doenças oncológicas

De acordo com o Instituto Nacional do Cancro INCA (2011) o cancro consiste numa alteração do processo de morte e/ou multiplicação de células que originam um desequilíbrio, proporcionando um aglomerado de células. O cancro é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo provocar metástases para outras regiões do corpo (Instituto Nacional do Cancro, 2011). Ainda de acordo com o INCA (2011), as causas do cancro são múltiplas (podem ser externas ou internas e/ou inter-relacionadas) (Instituto Nacional do Cancro, 2011). As causas externas dizem respeito ao contexto ambiental, as causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (Instituto Nacional do Cancro, 2011).

A doença oncológica é de facto uma realidade com que cada vez mais os indivíduos têm de se confrontar: estima-se que o risco de ao longo da vida desenvolver uma doença oncológica é de cerca 41% (Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira & Reis, 2010). Nos Estados Unidos da América, em 2006, o cancro representou a principal causa de morte, em Portugal, no ano 2003, 21,3% de pessoas diagnosticadas com cancro morreram (Trancas et al., 2010). Por exemplo, o cancro da mama é o tipo de neoplasia mais frequente em mulheres e destaca-se como a terceira causa de morte (Machado & Sawada, 2008; Peres & Santos, 2009). O cancro da mama incide particularmente sobre o simbolismo corporal da feminilidade, da sensualidade e da maternidade, comprometendo não apenas a condição física mas também psicológica das mulheres (Peres & Santos, 2009). O cancro cerebral e do pescoço são dos seis cancros com maior prevalência mundial: 900,000 milhões de casos são diagnosticados anualmente (Silveira et al., 2003). As neoplasias malignas da pele também são situações clínicas comuns (Carvalho et al., 2007).

A avaliação das características do cancro, tendo por base a realização de um exame físico, imagiológico e anatomopatológico, determina o estágio da doença ao diagnóstico e constitui uma fase decisiva na determinação do prognóstico, assim como na instituição de um plano terapêutico mais adequado (Carvalho et al., 2007). Sendo assim, os protocolos utilizados no tratamento vão depender, essencialmente, do estágio da doença, da análise dos vários exames clínicos realizados, da idade do doente, e também, da sua preferência, após ser informado quanto aos efeitos secundários e à duração do tratamento (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007). Os principais tratamentos do cancro são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia (Cunha et al., 2007; Ministério da Saúde, 2010; Pandey et al., 2006).

A cirurgia consiste na modalidade de tratamento mais antiga e mais definitiva, principalmente quando o tumor está em estágio inicial e em condições favoráveis para ser retirado, o tumor pode ser removido totalmente ou parcialmente, dependendo da situação clínica (Ministério da Saúde, 2010). A quimioterapia é utilizada como tratamento adjuvante (depois da cirurgia e radioterapia) ou neoadjuvante (o doente realiza a quimioterapia antes de outros tratamentos como a cirurgia e a radioterapia) (Pandey et al., 2006; Silva & Dias, 2007). É um tratamento intensivo, constituído por vários ciclos, e com efeitos secundários muito conhecidos, como a queda de cabelo, as náuseas, os vômitos e a diarreia (Pandey et al., 2006; Silva & Dias, 2007).

A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raio-x, por exemplo), que são um tipo de energia, para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem (Ministério da Saúde, 2010). Dependendo da área a ser tratada, podem ou não surgir efeitos colaterais comuns à radioterapia, tais como efeitos dolorosos ao nível físico, náuseas e vômitos (Figueiredo, 2008; Ministério da Saúde, 2010). Em alguns casos a radioterapia pode ser usada em conjunto com a quimioterapia, que é o uso de medicamentos específicos contra o cancro (Ministério da Saúde, 2010). A junção da quimioterapia e radioterapia vai depender do tipo de tumor e da escolha do tratamento adequado para superar a doença (Ministério da Saúde, 2010).

Os efeitos colaterais de uma cirurgia, quimioterapia e radioterapia produzem alguma ansiedade, provocando também alguma distorção do *self* (Figueiredo, 2008). Para além, dos efeitos colaterais referidos, a radioterapia e quimioterapia podem provocar algum descontrolo hidroelectrolítico com implicações ao nível do bem-estar e

consequentemente a nível da QDV (Figueiredo, 2008). Para além da cirurgia, quimioterapia e radioterapia, os profissionais de saúde podem recorrer se necessário à terapia hormonal (hormonoterapia) (Ministério da saúde, 2010). A terapia hormonal é um tratamento que tem como objectivo impedir a acção das hormonas que fazem as células cancerígenas crescerem, bloqueando ou eliminando os efeitos das hormonas sobre o órgão afectado (Ministério da saúde, 2010).

Embora os efeitos colaterais estejam quase sempre presentes nos tratamentos, a dor em oncologia constitui uma das queixas mais frequentes dos doentes e uma variável particular que requer tratamento adequado (Graner, Junior & Rolim, 2010; Miceli, 2002). Além dos tratamentos farmacológicos utilizados para o controlo da dor, como os opióides, terapias complementares e alternativas são indicadas por profissionais de saúde e procuradas pelos doentes (Graner et al., 2010). As intervenções complementares ao tratamento farmacológico propõem-se reduzir o sofrimento relacionado e/ou acentuado pela dor, e promover a QDV nas diferentes fases do tratamento (Graner et al., 2010). Definem-se como intervenções complementares técnicas que não substituem os tratamentos convencionais prescritos (medicamentoso), mas são utilizadas de forma concomitante (Graner et al., 2010).

Assim, a Psicologia contribui com uma ampla variabilidade de técnicas, como relaxamento, visualização, distração dirigida, *biofeedback*, respiração profunda, grupos educativos, modelação, sistemas de recompensas (reforço positivo) e ensaio de comportamentos (Graner et al., 2010).

1.2. Dimensões psicológicas nas doenças oncológicas: Ansiedade, depressão e *distress* emocional

Nas alíneas seguintes, abordam-se sucintamente e separadamente os temas relativos à ansiedade, depressão e *distress* emocional, variáveis avaliadas na investigação.

1.2.1. Ansiedade

A ansiedade pode ser entendida como uma resposta emocional que engloba aspectos cognitivos e fisiológicos, caracterizados por um alto grau de activação do sistema nervoso autónomo e aspectos motores que podem implicar comportamentos pouco adaptativos (Monroy, Torres & Aguilar, 2009; Vasconcelos et al., 2008). A resposta da ansiedade pode ser produzida por estímulos externos a situações ou por estímulos internos do indivíduo, tais como os pensamentos, ideias ou imagens (Monroy et al., 2009). Com o diagnóstico de cancro e a complexidade dos tratamentos, o indivíduo pode desenvolver um conjunto de respostas emocionais, que promovem o aparecimento de psicopatologias, neste caso a ansiedade, influenciando o tratamento (Pereira & Figueiredo, 2008).

Os sintomas da ansiedade distribuem-se em três tipos: somáticos (alterações do ritmo cardíaco, náuseas, vómitos, tensão muscular, mal-estar, entre outros), cognitivos (pensamentos negativos e distorcidos recorrentes da doença e prognóstico, medo sobre a morte, medo de perder o controlo, entre outros) e comportamentais (isolamento social, irritabilidade, evitamento dos estímulos temidos, por exemplo a baixa adesão ao tratamento ou abandono, entre outras) (Monroy et al., 2009). De acordo com Pandey et al. (2006) a sintomatologia ansiosa é a mais frequente nos doentes oncológicos, comparada com outras psicopatologias. A ansiedade pode manifestar-se em quatro momentos: ansiedade situacional, ansiedade relacionada com uma doença, ansiedade relacionada com o tratamento e como uma exacerbação da fase de pré-tratamento (Pandey et al., 2006).

Muitos são os autores que avaliam a ansiedade nos doentes oncológicos (Baker-glenn et al., 2010; Carvalho, 2010; Pandey et al., 2006; Redeker & Ruggiero; 2000; Teles et al., 2003; Vasconcelos et al., 2008). Baker-Glenn et al. (2010) no seu estudo, concluíram que os doentes oncológicos durante o tratamento de quimioterapia solicitaram ajuda psicológica, esta necessidade de ajuda sentida tinha por detrás elevados níveis de ansiedade, depressão e *distress* emocional. Numa amostra de 173 indivíduos, 48,1% apresentavam sintomatologia ansiosa (Baker-Glenn et al., 2010). Em termos de variáveis sócio-demográficas, nomeadamente a variável sexo, Pandey et al. (2006) desenvolveram o estudo que propôs-se avaliar a ansiedade em doentes

oncológicos que estão a fazer quimioterapia, concluíram que a ansiedade surge em maior frequência nos homens. No estudo de Redeker e Ruggiero (2000) os doentes oncológicos quando comparados em termos de diferença de idades, compreendeu-se que os doentes mais velhos, tal como os homens, apresentaram baixos níveis de ansiedade.

Teles et al. (2003) desenvolveram um estudo com o intuito de avaliar a ansiedade e depressão, do qual fizeram parte da investigação 100 doentes, 50 com carcinoma colorrectal e 50 sem patologia maligna, através dos resultados obtidos verificaram uma elevada prevalência de ansiedade nos doentes com patologia maligna (Teles et al., 2003). Tendo em conta, um estudo mais recente Carvalho (2010) explorou as diferenças na intensidade da dor, nos níveis de ansiedade e depressão dos doentes oncológicos, para o qual foi seleccionado o Inventário de Saúde Mental (ISM) e participaram 53 doentes (Carvalho, 2010). Através dos resultados obteve-se níveis de ansiedade moderados, verificou-se que o valor médio de ansiedade foi de 3,38 com desvio padrão de 0,96 (Carvalho, 2010).

1.2.2. Depressão

A depressão é, de facto, uma patologia que pode estar presente no cancro, pode surgir como uma resposta a uma perda da normalidade, como do diagnóstico de cancro, do tratamento e das consequências que poderão advir da doença (Fanger et al., 2010; Pandey et al., 2006; Trancas et al., 2010; Valentine, 2003). Segundo Furlanetto, Figueiredo, Fornari e Brasil (2002), Trancas et al. (2010) e Valentine (2003) a depressão clínica está significativamente ligada à diminuição da adesão terapêutica, tendo como consequência o agravamento da doença. Por isso, através do diagnóstico e de uma intervenção específica o doente pode recuperar e melhorar a QDV (Furlanetto et al., 2002). Young, Beck e Weinberg (1999, citado por Gioia-Martins, Martins & Hamzeh, 2009), afirmam que os doentes deprimidos transmitem uma visão negativa de si próprios, do ambiente e do seu futuro, consideram-se sem valor e indesejáveis, o ambiente para os doentes é sombrio e todos os obstáculos são tidos como insuperáveis e não se consideram competentes para lidar com uma determinada situação.

Em termos de prevalência, Trancas et al. (2010) menciona que os dados disponíveis acerca da depressão clínica em doentes oncológicos incluem um conjunto de informações com uma elevada amplitude, tendo em conta a heterogeneidade das amostras e os diversos métodos e critérios de diagnóstico adoptados. Enquanto a localização do tumor, o tempo de evolução, o local da avaliação da depressão são alguns dos factores que fazem variar a prevalência. Segundo Stiefel, Trilim, Berneya, Olarte & Razavi (2001, citado por Trancas et al., 2010) a prevalência da depressão clínica situa-se entre 3 e 58%, variando com as características da população, o tipo de doença oncológica e o estágio da doença. Em termos de variáveis clínicas existe alguma evidência que a prevalência da depressão aumenta com a gravidade da doença ao nível físico, recorrência da doença, um estágio mais avançado e aumento da incapacidade (Pandey et al., 2006; Trancas et al., 2010). Por exemplo, a localização do tumor também tem sido implicada no aparecimento de depressão, com neoplasias pancreáticas, oro-faríngeas, da mama e do pulmão associadas a taxas de depressão clínica mais elevadas (Trancas et al., 2010). E, por último, a presença de limitações físicas relevantes ou desconforto físico decorrente da doença ou do tratamento, bem como idades mais avançadas, estão associados a aumento da incidência da depressão clínica (Trancas et al., 2010). Longos períodos de dor também estão fortemente correlacionados com o aparecimento de sintomas depressivos (Trancas et al., 2010; Valentine, 2003).

Os factores de risco para a depressão nos doentes oncológicos são: isolamento social, perdas recentes, tendência para o pessimismo, presença de dor, pressões socioeconómicas, abuso de substâncias, diagnóstico de alcoolismo, história de perturbações do humor ou tentativas de suicídio (Pandey et al., 2006; Trancas et al., 2010). O factor de risco mais relevante para depressão num doente com cancro avançado é a existência de história prévia de depressão, outros factores incluem: idade jovem, rara rede de apoio social, baixo *status* funcional e dor (Trancas et al., 2010; Valentine, 2003).

Tal como acontece com a ansiedade, a depressão também tornou-se uma patologia investigada por vários autores (Carvalho, 2010; Miranda, Resende, Melo, Costa & Friedman, 2002; Neilson et al., 2010; Pandey et al., 2006; Redeker & Ruggiero, 2000). No estudo desenvolvido por Pandey et al. (2006) com 117 doentes oncológicos que estavam a fazer quimioterapia, conclui-se que 16,23% apresentavam

sintomatologia depressiva. Os doentes oncológicos quando comparados em termos de diferença de idades, no estudo de Redeker e Ruggiero (2000) verificou-se que os doentes mais velhos, tal como os homens, apresentaram baixos níveis de depressão. Miranda et al. (2002), avaliaram a depressão nos doentes com cancro da mama e com cancro cervical que estavam a fazer quimioterapia adjuvante e concluíram que não existiam diferenças relativamente à depressão, todavia verificaram que o número de doentes com sintomatologia depressiva aumentava depois de fazerem quimioterapia. Neilson et al. (2010), no estudo que desenvolveram também chegaram à mesma conclusão de Miranda e Colaboradores (2002), ou seja, a depressão aumenta depois dos tratamentos efectuados. Na mesma linha de investigação da depressão, Carvalho (2010) verificou que o valor médio de depressão na amostra com doentes oncológicos foi de 3,67 com o desvio-padrão de 0,97, correspondendo ao nível médio de depressão.

1.2.3. Distress Emocional

O *distress* é definido pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), como uma experiência emocional desagradável, de natureza psicológica, social e/ou espiritual (Amado et al., 2010; Bultz & Carlson, 2006; Clover, Carter, Mackinnon & Adams, 2009; Decat et al., 2009; Mitchell, Hussain, Grainger & Symonds, 2010; Reuber, Mitchell, Howlett, Crimlisk & Grunewald, 2005). É considerado como uma resposta natural de um indivíduo, que vivência a doença e o tratamento, caracterizando-se, por exemplo, por uma variação constante de humor (Amado et al., 2010; Bultz et al., 2009; Decat et al., 2009; Mitchell, Baker-Glenn, Granger, & Symonds, 2009; Mitchell et al., 2010).

Em Junho de 2004, as estratégias Canadianas para o controlo do cancro, mencionaram e promoveram um passo fundamental, afirmando que o *distress* emocional é considerado o sexto sinal vital que tem de ser avaliado nas rotinas hospitalares neste caso nas Unidades de Oncologia, juntamente com o controlo da respiração, pressão sanguínea, dor, entre outros (Bultz & Holland, 2003). Porque, segundo vários autores (Bultz & Carlson, 2006; Bultz et al., 2009; Decate et al., 2009) com as rotinas dos hospitais, os profissionais de saúde não detectam sinais de dificuldades dos doentes, tem apenas conhecimento quando o doente já está gravemente deprimido, ansioso e com conflitos familiares. Com a presença de elevados níveis de

distress emocional Mitchell (2007c) menciona as implicações que o *distress* emocional tem ao nível da diminuição da QDV, simultaneamente com uma baixa satisfação ao nível dos tratamentos médicos e com a possibilidade de diminuir a taxa de sobrevivência do doente (Mitchell, 2007c). Assim autores como Bultz et al. (2009), Decat et al. (2009) e Vodermaier, Linden e Siu (2009) reforçam a importância de avaliar o *distress* emocional nos doentes oncológicos em cada fase de tratamento.

O estudo desenvolvido por Decat, Araujo e Stiles (2010) concluiu que os níveis de *distress* emocional durante a quimioterapia são altos, sugerindo uma necessidade clínica de intervenções que forneça apoio aos doentes durante o tratamento de quimioterapia. Na meta-análise desenvolvida por Mitchell (2007c), para a análise da prevalência do *distress* emocional conclui-se que 40% dos doentes oncológicos apresentavam *distress* emocional. Resultados com percentagens próximas, ou seja, de elevados níveis de *distress* emocional foram também avaliados nos estudos desenvolvidos por Mitchell (2007c) Mitchell (2008) e Mitchell et al. (2010).

Para além de avaliarem a ansiedade e depressão Baker-Glenn et al. (2010) avaliaram os níveis de *distress* emocional em doentes oncológicos e concluíram que 22,5% estavam com níveis de *distress* emocional. Autores como Pandey et al. (2006) também estudaram o *distress* emocional e através da análise dos dados conclui-se que as mulheres descrevem mais sintomas e elevados níveis de *distress* emocional em comparação com os homens. Relativamente à variável idade, nas investigações que têm vindo a ser desenvolvidas, concluiu-se que os jovens adultos com cancro têm uma maior probabilidade de vir a desenvolver *distress* emocional que os idosos, ou seja, jovens adultos são mais afectados negativamente pela experiência de cancro (Nelson et al., 2009). Para justificar este facto, foi apresentada uma teoria, que sugere que idades mais avançadas servem como factor de protecção contra o *distress* emocional, a Teoria Psicológica de Erikson, afirmando que com o desenvolvimento de tarefas, e uma curta perspectiva sobre a obtenção de objectivos, diferentes experiências de vida e destinos, os idosos tornam-se mais selectivos nos seus objectivos e emoções (Nelson et al., 2009).

No estudo de Iwamitsu et al. (2003) verificou-se que depois de fornecido o diagnóstico de cancro, o *distress* emocional diminui em mulheres com cancro da mama. Concluíram que os doentes que não expressam as emoções negativas o *distress* emocional aumenta consideravelmente, quando comparados com os indivíduos que

expressam as emoções. Com os resultados obtidos Iwamitsu et al. (2003) reforçam a importância dos doentes oncológicos serem aconselhados a expressarem as emoções negativas.

Segue-se agora a análise dos temas relativos à IE e QDV, de modo a compreender a sua importância no âmbito do presente estudo.

Capítulo II

2. Inteligência Emocional

A IE constitui um construto psicológico recente, e um dos aspectos da inteligência mais discutidos na actualidade (Woyciekoski & Hutz, 2009). É portanto, um campo relativamente explorado, no qual destacam-se estudos internacionais desenvolvidos por vários autores como por exemplo: Bar-On e Parker (2000), Mayer e Salovey (1997, 2001), Mayer, Salovey e Caruso (2000).

Matthews, Zeidner e Roberts (2002, citado por Woyciekoski & Hutz, 2009), salientam que, para que os indivíduos possam entender a IE é necessário que se tenha claro a concepção de emoção. As emoções demarcam factos importantes na nossa vida, elas influenciam a forma como o indivíduo reage às experiências (Graves et al., 2005; Woyciekoski & Hutz, 2009; Yoo, Avive, Levine, Ewing & Au, 2010). As emoções podem causar importantes impactos no bem-estar subjectivo das pessoas, na saúde física e mental, nas interacções sociais, além de influenciar a capacidade de resolução de problemas (Graves et al., 2005; Woyciekoski & Hutz, 2009; Yoo et al., 2010). Segundo Woyciekoski e Hutz (2009) a emoção consiste numa reacção psico-biológica complexa, que envolve a inteligência e motivação, impulso para acção, além de aspectos sociais e da personalidade, que acompanhados de mudanças fisiológicas, expressariam um acontecimento significativo para o bem-estar subjectivo do sujeito no seu encontro com o ambiente. De acordo com Vaz Serra (1999) as emoções determinam e organizam de forma rápida respostas de diferentes sistemas biológicos e salientam a importância das emoções no desenvolvimento das personalidades saudáveis, na competência social e no aparecimento de psicopatologia.

Embora o conceito de IE seja relativamente novo em Psicologia, já muito se investigou e escreveu sobre o tema (Monteiro, 2009). O conceito tem sido definido de distintas formas, pelo que hoje em dia, quando se fala de IE, torna-se fundamental fazer uma distinção entre diferentes concepções (Monteiro, 2009). A inteligência tem vindo a ser definida como uma capacidade de compreensão e raciocínio ou como um conjunto de diferentes capacidades mentais (Woyciekosk & Hutz, 2010). Para além das competências intelectuais que englobam o comportamento denominado inteligente, em determinados contextos, estas competências podem diferir das capacidades essenciais para actuação, adaptação e sucesso, introduzindo-se neste sentido as competências intelectuais relacionadas com o mundo das emoções, criatividade e relacionamentos interpessoais (Primi, 2003; Woyciekosk & Hutz, 2010). A IE constitui, assim um campo de estudo que reúne pesquisas extensivas sobre a inter-relação entre pensamentos, sentimentos e habilidades (Woyciekosk & Hutz, 2010).

Dentro de vários autores destacam-se Mayer e Salovey (1997, p. 10) que definem a IE “como um construto que envolve a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular emoções para promover o crescimento emocional e intelectual”. A capacidade de perceber as emoções, consiste na capacidade do indivíduo identificar emoções em si próprio e noutros indivíduos, e também com a capacidade de expressar essas emoções (Mayer & Salovey, 1999). Consiste também na capacidade de avaliar a veracidade de uma expressão emocional e autenticidade, falsidade ou tentativa de manipulação (Mayer & Salovey, 1999). A percepção emocional diz respeito, à capacidade de introspecção e formulação de ideias coerentes com o seu estado emocional, com esta capacidade de introspecção o indivíduo poderá conseguir compreender informações transmitidas por elas e sobre os eventos importantes que eventualmente ocorrem no meio, abrindo possibilidades para o processo de adaptação, facilitação da compreensão empática do outro (Mayer & Salovey, 1999).

Mayer, Caruso e Salovey (2000) referem que a IE requer o cumprimento de três critérios rigorosos para atingir o *status* de uma inteligência como as já estabelecidas: conceitual, correlacional e desenvolvimental. O conceitual associa-se à necessidade de a IE reflectir uma *performance* mental ao invés de formas de comportamento, auto-

estima, ou características não interactivas, sendo que as habilidades relacionadas às emoções devem ser medidas através de testes que requeiram desempenho mental (Mayer et al., 2000). O segundo critério, que descreve padrões empíricos, traduz-se pela necessidade da IE abarcar um conjunto de habilidades relacionadas que seriam análogas, mas distintas das habilidades mentais descritas por inteligências anteriormente existentes (Mayer et al., 2000). E por último, o critério desenvolvimental postula que a inteligência deve ser passível de aprimoramento ao longo da vida (com a idade e experiência) (Mayer et al., 2000).

Tendo por base o conjunto de habilidades cognitivas, a IE é descrita como portadora de várias habilidades básicas e interdependentes, a auto-consciência (permite ao indivíduo perceber, observar, discriminar e nomear os seus próprios sentimentos), a auto-motivação (alusiva à competência de criar metas para si mesmo, motivado a manter os objectivos pessoais, ou seja, esta habilidade torna-se responsável por manter o grau de confiança, optimismo e de esperança, mesmo quando o indivíduo está a viver uma dificuldade), o autocontrole (capacidade que o indivíduo tem de desenvolver competências pessoais e gerir sentimentos com objectivo de conseguir metas anteriormente estabelecidas), empatia (o indivíduo através da leitura e compreensão de expressões não verbais percebe os sentimentos dos outros) e a sociabilidade (consiste na capacidade de iniciar, manter e aprofundar relações sociais, de conseguir substituir sentimentos negativos por outros positivos em relação àqueles que o cercam) (Mayer & Salovey, 1999). Das habilidades anteriormente mencionadas, as três mais importantes são a autoconsciência, a automotivação e o autocontrole, estas são responsáveis pelas bases da natureza psicológica, fundamentais para o fortalecimento das estruturas internas do indivíduo, enquanto a empatia e sociabilidade são as duas componentes psicossociais que preservam a competência do espaço social (Cerezo, Ortiz-Tallo & Cardenal, 2009; Mayer & Salovey, 1999; Roberts, Flores-Mendoza & Nascimento, 2002).

Para além de Mayer e salovey (1999) Goleman (2003) tem caracterizado a IE como um conjunto de características pessoais e sociais. Segundo Goleman (2003) a IE é “a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir, a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado psicológico e impedir que o desânimo subjogue a faculdade de pensar; de sentir empatia

e de ter esperança” (Goleman, 2003, p. 54). Goleman (2003) atribui à IE qualidades como: auto-consciência emocional, boa capacidade de auto-avaliação, auto-confiança, auto-controlo emocional, credibilidade, consciência, adaptabilidade, entre outras.

Na alínea seguinte são abordados dois modelos teóricos que explicam a IE, mais especificamente o modelo de Mayer e Salovey (1997), uma vez que o instrumento utilizado para avaliar a IE dos doentes do presente estudo, foi desenvolvido de acordo com a perspectiva teórica de Mayer e Salovey (1997).

2.1 Modelos teóricos da Inteligência Emocional

Muitas concepções de inteligência incluíram no passado, como na actualidade, variáveis não cognitivas: concepções de inteligência como, por exemplo, a de Inteligência Social, Inteligências Múltiplas, Inteligência Prática e IE (Meza, 2007; Monteiro, 2009).

Porém, a IE teve a sua origem no conceito de inteligência social (Law, Wong & Song, 2004). Consequentemente, assistiu-se ao declínio do estudo da inteligência social enquanto entidade intelectual distinta, até ao recente despertar de interesse pela IE (Monteiro, 2009). Enquanto alguns autores propõem teorias baseadas em competências emocionais (Salovey & Mayer, 1990), outros autores falam de IE como uma capacidade de adaptação social e emocional, isto é, como um conjunto abrangente de competências (Bar-On, 2000; Goleman, 2003).

O desenvolvimento de modelos teóricos sobre a IE foi acompanhado pelo desenvolvimento de testes para medir o conceito (Mayer, Salovey & Caruso 2000). Destacam-se dois grandes modelos, os modelos mistos que combinam dimensões da personalidade, como o optimismo e a capacidade de automotivação com as habilidades emocionais e o modelo de aptidão, baseia-se unicamente no processamento emocional da informação e na análise das capacidades relativas ao processamento emocional (Queirós, Carral & Fernández-Berrocal, 2004). O modelo de aptidão de Mayer e Salovey (1997) considera a IE como uma forma de inteligência que combina as emoções e os pensamentos, e os modelos mistos, na linha de Bar-On e na linha de

Goleman, que consideram as aptidões mentais e uma diversidade de outras características como a motivação, a sociabilidade e determinadas qualidades pessoais (Mayer et al., 2000; Monteiro, 2009; Queirós et al., 2004).

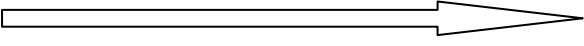
Cada modelo teórico tem desenvolvido um corpo teórico relativamente vasto e respectivos instrumentos de medida (Monteiro, 2009). Um instrumento de medida deve medir directamente a aptidão de um indivíduo solicitado a resolver determinado problema, como, por exemplo, identificar emoções numa expressão facial, imagem ou pintura (Júnior & Noronha, 2007; Mayer et al., 2000).

É com apoio nesta concepção, e num modelo de quatro componentes da IE, que se encontra estruturado o instrumento de medida de IE denominado “Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test” (MSCEIT) (Dantas & Noronha, 2005; Júnior & Noronha, 2007; Mayer et al., 2000). Mayer et al. (2000) definiram a medida como um conjunto de aptidões relacionadas com a percepção, expressão e regulação das emoções em si mesmo e nos outros, e na utilização das emoções para motivar, planear e atingir objectivos na vida.

Neste sentido, Mayer et al. (2002) apresentaram um modelo de IE, no qual o processamento de informações emocionais é explicado por meio de quatro componentes organizadas em níveis: a) percepção, avaliação e expressão da emoção (Perceber Emoções); b) a emoção como facilitadora do pensamento (Facilitar o Pensamento); c) compreensão e análise de emoções, e emprego do conhecimento emocional (Entender Emoções); d) controle reflexivo de emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (Gestão de Emoções). Dentro de cada componente há uma organização hierárquica, de acordo com a complexidade dos processos psicológicos envolvidos e com o desenvolvimento dos indivíduos, sendo expectável que os indivíduos mais inteligentes emocionalmente progridam mais rapidamente através das componentes descritas (Mayer & Salovey, 1997; Mayer et al., 2002).

Os componentes de níveis mais elevados correspondem à consciência e à regulação de emoções, enquanto os componentes de níveis mais baixos correspondem a capacidades relativamente mais simples, como perceber e expressar emoções (ver Quadro 1).

Quadro 1: *Modelo de Inteligência Emocional* (Mayer & Salovey, 1997).

Gestão das Emoções			
Estar disponível para os sentimentos (quer agradáveis quer desagradáveis).	Reflectir no sentido de manter ou evitar uma emoção dependendo da sua utilidade.	Reflectir no sentido de monitorizar emoções relativamente ao próprio ou outros, bem como reconhecer o quão claras, típicas, influenciadoras ou razoáveis são.	Gerir emoções no próprio e nos outros moderando as negativas e potenciando as positivas sem, contudo, reprimir ou exagerar a informação que elas possam veicular.
Compreensão e análise das Emoções			
Capacidade para apelidar emoções e reconhecer a relação entre as palavras e as emoções respectivas. Como por exemplo, entre gostar e amar.	Capacidade para interpretar o significado emocional que as circunstâncias podem veicular. Por exemplo, que a tristeza pode reflectir perda.	Capacidade para entender sentimentos complexos: sentimentos simultâneos (ex. amor/ódio) ou misturas, como por exemplo a admiração poder conter medo e surpresa.	Capacidade para reconhecer prováveis transições entre emoções, como por exemplo, a transição de raiva para satisfação ou de raiva para vergonha.
Assimilação de Emoções			
As emoções antecedem o pensamento, direccionando a atenção para informação importante.	As emoções são sentidas de forma tal que podem ser geradas como ajudas ao julgamento e à memória quando relacionadas com sentimentos.	As mudanças de estado emocional podem mudar a perspectiva de optimista para pessimista, incentivando a tomada de múltiplos pontos de vista.	Os estados emocionais diferenciam a forma como determinados problemas são abordados. Por exemplo, a alegria ou felicidade podem facilitar o pensamento criativo.
Percepção, Avaliação e Expressão de Emoções			
Capacidade para identificar emoções perante determinado estado físico, sentimento ou pensamento.	Capacidade para identificar emoções nos outros, em desenhos, obras de arte, sons, aparência, comportamento, etc.	Capacidade para expressar emoções claramente e para expressar necessidades relacionadas com esses sentimentos.	Capacidade para discriminar as expressões de sentimento entre correcto e incorrecto ou honesto e desonesto
Desenvolvimento			

De um modo sucinto, Gestão de Emoções refere-se ao sentir a emoção em vez de reprimi-la, pois o indivíduo ao usar as emoções pode ajudá-lo a tomar melhores decisões (Bueno & Primi, 2003; Mayer et al., 2002; Woyciekosk & Hutz, 2010). A capacidade para gerir emoções implica consciência, aceitação e uso das emoções na resolução de problemas, porque gerir emoções não é o mesmo que regular emoções: regular emoções é, por vezes, entendido como reprimir ou racionalizar emoções, no

entanto, gerir emoções implica a participação, bem como a aceitação das emoções no pensamento (Bueno & Primi, 2003; Mayer et al., 2002; Woyciekosk & Hutz, 2010). Compreensão e análise das Emoções inclui a capacidade de rotular as emoções, de reconhecer que existem grupos de emoções que estão relacionados (Bueno & Primi, 2003; Mayer et al., 2002; Woyciekosk & Hutz, 2010). A Componente assimilação das emoções revela a que nível os pensamentos e outras actividades cognitivas dos indivíduos são influenciados pelas suas experiências emocionais (Bueno & Primi, 2003; Mayer et al., 2002; Woyciekosk & Hutz, 2010). E por último percepção, avaliação e expressão das emoções refere-se à capacidade com que um indivíduo reconhece emoções em si próprio e nos outros (Mayer, Salovey & Caruso, 2002; Woyciekosk & Hutz, 2010).

Os modelos de aptidões podem ser subdivididos em dois tipos: os modelos de aptidões específicas (centram-se numa ou em várias aptidões mentais específicas importantes para a IE) e os modelos de aptidões integradas (assumem a IE como uma capacidade global, que resulta da união de todas aptidões mentais) (Mayer et al., 2000). Segundo Mayer et al. (2000) os modelos de aptidões são provavelmente os únicos que correspondem, de facto, à IE. Tanto os modelos de aptidões como os modelos mistos assentam numa série de conceitos relacionados entre si, concluindo que a IE é simultaneamente intrapessoal e interpessoal: intrapessoal quando se refere ao próprio indivíduo, ao modo como reconhece e processa informação emocional e ao grau em que isso afecta os pensamentos e o comportamento; interpessoal, quando se refere às interacções entre indivíduos, perceber emoções nos outros, gerir as emoções dos outros nas trocas sociais (Kornacki & Caruso, 2007, citado por Monteiro, 2009).

2.2 Inteligência Emocional nos doentes oncológicos em quimioterapia

É importante salientar que ao longo da pesquisa bibliográfica concretizada para elaboração do presente estudo, foram publicados alguns estudos sobre a IE com doentes oncológico, todavia considerou-se pertinente apresentar sucintamente que a IE tem vindo a ser investigada noutros âmbitos da saúde, na asma, com os encarregados de educação de crianças com doença oncológica, profissionais da saúde e alcoolismo. Porque apesar de não se apresentar uma revisão aprofundada da IE nos doentes oncológicos é importante demonstrar o quanto a IE é importante na saúde dependendo da situação médica.

A IE tem suscitado um interesse crescente na investigação, nomeadamente nos contextos de saúde (Costa & Faria, 2009). É uma variável que gera condições favoráveis no indivíduo e reduz determinadas circunstâncias que são possíveis destes desenvolverem, por exemplo uma perturbação ansiosa, bem como ajudar o doente no processo de aceitação da sua condição médica e de se envolver positivamente no decorrer dos tratamentos médicos (Rodriguez, 2004). Porque ao longo de todo o processo de diagnóstico e tratamento, o doente poderá desenvolver ao nível psicossocial consequências negativas, por exemplo, o isolamento social (Patrão & Leal, 2004). Como o diagnóstico e tratamento do cancro criam por si só uma experiência de *stress*, pela incerteza quanto ao futuro (Patrão & Leal, 2004; Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003) é recomendada por Patrão e Leal (2004) a expressão emocional como forma de melhor estar na saúde, pois indivíduos que expressam as suas emoções ao longo do tempo têm níveis de *stress* mais baixos e melhor QDV. Recentemente Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, Rooke, (2007, citado por Martins, Ramalho & Morin, 2010) e Martins et al. (2010) examinaram a relação entre a IE e a Saúde e concluíram que quanto mais elevada a IE melhor é a Saúde.

Em concreto no cancro da mama Cerezo et al. (2009) a repressão emocional e a dificuldade para descrever e comunicar as emoções negativas como a ira, ansiedade e a dor são formas com que as mulheres com cancro da mama têm para lidar com a situação médica. Cerezo et. al (2009) concluíram que as doentes com cancro da mama após específicas intervenções psicológicas conseguiram desenvolver estratégias para reconhecer as emoções, aceitá-las e regulá-las de forma adequada a cada situação. Adquiriram através do auto-conhecimento estratégias para manifestar frequentemente as emoções positivas e reconhecer e regular melhor as emoções negativas. Na mesma linha de investigação de Cerezo et al. (2009) Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis e Harman (2007) concluíram que a expressão emocional é importante nas doentes com cancro da mama, através de intervenções psicológicas as doentes expressão as emoções e lidam melhor com a situação médica.

Em termos de idades nos indivíduos sem doenças oncológicas Kafetsiso (2004, citado por Scheibe & Carstensen, 2010) menciona que adultos mais velhos conseguem obter valores mais elevados que os adultos mais novos nas três dimensões de Mayer–

Salovey–Caruso *Emotional Intelligence Test*, em concreto na capacidade para lidar com as emoções, na regulação emocional e na percepção emocional.

Segundo Rodriguez (2004) ao se potencializar os componentes da IE nos doentes oncológicos, pode-se, a longo e a médio prazo, melhorar a QDV e a capacidade de adaptação durante o tempo do tratamento, mais concretamente ao nível psicossocial (Rodriguez, 2004). Rodriguez (2004), na investigação que desenvolveu com doentes oncológicos procurou compreender se existe alguma relação entre ansiedade e IE, através dos resultados e com uma amostra de 66 doentes oncológicos com diferentes neoplasias, concluiu que existe uma relação negativa ($r = -0,339$) entre duas variáveis, a IE e a ansiedade. Smith, Turner, Pati, Petrides, Sevdalis e Grenn (2011) desenvolveram um estudo com doentes com cancro da próstata, no intuito de avaliar a influência da IE e o suporte social no desenvolvimento psicológico. Verificou-se que elevados níveis de IE estão associados a baixos níveis de ansiedade, com menos preocupações e elevada percepção de suporte social (Smith et al., 2011).

Para além do estudo da IE nos doentes oncológicos, outros autores exploram a importância da IE noutras variáveis, por exemplo Mccarthy e Sebaugh (2011), numa Unidade de Pediatria de Oncologia, desenvolveram uma terapêutica denominada “Therapeutic scrapbooking” dirigida aos encarregados de educação e profissionais que cuidam de crianças com doenças oncológicas, para promover o optimismo e desenvolvimento de estratégias cognitivas. Na terapêutica utilizada por Mccarthy e Sebaugh (2001) os participantes eram incentivados a narrarem histórias (Mccarthy & Sebaugh, 2001) e obteve-se resultados positivos, minimizando-se o atendimento relativo ao suporte emocional.

Relativamente ao contexto profissional Baily, Murphy e Porock (2011) exploraram a importância dos enfermeiros regular o impacto emocional da morte numa Unidade de Emergência Hospitalar. Através da observação e de uma entrevista semi-estruturada, concluiu-se que os enfermeiros investem numa relação entre o doente e enfermeiro, na regulação das emoções relativas ao trabalho e no desenvolvimento da IE (Baily et al., 2011). Consistem em estratégias que contribuem para a diminuição do *burnout* (Baily et al., 2011). Apesar do impacto emocional das mortes que ocorrem no contexto hospitalar, os enfermeiros investem em terapêuticas entre o doente e o enfermeiro e com esta relação os profissionais regulam as emoções através do desenvolvimento da IE

(Baily et al., 2011). Outros autores como Costa e Faria (2009) exploraram a relação da IE com a satisfação profissional e voluntariado, e compararam a percepção da IE de enfermeiros e voluntários. Dos resultados obtidos destacam-se que a satisfação profissional e a satisfação com o voluntariado estão positivamente correlacionadas com a dimensão de Capacidade para Lidar com a Emoção, para os enfermeiros e voluntários, e com a de Expressão Emocional, para os voluntários (Costa & Faria, 2009). São também significativas as diferenças na percepção de competência emocional entre enfermeiros e voluntários (Costa & Faria, 2009).

Há um conjunto de variáveis responsáveis pelas crises de asma, como emoções fortes (negativas ou positivas) e situações de *stress* (Ropoteanu, 2011). No estudo de Ropoteanu (2011) 99 doentes com asma responderam ao Teste de Inteligência Emocional e ao NEO PI-R (Ropoteanu, 2011). Neste estudo avaliaram a frequência dos sintomas físicos e a intensidade das emoções negativas durante ou depois de uma crise de asma, e procuraram compreender a influência que estas variáveis têm na QDV (Ropoteanu, 2011). Ropoteanu (2011) através dos resultados pressupôs à medida que o nível de IE aumenta, mais positivamente os indivíduos controlam as emoções negativas que incitam as crises de asma e conseqüentemente a diminuição da QDV. No caso do alcoolismo Peterson, Malouff e Thorsteinsson (2011) concluíram que baixos níveis de IE estão estatisticamente associados com problemas de alcoolismo e elevado consumo de álcool.

2.3. Correlatos da Inteligência Emocional

Nesta alínea pretendia-se abordar a IE e alguns dos seus correlatos como a ansiedade, depressão e *distress* emocional, contudo não foi possível devido à escassa literatura da relação entre a IE e as variáveis mencionadas¹. Contudo, considerou-se pertinente apresentar apenas uma pesquisa encontrada.

¹Para justificar a escassa literatura sobre os temas abordados, nomeadamente a IE e QDV e a sua relação com ansiedade, depressão e *distress* emocional, considerou-se pertinente apresentar os dados obtidos segundo as bases de dados *Pubmed* e *B-on*. Segundo a base de dados *Pubmed* foram publicados, entre novos artigos e artigos de revisão, cerca de 4725 artigos científicos em todo o mundo, com a palavra-chave “Quality of life in patients with cancer”. Segundo a base de dados da *B-on* no dia 27 de Setembro de 2011 foram encontrados 10 resultados, utilizando-se a palavra-chave “Emotional Intelligence and câncer”; e 171 com a palavra-chave “Emotional Intelligence and anxiety...depression...emotional distress”.

Pesquisas efectuadas pela Unidade de Oncologia Pediátrica sugerem que as crianças com cancro desenvolvem mais problemas psicológicos de que outras faixas etárias (Haffey, 2006). Haffey (2006) estudou a capacidade de ajustamento emocional de crianças com cancro e a importância que a IE tem no ajustamento emocional, e conclui que através de uma avaliação precoce dos níveis de IE nas crianças, provavelmente facilitará os profissionais de saúde a desenvolver intervenções apropriadas para que o ajustamento psicológico das crianças não se vá deteriorando e que estas desenvolvam estratégias de *coping* adequadas. Em suma observaram-se elevados níveis de IE e que estes predizem um melhor ajustamento, e também uma diminuição de problemas internos e externos.

Capítulo III

3. Qualidade de Vida

Dado que o objecto de estudo desta investigação incide sobre a QDV dos doentes oncológicos, neste ponto abordam-se aspectos relacionados com a QDV, nomeadamente, a sua conceptualização, a QDV relacionada com a saúde (QDVRS) e com a vida do doente oncológico e alguns modelos teóricos.

Dentro de uma perspectiva histórica muito abreviada Wood-Dauphinee e Kuchler (1992) afirmam que o termo QDV foi mencionado pela primeira vez cerca dos anos 20, por Pigou no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores, tendo porém desaparecido até à segunda metade do século XX (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). Após o término da 2ª Guerra Mundial, o conceito “boa vida” foi usado para fazer referência à conquista de bens materiais (possuir casa própria, carro e aparelhos electrónicos) (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). Os indicadores económicos emergiram, deste modo, como dado para a medição e comparação de QDV em diferentes realidades (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). Assim, a partir da segunda metade do século XX, termos como “felicidade”, “satisfação com a vida”, “bem-estar”, “liberdade de escolha” e “realização pessoal” passam a surgir na literatura como significado para QDV, o que dificulta a delimitação científica do

conceito (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). A partir dos anos 60 assistiu-se à mudança de valores e objectivos sociais, com uma diminuição dos interesses materiais e um incremento dos valores, das necessidades sociais e psicológicas (De Haes & Wan Knippenberg, 1985), ou seja, as pessoas foram desistindo progressivamente de aceitar e de acreditar que os indicadores económicos, sejam, por si só, indicadores de bem-estar da população.

Neste sentido todos os dias, a expressão QDV é utilizada em imensos contextos sociais e profissionais (Machado & Sawada, 2008). É a partir dos finais do Séc. XX que existiu um maior debruçar sobre a temática emergindo quatro perspectivas diferentes do conceito – perspectiva biológica, cultural, económica e psicológica (Costa, 2010). As crescentes investigações ao longo das últimas décadas visam um amadurecimento conceptual e metodológico da QDV (Costa, 2010).

O conceito de QDV, ainda que relativamente recente, tem vindo a ser definido e operacionalizado de modos muito diversos (Menezes, 2005). Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma definição de QDV que, apesar de dar uma visão muito ampla abriu portas à reflexão sobre as dimensões a avaliar (dimensão física, social e mental). Assim, segundo a OMS, QDV é “a pouca a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio”(WHO 1993, p.153).

A definição da OMS inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Machado & Sawada, 2008). Na definição da OMS fica implícito que o conceito de QDV é subjectivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação positivos e negativos (Nicolussi & Sawada, 2009). Segundo Snaithe (2003) o termo QDV depende de um determinado número de factores como, o suporte de amigos ou próximos, capacidade e interesse em trabalhar ou prazer noutras actividades e as expectativas apropriadas para a situação. Otto (2000) alega que a QDV é aquilo que o indivíduo diz que é, pelo que pode ser avaliada pelo próprio.

Com as inúmeras definições Farquhar (1995) desenvolveu uma proposta de taxonomia das definições de QDV. A taxonomia é constituída por quatro tipos de definições: globais (são as primeiras definições muito gerais de QDV, não há referência a possíveis dimensões, não apresentam operacionalidades do conceito e tendem a focalizar-se numa avaliação de satisfação/insatisfação com a vida), com base em componentes (dá-se uma fragmentação do conceito global em várias dimensões devido há realização de estudos empíricos que permitiram a operacionalidade do conceito), focalizadas (valorizam definições específicas, geralmente voltadas para habilidades funcionais ou de saúde, surgem essencialmente em trabalhos que utilizam a expressão QDVRS e o desenvolvimento de múltiplos instrumentos de avaliação da QDV) e por último as combinadas (abrangem aspectos do conceito em termos globais e diversas dimensões que compõem o conceito e o desenvolvimento instrumentos de avaliação global e factorial) (Farquhar, 1995; Seil & Zannon, 2004). Segundo Costa (2010) com a análise da taxonomia de Farquhar (1995) verifica-se uma evolução conceptual e de complexidade ao longo dos anos.

É na Oncologia, especialidade onde a utilização frequente de terapêuticas iatrogénicas e a presença de elevada taxa de insucesso, que a mensuração da QDV ganha maior visibilidade (Costa, 2010). É, por isso que o estudo da QDV em contextos de saúde/doença tem como objectivo primordial colocar em evidência aspectos directos e indirectos que resultem do impacto da doença ou dos tratamentos na vida do doente (Costa, 2010). Desta forma, no âmbito da saúde, podem se identificar dois tipos de QDV que englobam uma relação de complementaridade: QDV não relacionada com a saúde (QDV global), não faz referência a disfunções ou a sintomas, inclui quatro domínios – pessoal interno (como por exemplo, valores, crenças), social (como por exemplo, estrutura familiar), externo social (como por exemplo, cultura) e externo meio envolvente (como por exemplo, clima, ar e ruído), a avaliação da QDV Global pretende avaliar populações na situação de saúde/doença, em populações saudáveis; e a QDVRS pretende mensurar a perspectiva subjectiva que o doente tem sobre a sua doença e tratamentos (Nicolussi & Sawada, 2009; Rodrigues, 2007; Seil & Zannon, 2004; Wilson 2004).

A QDV compreende, assim, aspectos objectivos e subjectivos (Gonçalves, 2010). Os aspectos objectivos incluem a interacção do indivíduo com o meio, a funcionalidade

e competência cognitiva, enquanto os aspectos subjectivos consistem na percepção da satisfação das próprias necessidades e daquilo que não lhe é recusado nos momentos propícios à sua realização e felicidade (Gonçalves, 2010). A QDV é, portanto, uma sensação de bem-estar pessoal que provém da satisfação ou insatisfação com áreas da vida do quotidiano que são importantes para o indivíduo (Gonçalves, 2010). É multidimensional, ou seja, se uma das dimensões estiver comprometida, o indivíduo tem que procurar melhorar, não só essa, mas também as outras, no sentido de a compensar (Gonçalves, 2010; Pimentel, 2003). Por exemplo, existem indivíduos que, apesar de terem graves problemas de saúde ou pobreza, têm bom nível de QDV, devendo-se tal facto ao baixo limiar das suas expectativas (Pimentel, 2003).

3.1. Modelos Teóricos da Qualidade de Vida

Tiel, McNeiel e Bush (1984, citado por Pimentel, 2003) indicaram que a QDV, nos indivíduos com uma determinada doença, é um conceito global, que inclui as vertentes psicológicas, social e física e incorpora tanto os aspectos positivos de bem-estar, como aspectos negativos da doença. Para Pimentel (2003) esta definição pode-se dividir em várias dimensões: física e desempenho, psicológica e bem-estar social, e espiritual. Relativamente ao conceito propriamente dito, para Patrick e Bergner (1990) a QDVRS é uma parte da QDV geral do indivíduo, sendo constituída pelos componentes que representam em parte a QDV de um indivíduo, quer seja na doença quer no tratamento, abarcando, pelo menos, os seguintes aspectos (itens que estão interrelacionadas e influenciam-se mutuamente): sintomas produzidos pela doença ou tratamento; funcionalidade física; aspectos psicológicos; aspectos sociais, laborais, familiares e económicos. Tchkmetylan et al. (1990), para descrever a QDVRS, propõem o seguinte esquema, no qual introduzem as suas dimensões e respectivos componentes (ver Figura 1).

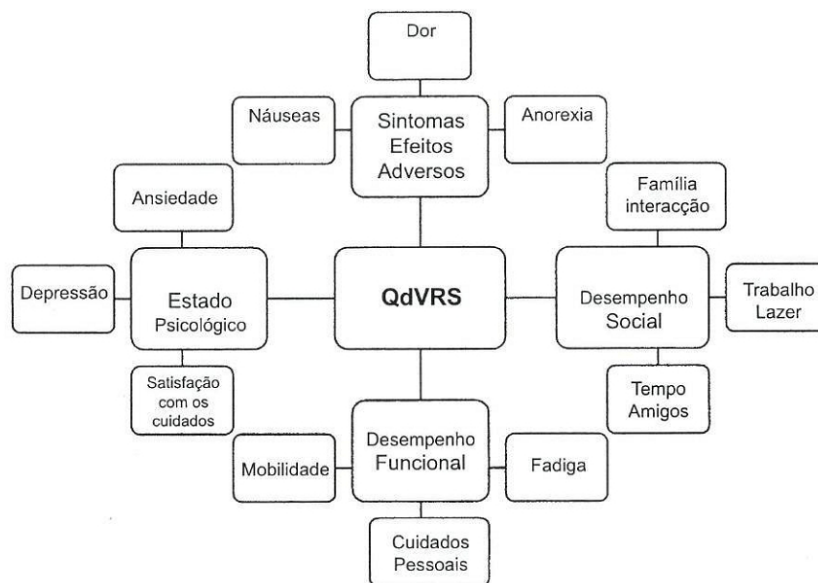


Figura 1: Qualidade de vida relacionada com a saúde, as suas dimensões e respectivos componentes (adaptado de Tchkmeylan et al., 1990).

Santos e Ribeiro (2001), após revisão da bibliografia, concluíram que na avaliação da QdVRS é essencial ter em consideração os seguintes domínios: estado funcional (diz respeito à capacidade do indivíduo realizar um conjunto de actividades que são normais para a maioria das pessoas, onde se inclui o auto-cuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social); sintomas físicos (relacionados com a doença e o tratamento), como por exemplo, no bem-estar físico só o facto de os indivíduos não terem, acesso ao apoio dos profissionais de saúde, familiares e amigos leva a que muitas vezes apresentem dificuldades em se adaptar à doença e ao tratamento, e também um mau controlo de sintomas desencadeia nos doentes uma elevada ansiedade, depressão e frustração; funcionamento social (insere-se nas relações com a família e o meio social e a frequência de participação em actividades sociais); e avaliação global, isto é, interpretar a QdV como a soma das suas componentes. Outros autores ainda acrescentam ainda o domínio psicológico (está relacionado com o controlo, ansiedade, medo, depressão, conhecimento da doença e tratamento) e o domínio espiritual (relacionado com o significado da doença, esperança, religiosidade e força interior, ou seja, o agravamento da condição física do doente altera directamente a sua espiritualidade, já que quando o doente vivencia o sofrimento e a proximidade da morte, aumentam as suas necessidades espirituais) (Rodrigues, 2007).

Concluiu-se que o nível de domínios a considerar na avaliação da QDVRS deverão, assim, ser reflexo do nível de aprofundamento com que se pretende realizar o estudo e da concepção subjacente (Rodrigues, 2007). No que diz respeito à investigação da QDVRS em Oncologia, Sirgy (2001), constatou que na última década se tem assistido a uma intensa actividade, usando vários modelos de QDVRS e, apesar de algumas indefinições e incertezas ainda existentes, já se obtiveram alguns consensos (Aaronson *et al.*, 1993; Pimentel, 2003). Relativamente à sua definição, medida e necessidade: por definição a QDVRS é um conceito multidimensional, que traduz o bem-estar subjectivo do doente, nas vertentes físicas, psicológicas e sociais; no que diz respeito à medida existem instrumentos de medida de QDVRS validados e que permitem a sua avaliação de forma normalizada; e à necessidade da QDVRS ser considerada como o objectivo principal nas doenças crónicas.

3.2. Qualidade de Vida nos doentes oncológicos

Com as inovações científicas, têm surgido diminuições na mortalidade associada ao cancro, e cada vez mais a taxa de sobrevivência tem aumentado e a QDV tornou-se um ponto fundamental de estudo (Figueiredo, 2008; Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). A avaliação da QDV em estudos clínicos e na prática clínica em Oncologia é relativamente recente e essa avaliação tem vindo a ganhar uma grande expansão, tendo em conta o impacto da doença e do tratamento na QDV dos doentes (Gonçalves, 2010; Paredes *et al.*, 2008; Ribeiro, 1999; Silva & Derchain, 2006). Porque, a forma como o indivíduo reage à doença e ao tratamento é o que influencia directamente a sua QDV (Bloom, Stewart, Johnston, & Banks, 2004; Machado & Sawada, 2008; Osoba, 2004; Patrão & Leal, 2004; Roque & Forones, 2006; Velikova, Stark & Selby, 1999). Assim sendo com o crescente interesse pela avaliação da QDV nos doentes oncológicos, os profissionais têm como principais objectivos a maximização da QDV, independentemente dos efeitos da doença (Figueiredo *et al.*, 2006).

Santos e Ribeiro (2001) no intuito de analisarem os artigos publicados a nível internacional, respeitantes à saúde e QDV do doente oncológico, constataram que alguns autores estudaram a especificidade da patologia ou as diferentes modalidades de tratamento, outros compararam duas ou mais doenças do foro oncológico no sentido de

conhecer as implicações específicas de cada uma delas no indivíduo e outros dedicaram-se ao estudo da satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados de saúde recebidos. Por exemplo, o estudo de Silveira et al. (2003) comparou a QVD dos doentes com cancro da cabeça com os doentes com cancro no pescoço e verificaram que dependendo do tipo de cancro, da tipologia do tratamento, da localização do tumor, do sexo e da idade, estas variáveis influenciam a QDV do doente.

Para além da própria doença, outros componentes podem afectar a QDV dos doentes oncológicos (Santos & Ribeiro, 2001). Em estudos efectuados, ficou comprovado que existe um conjunto de sintomas e complicações a nível funcional que se apresentam em muitos tipos de neoplasias, tais como a dor, fadiga, sonolência, insónias, secura da boca, anorexia e outros mais associados ao grau de funcionalidade, nomeadamente, alterações no auto-cuidado ou dificuldade em manter as tarefas familiares, ocupacionais e sociais (Rodrigues, 2007). Segundo Rodrigues (2007), a QDV do doente oncológico depende muito das expectativas pessoais, que por sua vez variam em função de uma série de factores, como por exemplo, as experiências de vida de cada doente (Rodrigues, 2007). Por isso, diante um mesmo diagnóstico oncológico, as expectativas entre os indivíduos poderão ser totalmente diferentes (Rodrigues, 2007). Verificou-se que qualquer doente com patologia oncológica terá um nível de QDV tão elevado quanto menor for a distância entre as suas esperanças, ambições, desejos e a sua realidade actual (Rodrigues, 2007).

Os estudos descritos sucintamente na presente investigação analisam o impacto que determinadas variáveis têm na QDV, nomeadamente o impacto da **quimioterapia, radioterapia e cirurgia**. Muitos são os autores que estudam os efeitos colaterais que a quimioterapia tem na QDV dos doentes oncológicos (Browall et al., 2008; Costa, 2010; Dekker et al., 2006; Figueiredo, 2008; Gonçalves, 2010; Jongi, Cancel, Schouten, Huijer Abu-Saad & Courtens, 2005; Krikeli, Ekonomopoulou, Tzitzikas, Goutzioulis, Mystakidou & Pistevou-Gombaki, 2011; Machado & Sawada, 2008; Nicolussi & Sawada, 2009; Revelo et al., 2007; Rodrigues, 2007; Zandonai, Cardozo, Nieto & Sawada; 2010), os autores supracitados durante as investigações fazem referência à QDV e não à QDVRS, apenas Costa (2010) e Oerlemans, Mols, Nijziel, Lybeert e Poll-Franse (2011) fazem referência à QDVRS.

Durante os tratamentos, o doente oncológico experiencia sinais e sintomas que vão influenciar a sua concepção de imagem corporal: dor, perda de peso, anorexia, fadiga, náusea, vômitos e mal-estar geral (Figueiredo et al., 2006). A quimioterapia adjuvante tem sido a escolha para o tratamento de muitos casos de cancro, por exemplo nos casos do cancro da mama e do cancro dos intestinos, de forma a aumentar a taxa de sobrevivência do doente, destruindo as micro-metástases e diminuindo a recidiva do cancro (Machado & Sawada, 2008). Figueiredo (2008) utilizou uma amostra de 79 indivíduos com cancro colorrectal, com o intuito de analisar o impacto das náuseas e dos vômitos, associados ao tratamento de quimioterapia e radioterapia. Com os resultados obtidos Figueiredo (2008) concluiu que a presença dos efeitos colaterais interfere de forma significativa na QDV.

Na Alemanha Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler e Brenner (2005, citado por Nicolussi & Sawada, 2009) utilizaram o QLQ-C30 em doentes com cancro colorrectal um ano após o diagnóstico e submetidos a vários tratamentos (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia). Através da análise dos dados, as funções física e cognitiva destacam-se com valores mais altos, o mesmo não aconteceu na função emocional, pois cerca de 80% dos doentes sentem-se deprimidos, irritados, tensos ou preocupados (Arndt et al., 2005, citado por Nicolussi & Sawada, 2009). Quanto aos sintomas, os doentes foram mais afectados por fadiga e insónia (Arndt et al., 2005, citado por Nicolussi & Sawada, 2009). O estudo de Machado e Sawada (2008), que avaliou a influência dos efeitos da quimioterapia na QDV nos doentes com cancro colorrectal conferiu que a QDV diminuiu após o início da quimioterapia, tanto nos aspectos físicos, como psicológicos.

O estudo de Revelo et al. (2007) propôs-se avaliar a QDV em 60 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, já submetidas a cirurgia (mastectomia ou tumorectomia) e, na altura, em tratamento de quimioterapia, no Hospital de S. João. Observou-se que as mulheres submetidas a tumorectomia evidenciavam uma “percepção da imagem corporal”, mais negativa e uma maior “preocupação com a queda do cabelo”, do que as mulheres mastectomizadas. Noutro estudo que envolveu 40 mulheres com cancro da mama, Costa (2010) avaliou a QDVRS, ao longo do tratamento de quimioterapia por via endovenosa, através de quatro momentos diferentes ao longo das sessões de quimioterapia. Com a versão portuguesa do auto-questionário QLQ-C30 e do respectivo módulo para a neoplasia mamária QLQBR23, as mulheres apresentaram

piores níveis de QDV global, insónia, perda de apetite e efeitos adversos sistémicos resultantes das terapêuticas (Costa, 2010). Entre outros resultados concretos concluiu-se que a quimioterapia endovenosa afectou a QDV das doentes com cancro da mama (Costa, 2010). Este estudo fortalece a ideia de que a avaliação da QDV é um ponto essencial na identificação, prevenção e minimização do impacto da quimioterapia em doentes com cancro da mama (Costa, 2010).

De acordo com Zandonai et al. (2010) as mulheres diagnosticadas com cancro da mama e cancro do colo do útero apresentam alterações no funcionamento emocional e sexual. As alterações ao nível do funcionamento emocional e sexual deve-se ao facto do cancro da mama ser considerado uma doença que pode alterar a identidade da mulher, porque a mastectomia da mama pode acarretar danos na QDV, particularmente na satisfação sexual e nas actividades físicas e sociais (Zandonai et al., 2010). No caso do cancro pulmonar identificou-se diminuição nos seguintes domínios: físico, funcional, dor, vitalidade, estado geral e saúde mental (Zandonai et al., 2010). E no cancro gastrointestinal o domínio físico está afectado ao evidenciar a dor, disfagia e perda da funcionalidade quando mensurados pelos questionários de QDV (Zandonai et al., 2010).

Ao contrário dos resultados obtidos nos estudos referidos anteriormente, para além do estudo de Costa (2010) e Krikeli et al. (2011), Gonçalves (2010) e Sawada et al. (2009) os doentes oncológicos demonstraram um nível razoável de QDV, onde a radioterapia e quimioterapia não influenciaram a QDV. No estudo de Gonçalves (2010) verificou-se que os melhores desempenhos dos doentes oncológicos são ao nível do funcionamento cognitivo, social e físico, por outro lado, apresentaram piores desempenhos ao nível do funcionamento emocional e ocupacional. O tratamento de radioterapia associado ao tratamento de quimioterapia tende a aumentar a sobrevivência do doente, no entanto, devido ao aumento da toxicidade provocada por estes dois tratamentos, a QDV vai diminuindo (Figueiredo et al., 2006). Contudo no estudo de Figueiredo et al. (2006) apesar da magnitude de efeitos colaterais relacionadas a esta doença e aos seus tratamentos, a QDV é percebida pelos doentes oncológicos de forma positiva, sendo o funcionamento cognitivo e emocional o que evidenciou menor performance, supondo assim implicações emocionais negativas na capacidade de concentração, destreza mental e memória (Figueiredo et al., 2006).

No estudo de Sawada et al. (2009) verificou-se que a QDV foi satisfatória em todos os domínios, salvo a função emocional, demonstrando que os efeitos colaterais da quimioterapia influenciam negativamente a QDV dos doentes. De um modo mais sucinto, os resultados obtidos através da aplicação do QLQ-C30 apontam para pontuações médias nas funções física, cognitiva e social, e Funcionamento do Desempenho variou de 71,26 a 75,12, evidenciando um nível satisfatório, ao nível da função emocional, a média foi baixa (55,46). Nas escalas dos sintomas, houve predomínio da insónia (com média de 34,49) seguida de dor (com média de 23,33) e a fadiga (com média de 22,30) (Sawada et al., 2009).

No estudo desenvolvido por Rodrigues (2007) participaram 108 doentes com cancro da mama, que estavam em tratamento de quimioterapia por via endovenosa. Através da análise das diversas áreas de funcionamento (físico, cognitivo, ocupacional, emocional e sexual) verificou-se que as doentes com cancro da mama perceberam uma boa QDV global, em todas as escalas de funcionamento em especial no funcionamento cognitivo (Rodrigues, 2007). No funcionamento ocupacional e emocional apresentavam uma menor performance. Demonstraram ainda ter uma imagem corporal boa, mas o seu funcionamento sexual apresentava níveis de desempenho mais baixos (Rodrigues, 2007). A fadiga segundo o estudo de Rodrigues (2007) destaca-se como o sintoma que mais interfere com a QDV, só depois deste sintoma é que aparecem as dores e a perda de apetite. Rodrigues (2007) concluiu que os doentes que, para além da quimioterapia, já fizeram ou estão a fazer radioterapia em simultâneo têm um agravamento da QDV, principalmente no que se refere ao seu funcionamento físico (Rodrigues, 2007). Segundo Ribeiro (1999) os altos *scores* de QDV encontrados nos doentes oncológicos devem-se ao suporte social e familiar do doente, sendo, por isso, importantes factores que contribuem para o alívio do sofrimento, podendo retardar o desenvolvimento da doença e melhorar a QDV do doente.

A fadiga segundo a *National Comprehensive Cancer Network* tem sido identificada como o sintoma mais experienciado pelos doentes oncológicos durante o tratamento de quimioterapia (Fonseca & Barata, 2006; Jonge et al., 2005). Jonge e tal. (2005) analisaram o impacto da fadiga nos doentes com cancro da mama durante a quimioterapia adjuvante, de forma a compreenderem como a fadiga influencia a motivação dos doentes para iniciar qualquer actividade. Verificaram que a fadiga e a

motivação variam mas, segundo os autores supracitados, a fadiga e a motivação dos doentes permanecem estáveis durante o tratamento de quimioterapia. Verificaram que alguns doentes tiveram sintomas depressivos durante a investigação (Jonge et al., 2005). Concluíram que o tipo de cirurgia influencia a fadiga e que as mulheres com mastectomia desenvolvem mais fadiga mental. A idade, o estado civil o número de tratamentos e internamentos para cirurgias e a primeira sessão de quimioterapia, são variáveis determinantes para o desenvolvimento de fadiga. Dekker et al. (2006) também concluiu que a fadiga mental surge durante as sessões de radioterapia.

De acordo com Fallowfiel (1990, citado por Sá, 2001) os quatro domínios que reflectem o funcionamento satisfatório da pessoa e a sua QDV são: psicológico (consiste na satisfação com a vida, a auto-estima, sentimentos de segurança, o ajustamento à doença e a ausência de ansiedade e depressão) ocupacional (relacionado com a gratificação pessoal), social (refere-se às relações sociais e económicas, educação, situação financeira, apoio social, o facto de estar a trabalhar, e o apoio familiar) e físico (está relacionado com a actividade e mobilidade, sintomas como a dor, entre outros). Realça ainda o autor supracitado que um bom funcionamento ao nível psicológico permite ao doente adaptar-se e ajustar-se à doença utilizando estratégias de *coping* adequadas.

As estratégias de *coping* emergem em resultado do estilo de *coping* pessoal, comportamento, cognição e percepções utilizadas para manter o equilíbrio face à doença (Sá, 2001). Segundo Ogden (1999) ao longo da vida o indivíduo adquire crenças relacionadas com a doença e apresenta comportamentos que vão influenciar todo o processo de doença, desde a forma como lidam com o diagnóstico, com os tratamentos e os efeitos colaterais, como utilizam mudanças de comportamento com o intuito de recuperar e a QDV. Assim, os doentes que utilizam estratégias de *coping* mais adequadas à situação, que conservaram expectativas de resultados elevadas e sensação positiva de controle sobre todo o processo de doença, manifestam melhor QDV (Ogden, 1999).

Para além das investigações sobre a influência dos tratamentos na QDV dos doentes oncológicos. Surgem estudos que exploraram a relação entre QDV e **variáveis sócio-demográficas em diferentes neoplasias**. Nicolussi e Sawada (2009) e Zandonai et al. (2010) ao relacionarem a QVD com os dados sócio-demográficos identificaram

correlações estatisticamente significativas, entre os **sexos** constatou-se que os homens relataram melhores valores nas escalas do funcionamento emocional e funcionamento cognitivo em relação às mulheres, enquanto as mulheres tiveram os piores valores para os sintomas: dor, insónia, fadiga, obstipação e perda de apetite, todos estatisticamente significativos. Também com os resultados obtidos no estudo de Gonçalves (2001) e Dekker et al. (2006), os doentes oncológicos do sexo feminino tendem a apresentar pior funcionamento cognitivo e maior intensidade dos sintomas fadiga e obstipação, ou seja, evidenciam pior QDV que os do sexo masculino. Um outro de estudo Pérez et al. (2004) realizado em Espanha mostrou resultados estatisticamente significativos, cuja QDV foi pior nas mulheres do que nos homens. Oerlemans et al., (2011) igualmente verificaram que as mulheres apresentam piores níveis de QDV. Para justificar esta diferença entre os sexos, Gianini (2007) afirma que, nas culturas Ocidentais, as diferenças de sexo são fundamentais na escolha de estratégias para enfrentar o cancro, ou seja, os homens e mulheres utilizam diferentes formas de adaptação psicossocial nas diferentes etapas do tratamento oncológico e tal deve-se ao facto destes serem socializados de modo diferente e que, como resultado de tal socialização de género, os indivíduos do sexo masculino e feminino não desenvolvem a mesma gama de habilidades de confronto com a doença.

No que toca à variável **idade**, diferentes autores mencionam que quanto mais avançada a idade menor a QDV, isto é, o decréscimo da QDV acompanha o envelhecimento do indivíduo (Meneses, 2005). Segundo Revelo et al. (2007) as mulheres mais velhas apresentavam melhor QDV que as mais jovens (principalmente no funcionamento físico e sexual). De acordo com Dekker et al. (2006) os doentes mais jovens são mais afectados ao nível do isolamento social e funcionamento social. Park, Lee, Lee, Lee e Hwang (2011) avaliaram a QDV em doentes com cancro da mama, no intuito de analisar as diferenças entre idades inferiores a 50 anos e idades iguais ou superiores a 50 anos. Para avaliar a QDV utilizaram o *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer instrument* (FACT-B) (Park et al., 2011). Através dos resultados Park et al. (2011) observaram diferenças estatisticamente significativas nas duas categorias de idades, os doentes com idades iguais ou superiores a 50 anos apresentaram níveis mais baixos na QDV do que os doentes com idades inferiores a 50 anos (Park et al., 2011). Oerlemans et al. (2011) ao avaliarem a QDVRS em doentes com Linfoma de Hodgking e não Hogdking, chegaram à mesma conclusão dos autores

supracitados anteriormente, isto é, doentes mais velhos apresentam pior QDVRS. Segundo Aaronson, Bullinger e Ahmedzai (1998), a idade dos doentes oncológicos não influencia os índices de QDV geral. De acordo com Cotrim (2007), o momento em que a doença é diagnosticada no ciclo vital é um factor a ter em conta no ajustamento psicológico do doente. Também no estudo de Santos, Ribeiro & Lopes (2003) se concluiu que os indivíduos mais idosos evidenciam menor satisfação com as amizades, hipervalorizando a componente familiar de apoio, o que pode explicar a menor QDV.

Relativamente à variável **estado civil**, no estudo de Gonçalves (2010) conclui-se que não existem evidências estatísticas que permitam afirmar que a QDV dos doentes oncológicos é diferente conforme o estado civil.

No que concerne, à escolaridade (**habilitações literárias**) constatou-se que os doentes oncológicos com níveis de escolaridade mais altos tendem a apresentar melhor funcionamento físico, ocupacional, emocional, cognitivo e social e, ainda, melhor estado geral de saúde (Gonçalves, 2010). Evidenciam, também, menor intensidade dos sintomas fadiga, náuseas, vômitos e dor, ou seja os doentes oncológicos com maior escolaridade tendem a revelar melhor QDV (Gonçalves, 2010). Também Santos, Pais-Ribeiro & Lopes (2003) afirmam que o grau de literacia poderá favorecer o processo de integração profissional e social, melhorando assim a QDV destes doentes. Igualmente Gonçalves (2010) concluiu que os doentes oncológicos com profissões mais diferenciadas evidenciam menor intensidade ao nível das náuseas e vômitos e apresentam menores dificuldades financeiras, ou seja, revelam ter melhor nível de QDV. Também, segundo Park et al. (2011) o grau de literacia está associada a uma melhor QDV, porque estes doentes têm melhor acesso a informações e recursos para resolverem problemas e desenvolverem estratégias cognitivas.

Concluiu-se que os doentes oncológicos com maior tempo de internamento tendem a evidenciar pior funcionamento físico, mais insónias e maiores dificuldades financeiras, ou seja, revelam menor nível de QDV, que os doentes oncológicos que sofrem de outras patologias associadas à doença oncológica tendem a evidenciar pior funcionamento físico, ocupacional e cognitivo, maior fadiga, dor e insónia e pior estado geral de saúde, ou seja, apresentam pior nível de QDV (Gonçalves, 2010). De um modo sucinto, segundo Ribeiro e Santos (2001) pode-se concluir que os factores que parecem associar-se de forma mais significativa à QDV dos doentes oncológicos são os sintomas

físicos e psicossociais característicos da doença oncológica, como o diagnóstico e o tratamento.

No que toca à variável **situação profissional**, Queiroz (2010) afirma que a doença oncológica obriga a um absentismo de longa duração, o que é um factor de desinserção social importante para o doente, porque 60% a 80% dos doentes em remissão regressam ao trabalho, e este regresso é tanto mais frequente e precoce quanto mais jovem é o indivíduo, quando tem uma actividade profissional motivadora, quando os efeitos colaterais dos tratamentos são mínimos e quando o contexto laboral é favorável.

Relativamente à variável **agregado familiar**, Lewandowski, Morris, Draucker e Risko (2007) afirmam que são os membros da família que frequentemente fornecem apoio significativo para o doente e actuam como cuidadores informais, complementando as competências dos profissionais de saúde (Pereira & Pereira, 2010). A duração da doença é uma variável, que influencia a QDV dos cuidadores informais (Chen, Chu & Chen, 2004). A literatura divulga que quando a duração da prestação de cuidados é superior a 12 meses, o impacto na QDV nos cuidadores informais é maior (Chen et al., 2004). Este impacto pode ser compreendido, segundo os Chen et al. (2004), pelo facto de até aos 12 meses a doença atravessar um período relativamente estável, no qual o cuidador ajusta o seu papel às necessidades do doente, não sendo confrontado com imprevisibilidades maiores.

Dunn, Lynch, Aitken, Leggett, Pakenham, Newman (2003) referem que o **tempo que decorreu desde o diagnóstico**, é uma variável para se ter em consideração, pois o decorrer do tempo aparece como um factor importante no aumento da QDV, possivelmente devido à redução das alterações vivenciadas pelo doente e relacionadas com a doença, ou talvez devido ao ajuste do doente perante a própria doença. Relativamente a este aspecto os autores apontam um estudo no qual foi mostrada uma associação positiva entre a QDV. Bloom et al (2004) mencionam que 5 anos após o diagnóstico as mulheres com cancro da mama avaliam a sua saúde como sendo boa ou excelente.

3.3. Correlatos da Qualidade de Vida

Nesta alínea são abordados alguns dos “correlatos” (ansiedade, depressão e *distress* emocional) avaliados no presente estudo e anteriormente definidos. Ao contrário da alínea 2.3., no presente subcapítulo foram encontrados vários estudos.

A literatura na área da Oncologia, mostra que a ansiedade e depressão são as reacções psicológicas mais frequentes em doentes com cancro, e conseqüentemente implicam alterações ao nível da QDV dos doentes (Browall, Ahlberg, Karlsson, Danielson, Persson & Gaston-Johansson, 2008; Brown, Kroenke, Theobald, Wu & Ty, 2010; Demirkan, Yavuzfien & Alakavuklar, 2006; Frick, Tyroller & Panzer, 2007; Hopwood & Stephens, 2000; Lin, Yee & Selamat, 2011; Massie, 2004; Saevarsdottir, Fridriksdottir & Gunnarsdottir, 2010; Slovacek et al., 2009; Tagay et al., 2005; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008; Trask, 2004; Visser & Smets, 1998; Zenger, Lehmann-Laue, Stolzenburg, Schwalenberg, Ried & Hinz; 2010).

Segundo Frick et al. (2007) a presença de perturbações psicológicas decorre das mudanças fisiopatológicas das funções corporais, adaptação aos sintomas do cancro e, do subsequente tratamento, particularmente quimioterapia e radioterapia. De acordo com Pereira e Pereira (2010) a depressão está relacionada com a perda ou diminuição de capacidades físicas, amputação, problemas financeiros, dor, perda do papel social e profissional nos doentes crónicos e a ansiedade pode estar relacionada com a existência de medos próprios à doença, tais como mutilações, incerteza face ao futuro, separação, perda do papel social e profissional, dor e a morte (Pereira & Pereira, 2010). E, ao assumir-se a QDV como um constructo que reúne componentes afectivas, cognitivas, comportamentais e físicos, pode-se afirmar que a depressão caracteriza-se por distúrbios em algumas das componentes referidas, o que poderá explicar a razão de a QDV na depressão ser pior que algumas psicopatologias (Mcyntyre, Barroso & Lourenço, 2002).

No estudo desenvolvido por Ashbury, Findlay e Reynolds (1998, citado por Stark et al., 2002) 913 doentes com dois anos de tratamento foram avaliados e verificou-se que 77% descreveram experiências de ansiedade, contudo salientam, que a ansiedade depois do diagnóstico de cancro não é necessariamente considerada como uma perturbação de ansiedade, porque não apresenta um problema, é apenas uma forma construtiva que o indivíduo utiliza para lidar com o problema, no entanto é fundamental

compreender a natureza da ansiedade nos doentes com cancro, porque uma perturbação de ansiedade no cancro pode ter influencias no tratamento e QDV do doente.

Neste sentido abordam-se sucintamente alguns estudos realizados com doentes oncológicos, que foram desenvolvidos com o intuito de avaliar a QDV, ansiedade, depressão e *distress* emocional e, por conseguinte a sua associação. Massie (2004), de acordo com os dados fornecidos pelo “*National Comorbidity Survey*”, num período de 12 meses, verificou que 51% dos doentes apresentavam depressão, juntamente com o diagnóstico de ansiedade. No estudo com 170 doentes com diferentes neoplasias foram identificados 48% de doentes com ansiedade associada a uma diminuição da QDV, particularmente com a presença do sintoma insónia (Stark et al, 2002). Com os resultados obtidos Stark et al. (2002) concluíram que os sintomas de ansiedade são comuns no cancro e que estes podem ter impacto na QDV. Segundo Demirkan et al. (2006) elevados níveis de depressão em doentes com cancro da mama, implicam piores níveis de QDV.

No estudo de Hopwood e Stephens (2000) dos 987 doentes avaliados com cancro do pulmão, 322 (33%) apresentavam sintomas de depressão antes do tratamento e que os sintomas persistiam em mais de 50% dos doentes. Os doentes com diagnóstico de ansiedade e depressão apresentam um agravamento dos sintomas, pior prognóstico e um percurso mais longo de recuperação e pior QDV (Hopwood & Stephens, 2000). Tavoli et al. (2008) através da avaliação da QDV, depressão e dor em 142 doentes hospitalizados com cancro gastrointestinal, verificaram que os doentes com dor apresentavam níveis mais baixos na escala Funcionais de Desempenho, Emocional e Qualidade de Vida Geral/ QDV, também descrevem elevados níveis de depressão em doentes que têm dor, onde elevados níveis de dor estão estatisticamente relacionados com elevados sintomas, bem como elevados *scores* de dor estão negativamente associados com a QDV. Zenger et al. (2010) tinham como objectivo analisar a QDV em 265 doentes com cancro da próstata. Com a aplicação do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e da escala HADS, os doentes descreveram baixos níveis nas funções sociais, emocionais e sintomas como a insónia, obstipação e diarreia, e elevados *scores* na escala HADS. (Zenger et al., 2010). Concluindo que elevados níveis de ansiedade e depressão estão relacionados estatisticamente com um baixo nível de QDV (Zenger et al., 2010).

Saevarsdottir, Fridriksdottir e Gunnarsdottir (2010) observaram que durante o tratamento de quimioterapia os doentes com várias neoplasias apresentavam baixos níveis de QDV e conseqüentemente elevados níveis de ansiedade e depressão. Tagay et al. (2005) analisaram a QDVRS em doentes com cancro na tiróide e concluíram que a QDVRS estava significativamente a deteriorar-se nestes doentes. Para além da avaliação da QDVRS analisaram a ansiedade e depressão: 44,6% doentes com ansiedade e 17,7% com depressão (Tagay et al., 2005), onde através da relação da QDVRS, ansiedade e depressão verificaram que o aumento da ansiedade e depressão diminui significativamente a QDVRS (Tagay et al., 2005). Lin et al. (2011) estudaram a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão e a sua associação com a QDVRS. Para a recolha dos dados utilizaram a escala HADS e o *McGill Quality of Life Questionnaire* (MMQoL) administrados a 150 doentes com diferentes neoplasias das quais 30,7% e 23,3% apresentavam sintomas moderados de ansiedade e depressão. Através da subescala da HADS - Ansiedade verificou-se uma forte associação com o *score* total do MMQoL ($r = -0,578$) e com o bem-estar psicológico ($r = -0,526$). Com os resultados concluíram que através da avaliação da ansiedade e depressão e conseqüentemente a implementação de um tratamento adequado para melhorar a ansiedade e depressão a QDVRS pode significativamente melhorar nos doentes com cancro (Lin et al., 2011).

Brown et al. (2010) observaram que os doentes com cancro apresentavam elevados níveis de ansiedade, depressão ou ambas, e que estes três níveis estão associados a baixos níveis de QDVRS. E por último Slovacek et al. (2009) numa amostra com doentes com cancro da mama, que estavam nos cuidados paliativos, foram identificados níveis moderados de depressão e baixos níveis de QDVRS. Ainda no estudo Wilson et al. (2007) salienta-se a existência de diversas investigações cujos resultados evidenciam uma forte relação entre a ansiedade e a depressão dos doentes com cancro e a presença de dor, fraqueza, fadiga e diminuição do estado funcional. O impacto causado pela presença de uma neoplasia pode ser severamente agravado quando o seu tratamento impõe ao doente a formação de uma ostomia, mastectomia, entre outros (Wilson et al., 2007).

Segundo Johansson et al. (2008) os doentes com cancro geralmente lidam com as situações próprias desta doença, como por exemplo, os efeitos secundários dos

tratamentos e os suportes oferecidos nos cuidados de saúde, contudo muitos são os doentes que relatam baixos níveis de QDVRS e elevados níveis de *distress* emocional. O *distress* emocional está associado negativamente a uma diminuição da QDVRS, (Moor, Moor, Basen-Engquist, Kudelka, Bevers & Cohen, 2006). Howell e Olsen (2011) também verificaram que elevados níveis de *distress* emocional estão associados a níveis muito baixos de QDVRS e, por isso, menor adesão ao tratamento e pior satisfação com os cuidados prestados. Assim, segundo Howell e Olsen (2011) e Ohsumi et al. (2011) é fundamental a avaliação sistemática do *distress* emocional: durante o tempo inicial de diagnóstico, antes e durante o tratamento, depois do tratamento, e a transição para uma fase terminal do cancro.

Relativamente à literatura que aborda a **relação entre a IE e QDV**, foram encontrados e analisados apenas estudos noutras áreas da saúde, como por exemplo na artrite psoriática e a diabetes. E, por isso, achou-se pertinente complementar esta alínea abordando temas relativos à IE mas, que analisam a importância da IE noutras situações clínicas. Jancin (2010) concluiu que os doentes com artrite psoriática apresentavam *scores* elevados na escala HADS e, que, por sua vez, estes estavam associados a níveis baixos de QDV (Jancin, 2010). Por conseguinte, foram identificadas correlações negativas entre os *scores* da escala HADS e a IE medida pelo *Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form*, ou seja, os indivíduos com elevados níveis de IE conseguem regular melhor as suas emoções, ao contrário dos indivíduos com baixos níveis de IE, implicando, por isso, melhores níveis de QDV (Jancin, 2010). O estudo de Yalcin, Karahan, Ozcelik, Ozcelik e Igde (2010) propôs-se estudar o efeito de um programa da IE na QDVRS em indivíduos com diabetes. Durante doze semanas 184 doentes com diabetes participaram no programa, antes do programa não se observaram diferenças significativas entre a QDVRS e IE, todavia no fim do programa, os níveis das dimensões avaliadas (QDVRS) aumentaram significativamente (Yalcin et al., 2010). Realçando a importância da IE e os efeitos positivos que esta variável tem na QDV (Yalcin et al., 2010). Com os resultados obtidos, cada vez mais os profissionais têm que ser treinados e sensibilizados a avaliarem reacções emocionais que interferem de algum modo na QDV (Zenger et al., 2010), porque na Oncologia, a avaliação da QDVRS é particularmente necessária para os profissionais de saúde terem a percepção do impacto da doença no dia-a-dia do doente (Pimentel, 2003).

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo IV

4. Objectivos e variáveis do estudo

Os objectivos do presente estudo são:

- 1) Caracterizar os níveis de depressão, ansiedade e *distress* emocional de indivíduos com doenças oncológicas;
- 2) Caracterizar a IE de indivíduos com diagnóstico de cancro em quimioterapia;
- 3) Explorar a relação entre IE e características sócio-demográficas;
- 4) Explorar a relação entre IE e características clínicas;
- 5) Explorar a relação entre IE e ansiedade, depressão e *distress* emocional;
- 6) Caracterizar a QDV da amostra;
- 7) Explorar a relação entre QDV e características sócio-demográficas;
- 8) Explorar a relação entre QDV e características Clínicas da amostra;
- 9) Explorar a relação entre QDV e ansiedade, depressão e *distress* emocional;
- 10) Relacionar a IE com a QDV da amostra.

As variáveis do estudo são:

As variáveis consideradas no estudo derivaram dos objectivos de investigação. Deste modo, consideram-se como variáveis principais a IE e a QDV de doentes oncológicos submetidos a quimioterapia e como variáveis secundárias a ansiedade, a depressão e o *distress* emocional.

5. Método

Tendo em vista os objectivos traçados, optou-se por um estudo transversal, com uma única avaliação, com desenho exploratório, uma vez que se pretende, caracterizar a amostra e estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e sentido dessa mesma relação (Almeida & Freire, 2000; Pais-Ribeiro, 1999).

5.1 Participantes

A amostra utilizada é não probabilística de conveniência uma vez que é desconhecida a probabilidade de qualquer participante ser incluído na amostra (Pais-

Ribeiro, 1999). Ao longo do estudo não foi registada qualquer recusa e desistência e todos os participantes responderam aos instrumentos de recolha de dados propostos.

A amostra do presente estudo é constituída por 60 indivíduos (ver Quadro 2) com doença oncológica, portadores de diferentes neoplasias com distintos estádios, que realizavam aquando a avaliação tratamentos de quimioterapia. Os participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 89 anos de idade ($M= 57,5$; $DP= 16,01$). Relativamente às demais variáveis sócio-demográficas, através do Quadro 2 pode-se verificar que a maior parte dos participantes são casados ou estão em união de facto e coabitam apenas com os companheiros e/ou companheiros e filho(s). Quanto às habilitações literárias, o 1ª ciclo é o que está mais representado. Relativamente à situação profissional a maior parte dos sujeitos encontram-se reformados. E a maioria dos participantes são Católicos Apostólicos Romanos.

Quadro 2 – Caracterização sócio-demográfica dos participantes ($N=60$)

Variáveis	Frequências	Percentagens (%)
Sexo		
Feminino	31	51,7
Masculino	29	48,3
Estado civil		
Solteiro(a)	9	15,0
Casado(a)/União de facto	40	66,7
Divorciado(a)	5	8,3
Viúvo(a)	5	8,3
Omissão	1	1,7
Habilitações literárias		
1ºCiclo	27	45,0
2ºCiclo	11	18,3
Ensino secundário	10	16,7
Ensino Superior	12	20,0
Situação profissional		
Estudante	2	3,3
Empregado(a)	7	11,7
Desempregado(a)	7	11,7
Baixa médica	14	23,3
Reformado(a)	30	50,0
Religião		
Católico(a)	52	86,7
Agnóstico(a)	5	8,3
Evangélico(a)	1	1,7
Testemunha de Jeová	1	1,7
Omissão	1	1,7
Com quem mora		
Sozinho(a)	10	16,7
Companheiro(a)	20	33,3
Filho(s)	3	5,0
Pais	6	10,0
Companheiro(a) e Filho(s)	20	33,3
Outros	1	1,7

Por último, para a caracterização da actividade profissional, optou-se por organizar os dados na Figura 1. Como se pode verificar através da distribuição da figura, alguns participantes são domésticos, comerciantes, funcionários públicos, costureiras, entre outras.

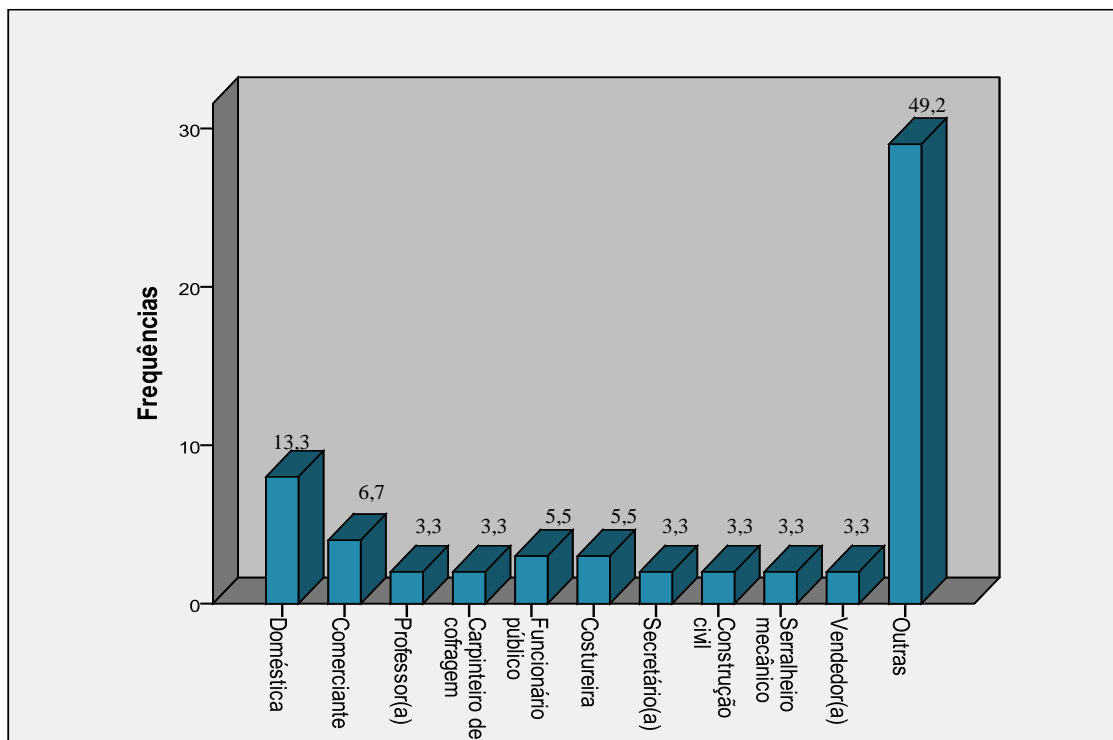


Figura 2- Distribuição dos participantes em função da profissão.

No que diz respeito às variáveis clínicas, através do Quadro 3 pode-se constatar que as neoplasias são bastante diversificadas, as mais frequentes são as neoplasias da mama, a seguir o cancro linfático e os carcinomas gástricos e intestinais.

Quadro 3 – *Caracterização das neoplasias dos participantes (N=60)*

Diagnóstico Clínico	Frequências	Percentagens (%)
Cancro da mama	16	26,7
Cancro linfático	8	13,3
Carcinoma gástrico	6	10,0
Neoplasia intestinal	6	10,0
Mieloma Múltiplo	3	5,0
Neoplasia do pulmão	3	5,0
Cancro da próstata	2	3,3
Cancro colo-rectal	2	3,3
Cancro nos ovários	2	3,3
Carcinoma no pâncreas	2	3,3
Carcinoma Hepático e Intestinal	2	3,3
Tumor cerebral	2	3,3
Tumor cardiovascular	1	1,7
Carcinoma da pleuria	1	1,7
Carcinoma cervical	1	1,7
Neoplasia na bexiga	1	1,7
Neoplasia na garganta	1	1,7
Carcinoma no Timo	1	1,7

O tempo mínimo de diagnóstico clínico está compreendido entre 1 e os 204 meses ($M= 20,77$; $DP= 34,81$).

Através do Quadro 4, pode-se verificar que a quimioterapia consiste no tratamento médico mais frequente da amostra, pois trata-se de um critério de inclusão do estudo.

Relativamente à radioterapia e hormonoterapia mais de metade dos participantes não passaram por este procedimento médico, por outro lado, a maioria dos participantes já foram submetidos a cirurgias.

Quadro 4 – Caracterização dos tratamentos clínicos da amostra (N=60)

Tratamentos	Frequências	Percentagens (%)
Radioterapia		
Já fez	20	33,3
Ainda faz	2	3,3
Nunca fez	33	55,0
Omissões	5	8,3
Quimioterapia		
Ainda faz	50	83,3
Já fez e ainda faz	10	16,7
Hormonoterapia		
Já fez	4	6,7
Ainda faz	2	3,3
Nunca fez	47	78,3
Omissões	7	11,7
Cirurgia		
Já fez	37	61,7
Nunca fez	19	31,7
Omissões	4	6,7

5.2. Material

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação²:

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico: Instrumento construído para a presente investigação (demora cerca de quatro minutos a preencher) é constituído por variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação profissional, religião e agregado familiar) e por variáveis clínicas (diagnóstico clínico, tempo desde o diagnóstico e tratamentos médicos).

Questionário de Competência Emocional: Instrumento criado por Taksic (2000, citado por Faria et al., 2006; Lima Santos & Faria, 2005) no contexto Croata, para avaliar a competência emocional, de acordo com a perspectiva teórica de Mayer e Salovey (1997). Este é capaz de avaliar o construto numa perspectiva multidimensional, englobando as dimensões de percepção, reconhecimento, compreensão, análise e expressão de emoções (Lima Santos & Faria, 2005).

²Por questões éticas, e por indicação da orientadora, é facultado um exemplar dos instrumentos e respectivas autorizações, em dossier separado, apenas aos membros do júri da presente dissertação de mestrado.

Foi validado para o contexto português por Faria et al. (2006); inclui 45 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 6 pontos (“Nunca”, “Raramente”, “Poucas Vezes”, “Algumas vezes”, “Frequentemente” e “Sempre”). É constituído por três subescalas: Percepção emocional (15 itens), a Expressão Emocional (14 itens) e Capacidade de lidar com a Emoção (16 itens) (Faria et al., 2006). O máximo total da escala é de 270 valores, nas subescalas capacidade para lidar com as emoções o máximo é 96, na expressão emocional é 84 e na percepção emocional o valor máximo é 90 (Faria et al., 2006; Lima Santos & Faria, 2005). Quanto mais elevados forem os *scores* obtidos, melhor é a capacidade do indivíduo para lidar com as emoções, percepção emocional e expressão emocional, mostrando, por isso, melhores índices de IE (Faria et al., 2006; Lima Santos & Faria, 2005). Os resultados evidenciaram boas qualidades psicométricas (Faria et al., 2006; Lima Santos & Faria, 2005). Ao revelar boas qualidades psicométricas permite a sua utilização em pesquisas no contexto português (Faria et al., 2006; Lima Santos & Faria, 2005). Assim, obtiveram-se valores de alfa Cronbach de 0,89 na escala total, valor de alfa Cronbach de 0,67 na capacidade para lidar com as emoções, na expressão emocional valor de alfa de 0,84 e na percepção emocional valor de alfa Cronbach de 0,84, indicando uma boa consistência interna.

Uma boa consistência interna deve exceder um alfa Cronbach de 0,80, todavia valores acima de 0,60 são aceitáveis (Pais-Ribeiro, 1999). No presente estudo verificam-se valores de alfa Cronbach elevados, indicando uma boa consistência interna: a escala total obteve um alfa de 0,91, a subescala capacidade para lidar com as emoções com alfa igual a 0,76, a expressão emocional com alfa igual a 0,84 e a percepção emocional obteve um alfa igual a 0,79.

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30-V.3): Instrumento criado pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life* (Aaronson et al., 1993; Fayers et al., 2001; Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). O QLQ-C30 visa avaliar aspectos relevantes para qualquer doente oncológico, independentemente da neoplasia a ser avaliada, não dando resposta a especificidades existentes em cada tipo de neoplasia (Fayers et al., 2001). É constituído por 5 escalas funcionais (física, desempenho, cognitiva, emocional e social), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito), *status* global de saúde, 6 itens simples para avaliação de sintomas ou

problemas adicionais (dispneia, perda de apetite, insónia, dificuldades financeiras, obstipação e diarreia) (Pais-Ribeiro et al., 2008; Silveira et al., 2009). Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 4 pontos (“Não”, “Um pouco”, “Bastante” e “Muito”), excepto 2 itens da subescala global de saúde, com 7 opções de respostas (de “1-péssima” até “7-Óptima”) (Pais-Ribeiro et al., 2008). Demora aproximadamente 12 minutos a ser preenchido (Pais-Ribeiro et al., 2008). O questionário fornece um *score* que pode ir de 0 a 100, sendo que, um elevado *score* nas escalas funcionais significa que o doente apresenta uma boa capacidade funcional (Fayers & Aaronson, 2001). Também na escala de avaliação global da QDV e saúde a obtenção de um elevado *score* representa níveis elevados de QDV (Fayers & Aaronson, 2001). No entanto, na avaliação da sintomatologia o *score* é inverso, isto é, pontuações mais elevadas nestes itens traduzem-se em pior QDV (Fayers & Aaronson, 2001).

Foi validado para o contexto Português por Pais-Ribeiro et al. (2008). A versão portuguesa possui boas propriedades psicométricas e mede os mesmos construtos que as outras versões noutras línguas, é portanto, apropriada para ser aplicada a pessoas com diagnóstico de diferentes tipos de cancro (Pais-Ribeiro et al., 2008). É um dos questionários de referência na Europa, sendo também frequente a sua utilização no resto do Mundo (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os valores de alfa obtidos foram de 0,74 no funcionamento físico, 0,85 no desempenho, 0,87 no funcionamento emocional, 0,78 no funcionamento social, 0,57 no funcionamento cognitivo, 0,88 na QDV Global, 0,84 nas náuseas e vômitos, 0,84 na fadiga e 0,81 na dor (Pais-Ribeiro et al., 2008).

No presente estudo verificaram-se valores de alfa Cronbach elevados, indicando uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999). Os valores obtidos são: QDV Global na saúde 0,77, funcionamento físico 0,70, desempenho 0,78, funcionamento emocional 0,77, funcionamento cognitivo 0,70, funcionamento social 0,66, fadiga 0,75, náuseas e vômitos 0,80, e, por último dor 0,65.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Escala desenvolvida por Zigmond e Snaith (1994), com o objectivo de avaliar os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologias físicas e em tratamento ambulatorio. Como não inclui itens focados em aspectos somáticos é apropriado para doentes com patologia não psiquiátrica (Pais-Ribeiro et al., 2007; Pereira & Figueiredo, 2008). Demora aproximadamente cinco minutos a ser preenchida (Pais-Ribeiro et al., 2007). Foi

validada para o contexto Português por Pais-Ribeiro et al. (2007). Possui boas qualidades psicométricas: na ansiedade obteve Alfa Cronbach de 0,76 e na depressão Alfa Cronbach de 0,81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). É constituído por 14 itens que se dividem em duas subescalas: ansiedade (7 itens) e depressão (7 itens) (Pais-Ribeiro et al., 2007). Os itens de ansiedade reflectem um estado de ansiedade generalizado e os itens da depressão estão associados a um estado de anedonia (Pais-Ribeiro et al., 2007). As opções de respostas variam entre zero a três, numa escala de *Likert* de 4 pontos (Pais-Ribeiro et al., 2007). Os valores que estão entre 0 e 7 indicam ausência de depressão ou ansiedade; entre 8 e 10 sugerem a presença de uma das respectivas dimensões psicológicas; valores entre 11 a 14 significam ansiedade ou depressão moderada; e valores entre 15 e 21 são indicativos de uma elevada gravidade (Pais-Ribeiro et al., 2007). Na presente investigação verificaram-se valores de alfa de Cronbak 0,72 na subescala da ansiedade e na subescala da depressão de 0,72. Os valores sugerem uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999).

Termómetros das Emoções³: A versão original é de Alex Mitchell (Mitchell, Baker-Glenn, Granger & Symonds, 2009). A versão Portuguesa foi construída por Pereira e Teixeira (2009, citado por Teixeira & Figueiredo, 2010), na Universidade do Minho. Este instrumento é composto por cinco escalas analógicas, que avaliam o sofrimento emocional (*distress*), a ansiedade, a depressão, a revolta e a necessidade de ajuda (Pereira & Teixeira, 2009 citado por, Teixeira & Figueiredo, 2010). Nas quatro primeiras escalas o doente tem dez opções de resposta, que são constituídas por dois pólos, o extremo (10) e nenhum (0). Na quinta escala (“Necessidade de Ajuda”), o doente tem 10 opções de resposta: de “Desesperadamente” a “Consigo resolver sozinho”. O tempo de resposta é de aproximadamente 45 segundos (Mitchell et al., 2009). Na versão original do termómetro *scores* acima de 5 indicam níveis de alteração emocional (Mitchell et al., 2009). No presente estudo verificou-se um valor de alfa elevado de 0,87, sugerindo uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999).

³É importante salientar que apesar da HADS e o Termómetros das Emoções, avaliarem a ansiedade e depressão, optou-se por escolher o Termómetro das Emoções para se ter uma discussão positiva baseada na literatura e verificar os níveis de *distress* emocional nos participantes (ou denominado pelo instrumento como “sofrimento emocional”). Porque segundo Decat et al. (2009) o *distress* emocional, por ser caracterizado como uma resposta natural de um indivíduo que vive a doença e o tratamento, pode conduzir a perturbações mais graves como ansiedade e depressão.

5.3. Procedimento

Após a selecção/desenvolvimento do material foram obtidas as respectivas autorizações de utilização dos questionários. Posteriormente a fim de se concretizar o projecto de investigação no Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António (CHP-HSA) foi solicitada, à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e, de seguida à unidade de saúde em causa a autorização indispensável para a concretização do trabalho de investigação. Após a apreciação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e a concordância dos médicos assistentes, pertencentes às especialidades do CHP-HSA a Comissão de Ética do CHP-HSA deferiu a realização do presente estudo. A colheita de dados teve lugar no serviço de Hospital de Dia Polivalente do CHP-HSA, uma vez que é o único serviço desta unidade de saúde que administra tratamentos de quimioterapia (em regime de ambulatório), entre 30 de Junho e 5 de Julho de 2011. Os indivíduos foram inseridos no estudo por encaminhamento da Enfermeira Chefe do Serviço. No momento da recolha dos dados, a investigadora explicou o objectivo do estudo e fez junto dos participantes, uma breve apresentação da investigadora e do estudo que se pretendia realizar. Informou-se, verbalmente e por escrito, os participantes da voluntariedade da participação no estudo, ressaltando que a não participação neste não teria como consequência nenhum tipo de penalização. Igualmente, informou-se que a pessoa podia desistir em qualquer momento de participar na investigação sem que isso lhe causasse qualquer tipo de prejuízo ou penalidade. Informou-se ainda que a utilização dos dados será unicamente para fins de investigação.

Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia. A confidencialidade e o anonimato foram garantidos e foi pedido, por escrito, o consentimento informado. Elaborou-se um documento de informação sobre o estudo para fornecer aos participantes que foi anexo ao termo de consentimento informado. Foi a investigadora a entregar os questionários ou a preenchê-los na presença do doente, de acordo com a necessidade deste, mantendo sempre contacto com os doentes, para esclarecimento de dúvidas.

Assim, solicitou-se aos participantes que preenchesse um breve questionário sócio-demográfico e clínico, em que não seria incluído nenhum dado que permitisse a identificação dos mesmos. Para avaliar as outras variáveis utilizou-se o ESCQ, o QLQ-C30-V.3, o HADS e o Termómetros das Emoções.

A administração dos instrumentos foi realizada individualmente. Os resultados obtidos foram analisados através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.0.

Capítulo V

6. Resultados

6.1. Caracterização dos níveis de depressão, ansiedade e *distress* emocional

Pode-se, através do Quadro 5, observar a média de ansiedade e depressão dos participantes. O valor médio nas duas subescalas está abaixo do ponto de corte, talvez com os valores obtidos depreende-se que os participantes durante o tratamento não desenvolveram reacções psicológicas. Os valores mínimos obtidos correspondem a 0 para ambas as dimensões e os máximos obtidos a 18 para ansiedade e 13 para a depressão. Contudo observa-se que pelo menos um indivíduo obteve nas duas subescalas um valor acima do ponto de corte.

Quadro 5 – Caracterização da ansiedade e depressão (N=60)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ansiedade	0	18	6,6	4,19
Depressão	0	13	5,4	3,59

Através do Quadro 6, observa-se a distribuição dos participantes pelos níveis de ansiedade e depressão, de acordo com a HADS. A pontuação desta escala (para ansiedade e depressão) pode variar entre 0 e 21 e consiste na seguinte interpretação dos resultados: 0-7 normal, 8-10 baixa, 11-14 moderada e 15-21 grave (Meneses, 2005; Snaith & Zigmond, 1994). No presente estudo contabilizou-se o número e percentagens de participantes em cada categoria proposta pelos autores. No que diz respeito à ansiedade, a maioria dos participantes obteve valores inferiores ao ponto de corte (entre 0 e 7 valores).

Relativamente à depressão, a maioria dos sujeitos situa-se abaixo do ponto de corte, no entanto, é importante destacar que alguns participantes encontram-se no nível moderado de depressão.

É relevante salientar que alguns participantes apresentam valores moderados e graves de ansiedade, por outro lado na depressão não se observam níveis graves de depressão.

Quadro 6 – *Análise descritiva da ansiedade e depressão de acordo com os pontos de corte da HADS (N=60)*

Pontos de corte	Ansiedade		Depressão	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
0-7	38	63,3	44	73,3
8-11	13	21,7	7	11,7
11-14	6	10,0	9	15,0
15-21	3	5,0	0	0

Através do Quadro 7, pode-se observar que os valores médios de cada dimensão aproximam-se dos valores mínimos, não ultrapassando o ponto de corte (5 valores).

Quadro 7 – *Análise Descritiva do Termómetro das Emoções (N=60)*

	Mínimo	Máximo	M	DP
Sofrimento Emocional	0	10	4,1	2,69
Ansiedade	0	10	4,3	2,94
Depressão	0	10	3,4	3,00
Revolta	0	10	3,7	3,24
Necessidade de ajuda	0	10	3,1	3,00

Nos Quadros 8 a 12, expõem-se as frequências e percentagens dos cinco domínios do Termómetro das emoções tais como, o sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda. Através da análise do Quadro 8, verifica-se que os níveis de sofrimento emocional encontram-se em torno dos valores médios, correspondendo ao nível 5 o valor mais frequente. No que diz respeito, às percentagens da ansiedade obtida, pode-se observar no Quadro 9, que 21,7% dos participantes concentram-se no nível 5. No que concerne, ao domínio da depressão, através do Quadro 10 verifica-se que os níveis de depressão concentram-se em torno dos valores mínimos, correspondendo ao nível 0. Relativamente ao domínio da revolta sentida pelos participantes, através da análise do Quadro 11, observa-se o nível 1 como o mais

frequente. Todavia é de realçar que alguns participantes aproximam-se de níveis mais preocupantes, ou seja, o nível 8. Por último, na análise do Quadro 12, pode-se verificar que 55% dos participantes declaram que não necessitam de ajuda.

Quadro 8- *Frequências e percentagens do sofrimento emocional*

Níveis	Frequência	Percentagens (%)
0	6	10,0
1	7	11,7
2	6	10,0
3	5	8,3
4	5	8,3
5	17	28,3
6	3	5,0
7	2	3,3
8	6	10,0
9	1	1,7
10	2	3,3

Quadro 9- *Frequências e percentagens da Ansiedade.*

Níveis	Frequência	Percentagens (%)
0	9	15,0
1	3	5,0
2	9	15,0
3	1	1,7
4	5	8,3
5	13	21,7
6	7	11,7
7	3	5,0
8	6	10,0
10	4	6,7

Quadro 10 - *Frequências e percentagens da depressão*

Níveis	Frequência	Percentagem (%)
0	15	25,0
1	7	11,7
2	5	8,3
3	7	11,7
4	3	5,0
5	6	10,0
6	7	11,7
7	3	5,0
8	4	6,7
9	1	1,7
10	2	3,3

Quadro 11 - *Frequências e percentagens da Revolta.*

Níveis	Frequência	Percentagem (%)
0	11	18,3
1	12	20,0
2	4	6,7
3	5	8,3
4	7	11,7
5	4	6,7
6	1	1,7
7	3	5,0
8	7	11,7
9	4	6,7
10	2	3,3

Quadro 12 – *Frequências e percentagens da “Necessidade de ajuda”.*

Níveis	Frequência	Percentagem (%)
0.Estou a lidar muito bem com a situação	12	20,0
1.Estou a lidar com a situação	15	25,0
2.De momento, não necessito de ajuda	6	10,0
3.Pergunte-me novamente se preciso de ajuda, noutra altura	5	8,3
4.Estou a considerar pedir ajuda	2	3,3
5.Gostaria de conversar mais sobre como pedir ajuda	3	5,0
6.Qualquer ajuda é bem-vinda	11	18,3
8.Preciso muito de ajuda	2	3,3
10.Desesperadamente preciso de ajuda	4	6,7

6.2. Caracterização da Inteligência Emocional

De um modo geral, ao observar-se o Quadro 13, verifica-se que os valores médios da amostra são satisfatórios nas três dimensões da IE. Os participantes aproximaram-se do valor máximo da escala (270 valores) e os valores mínimos e máximos encontram-se afastados em todas as subescalas. O valor máximo obtido na subescala “capacidade para lidar com as emoções” está muito próximo do valor máximo possível, enquanto nas subescalas “expressão emocional” e “percepção emocional” atingiram os valores máximos. Tendo em conta, os valores máximos obtidos e os valores médios depreende-se que os participantes se percebem como competentes na percepção das emoções dos outros e na expressão e controlo das suas próprias emoções.

Quadro 13 – Caracterização da IE dos participantes (N=60)

Subescalas	Mínimo	Máximo	M	DP
Capacidade para lidar com as emoções	36	95	78,4	10,68
Expressão Emocional	43	84	71,4	10,63
Percepção Emocional	48	90	71,3	10,12
Escala Total	144	267	221,1	27,23

6.3. Inteligência emocional e características sócio-demográficas

Como se pode verificar no Quadro 14, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos constituídos em função da variável sexo, ou seja, pode-se deduzir que quer os homens, quer as mulheres têm valores semelhantes ao nível da escala total da IE e das três subescalas.

Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em Quimioterapia

Quadro 14 – Comparação da IE em função do sexo (N=60)

Subescalas	Sexo						
	Feminino (n =31)		Masculino (n = 29)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Capacidade para lidar com as emoções	78,2	10,73	78,5	10,83	-0,116	58	0,908
Expressão Emocional	71,5	9,46	71,3	11,94	0,062	58	0,951
Percepção Emocional	72,0	10,25	70,5	10,10	0,564	58	0,575
Escala Total	221,7	26,83	220,4	28,11	0,188	58	0,852

Através da análise do Quadro 15, pode-se verificar que as correlações de *Pearson* entre a idade e os *scores* de IE, não são estatisticamente significativas.

Quadro 15 – Correlação de *Pearson* entre a IE e a idade (N=60)

Idade	Capacidade para lidar com as emoções		Expressão Emocional		Percepção Emocional		Escala Total	
	r	p	r	p	r	p	r	p
		0,102	0,436	0,214	0,100	0,146	0,265	0,178

Devido à dispersão dos efectivos, as habilitações literárias foram recodificadas em duas categorias: 1ª ciclo e 2ª ciclo/ ensino secundário/ensino superior. Constata-se, através da análise do Quadro 16, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos.

Quadro 16 – Teste t para as dimensões da IE em função do das habilitações literárias (N=60)

Subescalas	1ª Ciclo (n=27)		2ªCiclo/Ensino Secundário/ Ensino Superior (n=33)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Capacidade para lidar com as emoções	78,9	11,36	77,9	10,25	0,375	58	0,709
Expressão Emocional	73,2	9,04	70,0	11,71	1,183	58	0,242
Percepção emocional	71,8	11,96	70,9	8,50	0,340	58	0,735
Escala Total	223,9	28,41	218,7	26,44	0,733	58	0,467

A situação profissional foi recodificada em duas categorias: activos (estudante, empregado, desempregado e baixa médica) e não activos (reformados). Como se pode observar no Quadro 17, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ou seja, os níveis de IE dos doentes activos (considerando mesmo aqueles que estão de baixa médica) não diferem dos doentes reformados.

Quadro 17 – Teste *t* para as diferenças entre as médias em função da situação profissional nas dimensões da IE (N=60)

Dimensões	Activos (n=30)		Não activos (n=30)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Capacidade para lidar com as emoções	77,8	11,41	78,9	10,07	-0,372	58	0,711
Expressão emocional	70,5	11,49	72,4	9,80	-0,701	58	0,486
Percepção emocional	71,5	9,40	71,1	10,95	0,139	58	0,890
Escala Total	219,8	27,83	222,4	27,03	-0,367	58	0,715

Na mesma linha de recodificação das variáveis, a variável agregado familiar foi recodificado em três categorias: cônjuge/companheiro, cônjuge/companheiro/filhos e outros. Através da análise do Quadro 18, observa-se que os valores não são estatisticamente significativos entre os grupos no que concerne à IE.

Quadro 18 – Análise da variância para as dimensões da IE em função do agregado familiar (N=60)

Dimensões	Conjûge (n=20)		Cônjuge e filho(s) (n=20)		Outros (n=20)		ANOVA		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Capacidade para lidar com as emoções	77,9	6,79	79,7	8,81	77,5	15,09	0,242	2	0,786
Expressão emocional	72,2	9,39	71,4	9,21	70,8	13,31	0,084	2	0,919
Percepção emocional	71,6	9,99	72,4	11,16	69,9	9,49	0,325	2	0,724
Escala Total	221,7	21,68	223,5	25,31	218,1	34,29	0,202	2	0,818

Devido à dispersão da amostra em relação ao estado civil, religião e profissão, não foram analisadas as diferenças de IE entre os grupos constituídos com base nestas variáveis.

6.4. Inteligência emocional e características clínicas

Devido à elevada heterogeneidade do diagnóstico clínico da amostra, achou-se pertinente não analisar as diferenças estatísticas de IE com as diferentes neoplasias. Através do Quadro 19, observa-se a inexistência de correlações lineares estatisticamente significativas entre o tempo do diagnóstico e os *scores* da IE (Leech, Barrett & Morgan, 2005).

Quadro 19 – Correlação de Pearson entre a IE e tempo do diagnóstico (N=60)

	Capacidade para lidar com as emoções		Expressão Emocional		Percepção Emocional		Escala Total	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Tempo desde o diagnóstico	0,167	0,203	0,146	0,266	-0,01	0,993	0,122	0,353

No que diz respeito aos tratamentos médicos, optou-se por realizar o equivalente não paramétrico do *T Student*, o Teste *U de Mann-Withney*. Observa-se no Quadro 20 a ausência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da IE entre o grupo de doentes que já fez/ainda faz radioterapia e aqueles que nunca fizeram radioterapia.

Quadro 20 – Comparação da IE dos grupos constituídos em função da realização de radioterapia (N=60)

Subescalas	Radioterapia					
	Já fez/Ainda faz (n=22)		Nunca fez (n=33)		<i>z</i>	<i>p</i>
	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>		
Capacidade para lidar com as emoções	78,3	9,51	79,5	9,57	0,796	0,371
Expressão Emocional	72,9	8,80	71,7	11,16	0,999	0,938
Percepção Emocional	70,8	12,13	71,8	9,35	0,837	0,843
Escala Total	222,0	26,79	223,1	26,07	0,969	0,667

Relativamente à cirurgia, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do grupo de doentes que fizeram, daqueles que nunca fizeram (ver Quadro 21).

Quadro 21 – Comparação da IE dos grupos constituídos em função da realização de cirurgia (N=60)

Subescalas	Cirurgia					
	Já fez (n=37)		Nunca fez (n=19)		z	p
	Md	DP	Md	DP		
Capacidade para lidar com as emoções	78,3	10,43	80,3	6,67	0,389	0,533
Expressão Emocional	72,1	9,65	72,1	11,55	0,778	0,684
Percepção Emocional	70,5	10,40	73,7	10,16	0,920	0,377
Escala Total	220,8	26,88	226,3	24,46	0,337	0,457

6.5. Relação entre Inteligência Emocional, ansiedade, depressão e *distress* emocional

Os resultados observados no Quadro 22 registam algumas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em causa excepto na variável, *distress* emocional, atendendo, também ao facto do coeficiente de correlação apresentar valor negativo: a Escala total da IE e ansiedade e depressão; capacidade para lidar com as emoções e ansiedade e depressão; e expressão emocional e ansiedade (Leech et al., 2005). Assim, quanto mais elevada a capacidade para lidar com as emoções, menores serão os níveis de ansiedade e depressão, e quanto mais elevada for a expressão emocional do participante, menores serão os níveis de ansiedade. E quanto mais elevada a IE, menores serão os níveis de ansiedade e depressão.

Quadro 22 – Correlação de Pearson entre a ansiedade, depressão, *distress* Emocional e IE (N=60)

	Capacidade para lidar com as emoções		Expressão Emocional		Percepção Emocional		Escala Total	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Ansiedade	-0,375	0,03	-0,331	0,010	-0,052	0,693	-0,296	0,22
Depressão	-0,385	0,02	-0,228	0,0080	-0,119	0,367	-0,284	0,28
<i>Distress</i> Emocional	0,01	0,992	-0,104	0,755	0,104	0,430	0,23	0,861

6.6. Caracterização da Qualidade de Vida

Antes de mais, é de sublinhar que, na análise dos resultados do QLQ-C30, os valores obtidos nas escalas do Estado Geral de Saúde/QDV e nas Funções (Física, Emocional, Cognitiva, Social e Desempenho do Papel) quanto mais próximos de 100, significam melhor funcionamento do indivíduo, enquanto nas escalas de sintomas e Dificuldades Financeiras, os valores obtidos próximos de 100, significam maior presença desses sintomas e dificuldades, logo, pior QDV.

O Quadro 23 apresenta os resultados médios da QDV da amostra e os respectivos desvios-padrão. Com o valor médio obtido no estado geral de saúde/QDV depreende-se que a maioria dos participantes considera razoável a sua QDV. Na escala dos funcionamentos (Físico, Cognitivo, Social, Emocional e Funcionamento do Desempenho) como os valores médios se aproximam de 100 valores conclui-se que na amostra há de um modo geral satisfação em todas as funções, destacando-se o Funcionamento Cognitivo.

Nas escalas de sintomas, a fadiga sobressai com o valor médio mais elevado. Relativamente às Dificuldades Financeiras, a média obtida demonstra que, apesar de o tratamento ser complexo e oneroso, esse facto não tem trazido grandes dificuldades financeiras aos participantes do estudo. Ainda se observa que os valores mínimos e máximos das escalas foram atingidos, excepto, no Estado Geral de Saúde/QDV e Funcionamento Físico.

Quadro 23 – Análise Descritiva do QLQ-C30 (N=60)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Estado geral de saúde /QDV	8,33	100	60,3	22,83
Funcionamento físico	20,0	100	68,8	21,77
Funcionamento de Desempenho	0	100	76,4	29,80
Funcionamento Emocional	0	100	73,8	23,96
Funcionamento Cognitivo	0	100	85,0	23,71
Funcionamento Social	0	100	74,2	26,11
Fadiga	0	100	32,8	25,91
Náuseas e Vômitos	0	100	11,9	23,59
Dor	0	100	19,7	26,48
Dispneia	0	100	7,2	18,51
Insónia	0	100	29,4	33,67
Perda de Apetite	0	100	22,8	32,18
Obstipação	0	100	12,2	23,74
Diarreia	0	100	10,0	24,01
Problemas Financeiros	0	100	23,3	32,65

6.7. Qualidade de Vida e características sócio-demográficas

Como se pode verificar no Quadro 24, os dois sexos apresentam diferenças estatisticamente significativas nas médias das escalas dos Funcionamentos Físico, Desempenho, Emocional e Social, e nas escalas de sintomas a Fadiga, Dor e Perda de Apetite.

Tendo em conta os valores médios em cada sexo, verifica-se que as médias do sexo masculino nas escalas dos funcionamentos e Estado Geral de Saúde/QDV são mais elevadas do que as médias do sexo feminino. Nas escalas de sintomas, o sexo feminino pontua valores médios mais elevados do que o sexo masculino. Pode-se assim deduzir que as mulheres percebem piores níveis de QDV do que os homens.

Quadro 24- *Test t para diferenças nas escalas do QLQ-C30 em função do sexo (N=60)*

Escalas	Sexo Feminino (n =31)		Sexo Masculino (n =29)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Estado geral da saúde /QDV	56,7	23,41	64,1	21,95	-1,254	58	0,22
Funcionamento físico	62,6	23,20	75,4	18,27	-2,367	58	0,02
Funcionamento Desempenho	66,1	33,47	87,4	20,73	-2,974	50,542	0,01
Funcionamento Emocional	66,7	28,05	81,3	15,85	-2,468	58	0,02
Funcionamento Cognitivo	80,6	29,22	89,7	15,05	-1,515	45,507	0,15
Funcionamento Social	66,1	29,02	82,8	19,66	-2,580	58	0,02
Fadiga	41,9	30,05	23,0	15,97	-3,077	46,330	0,04
Náuseas e Vômitos	14,5	28,46	9,2	17,01	0,871	58	0,39
Dor	29,6	30,94	9,2	15,16	3,270	44,251	0,01
Dispneia	9,7	23,08	4,6	11,70	1,085	45,091	0,28
Insónia	32,3	32,75	26,4	34,94	0,666	58	0,51
Perda de Apetite	33,3	37,52	11,5	20,46	-2,823	47,021	0,01
Obstipação	16,1	28,38	8,0	17,03	1,348	49,664	0,18
Diarreia	11,8	26,59	8,0	21,19	0,607	58	0,55
Problemas Financeiros	28,0	35,59	18,4	28,99	1,137	58	0,26

Os resultados observados no Quadro 25 registam correlações estatisticamente significativas da idade e Problemas Financeiros (correlação negativa moderada).

Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em Quimioterapia

Quadro 25 – Correlação de Pearson da idade e QLQ-C30 (N=60)

	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Estado geral da saúde /QDV	0,043	0,745
Funcionamento físico	-0,025	0,850
Funcionamento do Desempenho	0,217	0,096
Funcionamento Emocional	0,168	0,200
Funcionamento Cognitivo	-0,001	0,995
Funcionamento Social	0,226	0,083
Fadiga	-0,136	0,301
Náuseas e Vômitos	-0,148	0,258
Dor	-0,058	0,661
Dispneia	-0,024	0,854
Insônia	0,109	0,409
Perda de Apetite	-0,37	0,776
Obstipação	-0,067	0,609
Diarreia	-0,039	0,769
Problemas Financeiros	-0,470	0,000

A variável habilitações literárias foi, de novo, recodificada. Da análise do Quadro 26 verifica-se apenas uma diferença significativa no Funcionamento Cognitivo em função das habilitações literárias. Nas restantes subescalas não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 26 – Teste *t* para as escalas do QLQ-C30 em função das habilitações literárias (N=60)

Escalas	1ª Ciclo (n=27)		2ªCiclo/Ensino Secundário Ensino Superior (n=33)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Estado geral de saúde /QDV	56,8	24,24	63,1	21,55	-1,072	58	0,288
Funcionamento físico	64,7	19,55	72,1	23,18	-1,324	58	0,191
Funcionamento Desempenho	75,9	30,08	76,8	30,03	-0,108	58	0,914
Funcionamento Emocional	72,2	25,00	75,0	23,39	-0,444	58	0,659
Funcionamento Cognitivo	77,2	25,38	91,4	20,46	-2,409	58	0,019
Funcionamento Social	75,3	27,49	73,2	25,32	0,304	58	0,762
Fadiga	30,5	23,39	34,7	28,02	-0,625	58	0,534
Náuseas e Vômitos	8,6	16,90	14,6	27,88	-0,981	58	0,331
Dor	24,7	28,63	15,7	24,27	1,323	58	0,191
Dispneia	6,2	16,11	8,1	20,46	-0,394	58	0,695
Insônia	30,9	35,72	28,3	32,41	0,293	58	0,770
Perda de Apetite	29,6	37,36	17,2	26,51	1,508	58	0,137
Obstipação	13,6	24,91	11,1	23,07	0,398	58	0,692
Diarreia	12,3	27,96	8,1	20,46	0,682	58	0,498
Problemas Financeiros	19,8	31,02	26,3	34,11	-0,766	58	0,447

A variável situação profissional foi, de novo, organizada em duas categorias: activos e não activos. Através da análise do Quadro 27, observam-se três variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível do Funcionamento do

Desempenho, Funcionamento Social e Problemas financeiros. Os valores médios das Funções onde foram identificadas diferenças estatisticamente significativas são superiores no grupo dos participantes não activos profissionalmente, excepto nas Dificuldades Financeiras, ou seja, deduz-se que o grupo dos não activos percepçiona melhor QDV.

Quadro 27 – Teste *t* para as diferenças entre as médias em função da situação profissional nas escalas do QLQ-C30 (N=60)

Escalas	Activos (n=27)		Não activos (n=33)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Estado geral de saúde /QDV	60,8	22,86	59,7	23,17	0,187	58	0,852
Funcionamento físico	66,2	24,44	71,3	18,79	-0,908	58	0,368
Funcionamento Desempenho	68,9	31,18	83,9	26,80	-1,999	58	0,050
Funcionamento Emocional	68,9	27,33	78,6	19,29	-1,592	52,149	0,117
Funcionamento Cognitivo	84,4	27,31	85,6	19,93	-0,180	58	0,858
Funcionamento Social	66,7	29,69	81,7	19,74	-2,304	58	0,025
Fadiga	38,1	30,56	27,4	19,30	1,628	48,954	0,110
Náuseas e Vômitos	15,0	28,82	8,9	16,80	1,003	58	0,320
Dor	21,7	29,08	17,8	23,95	0,565	58	0,574
Dispneia	11,1	23,71	3,3	10,17	1,651	39,327	0,107
Insónia	28,9	33,60	30,0	34,30	-0,127	58	0,900
Perda de Appetite	21,1	30,93	24,4	33,83	-0,398	58	0,692
Obstipação	12,2	23,95	12,2	23,95	0,000	58	1,000
Diarreia	11,1	26,74	8,9	21,32	0,356	58	0,723
Problemas Financeiros	36,7	35,40	10,0	23,41	3,442	50,292	0,001

Relativamente à constituição do agregado familiar, observa-se no Quadro 28 apenas uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na Função Física.

Quadro 28 – Análise da variância univariada para as escalas do QLQ-C30 em função do Agregado familiar (N=60)

Escalas	Conjûge (n=20)		Conjûge e Filhos (n=20)		Outros (n=20)		ANOVA		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Estado Geral de Saúde /QDV	62,1	23,64	59,2	23,86	59,6	22,01	0,093	2	0,912
Funcionamento físico	78,7	14,28	61,0	22,51	66,7	24,28	3,756	2	0,029
Funcionamento Desempenho	82,5	25,06	78,3	24,24	68,3	37,81	1,202	2	0,308
Funcionamento Emocional	79,2	15,17	68,3	24,57	73,8	29,77	1,023	2	0,366
Funcionamento Cognitivo	86,7	19,94	82,5	26,75	85,8	24,94	0,168	2	0,846
Funcionamento Social	79,2	26,42	72,5	26,09	70,8	26,42	0,562	2	0,573
Fadiga	27,2	22,36	34,4	26,22	36,7	29,09	0,719	2	0,491
Náuseas e Vômitos	11,7	18,81	9,2	15,74	15,0	33,29	0,301	2	0,742
Dor	19,2	24,94	19,2	27,72	20,8	28,03	0,026	2	0,975
Dispneia	6,7	17,44	5,0	12,21	10,0	24,42	0,370	2	0,692
Insónia	33,3	38,99	26,7	25,59	28,3	36,31	0,207	2	0,814
Perda de Appetite	16,7	31,53	28,3	32,94	23,3	32,62	0,654	2	0,524
Obstipação	11,7	22,36	13,3	25,13	11,7	24,84	0,032	2	0,969
Diarreia	11,7	31,11	5,0	12,21	13,3	25,13	0,667	2	0,517
Problemas Financeiros	15,0	27,52	25,0	30,35	30,0	38,84	1,098	2	0,340

Devido à dispersão da amostra em relação ao estado civil, religião e profissão, não foram analisadas as diferenças do QLQ-C30 entre os grupos constituídos com base nestas variáveis.

6.8. Qualidade de Vida e características clínicas

Na análise do Quadro 29, observa-se a não associação entre as *scores* do Estado Geral de Saúde/QDV, escala das Funções e Sintomas e o tempo desde o diagnóstico das neoplasias (Leech et al., 2005).

Quadro 29 – Relação de associação entre as escalas do QLQ-C30 com o tempo de diagnóstico (N=60)

	Tempo desde o diagnóstico	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Estado geral da saúde /QDV	-0,148	0,259
Funcionamento físico	-0,048	0,74
Funcionamento do Desempenho	-0,062	0,638
Funcionamento Emocional	0,172	0,189
Funcionamento Cognitivo	0,22	0,869
Funcionamento Social	0,139	0,290
Fadiga	-0,077	0,559
Náuseas e Vômitos	0,067	0,609
Dor	-0,072	0,582
Dispneia	-0,106	0,420
Insônia	-0,248	0,056
Perda de Apetite	-0,136	0,301
Obstipação	-0,113	0,391
Diarreia	-0,143	0,277
Problemas Financeiros	-0,124	0,346

No que diz respeito aos tratamentos médicos, optou-se por realizar o teste equivalente não paramétrico do *T Student*, o Teste *U de Mann-Withney*. Observam-se no Quadro 30, valores que demonstram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes que fizeram/ e ainda fazem radioterapia e nunca fizeram este tratamento.

Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em Quimioterapia

Quadro 30 – Comparação da QDV dos grupos constituídos em função da realização de radioterapia (N=60)

Subescalas	Radioterapia				z	p
	Já fez e ainda faz (n =22)		Nunca fez (n = 33)			
	Md	DP	Md	DP		
Estado geral de saúde /QDV	55,7	24,98	60,1	20,28	0,608	0,399
Funcionamento físico	63,3	24,06	70,9	20,67	0,785	0,266
Funcionamento do Desempenho	68,9	37,55	79,8	24,56	0,940	0,541
Funcionamento Emocional	69,3	31,64	74,2	18,32	0,176	0,869
Funcionamento Cognitivo	81,1	23,74	86,4	25,16	0,689	0,103
Funcionamento Social	70,5	30,40	75,3	23,98	0,446	0,70
Fadiga	35,4	27,99	32,3	24,59	0,757	0,903
Náuseas e Vômitos	16,7	27,22	8,6	21,70	0,383	0,087
Dor	29,5	32,91	14,1	21,30	0,258	0,107
Dispneia	4,5	11,71	8,1	22,10	0,279	0,811
Insônia	24,2	27,57	33,3	38,19	0,820	0,561
Perda de Appetite	33,3	34,12	19,2	31,21	0,640	0,081
Constipação	16,7	24,67	10,1	24,27	0,101	0,108
Diarreia	7,6	22,84	11,1	25,91	0,534	0,489
Problemas Financeiros	25,8	34,01	22,2	32,98	0,432	0,657

Na cirurgia não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (ver Quadro 31).

Quadro 31 – Comparação da QDV dos grupos constituídos em função da realização de cirurgia (N=60)

Subescalas	Cirurgia				z	p
	Já fez (n =37)		Nunca fez (n = 19)			
	M	DP	M	DP		
Estado /QDV	59,9	24,20	56,6	19,76	0,920	0,687
Funcionamento físico	69,9	22,15	66,0	23,30	0,397	0,520
Funcionamento Desempenho	78,8	32,55	71,1	25,36	0,019	0,083
Funcionamento Emocional	73,6	27,60	71,5	17,42	0,222	0,267
Funcionamento Cognitivo	83,3	25,15	86,0	23,08	0,955	0,955
Funcionamento Social	73,0	28,96	75,4	21,78	0,972	0,972
Fadiga	32,1	26,68	35,1	25,46	0,721	0,544
Náuseas e Vômitos	11,7	23,20	11,4	26,09	0,488	0,602
Dor	18,9	28,64	23,7	24,42	0,602	0,180
Dispneia	5,4	14,73	8,8	24,45	0,326	0,787
Insônia	24,3	30,07	40,4	40,94	0,818	0,197
Perda de Appetite	23,4	33,21	24,6	33,04	0,116	0,786
Constipação	11,7	23,85	12,3	25,36	0,786	0,909
Diarreia	9,0	24,40	12,3	25,36	0,871	0,402
Problemas Financeiros	24,3	33,93	21,1	31,84	0,909	0,703

Devido à dispersão da amostra em relação ao diagnóstico clínico não foram analisadas as diferenças das escalas do QLQ-C30 entre os grupos constituídos com base nesta variável.

6.9. Relação entre Qualidade de Vida, ansiedade, depressão e *distress* emocional

Quanto à Ansiedade observam-se, no Quadro 31, correlações estatisticamente significativas com o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamentos Emocional e Social, a Fadiga e Dor. Assim, à medida que os níveis de ansiedade aumentam diminui o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamentos Emocional e Social, e aumenta a Dor e Fadiga.

Relativamente à Depressão, observam-se, no mesmo Quadro correlações estatisticamente significativas com o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamento Físico, Emocional, Cognitivo e Social (correlações negativas moderadas), Funcionamento do Desempenho (correlação negativa fraca), a Fadiga, Náuseas e Vômitos, e a Perda de Apetite (correlações positivas fracas) (Leech et al., 2005). Assim, à medida que os níveis de depressão aumentam diminui o Funcionamento Físico, Cognitivo, Emocional e Social, e o Estado Geral de Saúde/QDV e aumenta a Fadiga, as Náuseas e Vômitos e a Perda de Apetite.

No que diz respeito ao *Distress* Emocional observam-se também no Quadro 31 correlações estatisticamente significativas com o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamentos Emocional e Social (correlações negativas moderadas) e Dor (correlação positiva fraca). Assim, à medida que os níveis de *distress* emocional aumentam diminui o Estado Geral de Saúde/QDV e os Funcionamentos Emocional e Social, e aumenta a Dor.

Quadro 32 – Correlação de Pearson entre a ansiedade, depressão, distress Emocional e a QDV (N=60)

	Ansiedade		Depressão		Distress Emocional	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Estado geral da saúde /QDV	-0,348	0,007	-0,455	0,000	-0,432	0,000
Funcionamento físico	-0,176	0,178	-0,408	0,001	-0,182	0,163
Funcionamento de Desempenho	-0,122	0,353	-0,312	0,015	-0,161	0,219
Funcionamento Emocional	-0,486	0,000	-0,434	0,001	-0,344	0,007
Funcionamento Cognitivo	-0,232	0,074	-0,336	0,009	-0,225	0,084
Funcionamento Social	-0,302	0,019	-0,401	0,01	-0,429	0,001
Fadiga	0,263	0,042	0,304	0,018	0,169	0,198
Náuseas e Vômitos	0,069	0,600	0,258	0,046	0,126	0,338
Dor	0,268	0,038	0,160	0,223	0,268	0,039
Dispneia	0,089	0,500	0,221	0,090	0,230	0,077
Insónia	0,229	0,078	0,059	0,653	0,162	0,217
Perda de Apetite	0,178	0,175	0,265	0,041	0,121	0,357
Obstipação	0,027	0,836	0,024	0,858	0,009	0,943
Diarreia	0,164	0,211	0,066	0,616	0,132	0,214
Problemas Financeiros	0,230	0,077	0,154	0,241	0,228	0,080

É relevante recordar que a variável, *distress* emocional, foi apenas analisada nesta alínea, porque as restantes dimensões avaliadas pelo Termómetro das Emoções iriam duplicar os resultados com variáveis iguais, como é o caso da ansiedade e depressão (avaliadas pela HADS).

6.10. Inteligência Emocional e Qualidade de Vida

Através do Quadro 33, observa-se ausência de correlações estatisticamente significativas entre as escalas do QLQ-C30 e IE, excepto na subescala da percepção emocional com o funcionamento cognitivo (correlação fraca inversa) e com a dispneia (correlação fraca directa) (Leech et al., 2005). Constata-se, de um modo generalizado, a ausência de relação entre a QDV e a IE dos participantes.

Quadro 33 – Correlação de Pearson entre a QDV e a IE (N=60)

	Capacidade para lidar com as emoções		Expressão Emocional		Percepção Emocional		Escala Total da IE	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Estado geral da saúde /QDV	-0,01	0,997	0,038	0,774	0,034	0,799	0,027	0,837
Funcionamento físico	0,169	0,196	0,005	0,968	-0,047	0,722	0,051	0,699
Funcionamento de Desempenho	-0,043	0,745	-0,112	0,396	-0,214	0,100	-0,140	0,286
Funcionamento Emocional	0,161	0,218	0,012	0,927	-0,141	0,284	0,016	0,905
Funcionamento Cognitivo	0,011	0,933	-0,029	0,828	-0,265	0,041	-0,105	0,424
Funcionamento Social	0,154	0,239	0,091	0,490	-0,032	0,810	0,804	0,522
Fadiga	-0,070	0,595	-0,035	0,794	0,207	0,112	0,036	0,784
Náuseas e Vômitos	-0,179	0,170	-0,143	0,277	-0,057	0,665	-0,147	0,261
Dor	-0,112	0,396	0,044	0,736	0,241	0,063	0,063	0,632
Dispneia	-0,042	0,752	-0,025	0,851	0,263	0,042	0,072	0,585
Insónia	-0,026	0,844	-0,014	0,915	0,048	0,715	0,002	0,987
Perda de Appetite	-0,050	0,705	-0,033	0,804	0,046	0,728	-0,015	0,908
Obstipação	0,105	0,423	0,180	0,169	0,084	0,523	0,143	0,276
Diarreia	-0,067	0,612	-0,008	0,949	0,158	0,228	0,029	0,823
Problemas Financeiros	0,036	0,784	-0,067	0,611	-0,03	0,980	-0,013	0,920

Capítulo V

7. Discussão dos resultados

Neste capítulo pretende-se discutir os resultados encontrados, tendo em conta os objectivos propostos para o presente estudo. Assim, apresenta-se uma síntese reflexiva levando em consideração os dados obtidos em estudos anteriores.

Segundo vários autores a **ansiedade, depressão e distress** emocional estão muito presentes aquando do diagnóstico e tratamento do cancro (Baker-Glenn et al., 2010; Grassi et al., 2009; Miranda et al., 2002; Neilson et al., 2010). No presente estudo, após a análise das três dimensões psicológicas, verificou-se que a maior parte dos participantes não apresentava níveis elevados de ansiedade, depressão ou *distress* emocional. Estes resultados não correspondem aos resultados obtidos no estudo de Baker-Glenn et al. (2010): no seu estudo concluíram que os doentes oncológicos durante o tratamento de quimioterapia solicitaram ajuda psicológica, esta necessidade sentida tinha por trás elevados níveis de ansiedade, depressão e *distress* emocional.

Como os resultados obtidos não vão ao encontro da literatura consultada (Baker-Glenn et al., 2010; Carvalho, 2010; Pandey et al., 2006; Redeker & Ruggiero, 2000; Teles et al., 2003; Vasconcelos et al., 2008) é interessante realçar o motivo da possível ausência destas reacções emocionais na maioria dos participantes. Para Holland (1989, citado por Sá, 2001), os doentes oncológicos que sobreviveram às consequências psicológicas durante todo o processo de diagnóstico e terapêutica do cancro possuem cinco condições: os efeitos tardios dos tratamentos médicos, as complicações do tratamento ao nível sexual, as perturbações do sistema nervoso central, as respostas psicológicas a uma doença que ameaça a vida e as consequências práticas e sociais do reinício das actividades rotineiras do indivíduo. Com o intuito de lidarem com essas condições os doentes podem recorrer a estratégias de *coping* (Sá, 2001). Assim, o doente oncológico recorre a um conjunto de processos para minimizar as ameaças à integridade individual e ao equilíbrio emocional, melhorando as suas funções psicológicas e físicas; por exemplo, se o diagnóstico for percebido pelo doente como ameaçador para o seu estilo de vida, o doente pode trabalhar no sentido de reduzir a ameaça que alivia os efeitos emocionais da ameaça (Sá, 2001). Neste sentido, depreende-se dos resultados obtidos que os participantes possam ter recorrido/recorrer a estratégias de *coping* adequadas durante todo o processo de diagnóstico e tratamentos (Odgen, 1999).

A **IE** tem suscitado um crescente interesse em termos de investigação, designadamente nos contextos de saúde, podendo contribuir com mudanças ao nível terapêutico (Costa & Faria, 2009). Após a análise dos resultados, verificou-se que os doentes apresentam na Escala Total da IE valores elevados, sendo que os valores médios mostram, de um modo geral, que os participantes se percebem como competentes na percepção das emoções dos outros e na expressão e controlo das suas próprias emoções. Consequentemente, é provável que estes tenham obtido/estejam a obter um considerável benefício com o tratamento clínico (Woyciekoski & Hutz, 2009), contribuindo para a manifestação de comportamentos adaptativos (Salovey, 1997). Segundo Woyciekoski e Hutz (2009), elevados níveis de IE estão associados a uma elevada capacidade do indivíduo em identificar, regular, controlar ou modificar as emoções e pensamentos, culminando numa melhor compreensão da relação do indivíduo com os outros e com o ambiente, ou seja, fomentando uma regulação emocional mais adaptada e um maior bem-estar. Neste sentido, indivíduos com altos

níveis de IE podem obter maior aproveitamento de um processo terapêutico, neste caso o tratamento médico, e apresentar menores índices de abandono do tratamento (Woyciekoski & Hutz, 2009), sendo, por isso, aconselhada aos doentes a expressão emocional, pois indivíduos que padecem de uma determinada doença e que expressam as suas emoções ao longo do tempo têm níveis de *stress* mais baixos e melhor QDV (Patrão & Leal, 2004).

Para demonstrar a importância que a IE tem nos doentes, Cerezo et al. (2009) desenvolveram intervenções específicas com mulheres com cancro da mama e concluíram que, após intervenções psicológicas, as participantes conseguiram desenvolver estratégias para reconhecer as emoções, aceitá-las e regulá-las de forma adequada a cada situação. Adquiriram através do auto-conhecimento estratégias para manifestar frequentemente as emoções positivas e reconhecer, e regular melhor as emoções negativas. Cameron et al. (2007) também concluíram que a expressão emocional é importante nas doentes com cancro da mama, através de intervenções psicológicas as doentes expressão as emoções e lidam melhor com a situação clínica.

Não foram identificadas relações estatisticamente significativas entre a IE e as variáveis sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, agregado familiar, tempo de diagnóstico e tratamentos. Neste contexto, é de referir um estudo em que indivíduos sem doenças oncológicas adultos mais velhos apresentavam valores mais elevados que os adultos mais novos nas três dimensões do Mayer-Salovey-Caruso *Emotional Intelligence Test*, em concreto na capacidade para lidar com as emoções, na regulação emocional e na percepção emocional (Kafetsiso, 2004, citado por Scheibe & Carstensen, 2010).

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre **IE** e **ansiedade** e **depressão**: Escala total da IE e ansiedade e depressão; capacidade para lidar com as emoções e ansiedade e depressão; e expressão emocional e ansiedade; mas não entre IE e *distress* emocional. Assim, quanto mais elevada a IE, menores os níveis de ansiedade e depressão, quanto mais elevada a capacidade para lidar com as emoções, menores os níveis de ansiedade e depressão, e quanto mais elevada a expressão emocional do participante, menores os níveis de ansiedade. Rodriguez (2004), na investigação que desenvolveu com 66 doentes oncológicos com diferentes neoplasias, procurou compreender se existia alguma relação entre ansiedade e IE, concluindo que

existia uma relação negativa ($r=-0,339$) entre as duas. Smith et al. (2011) desenvolveram um estudo com doentes com cancro da próstata, no intuito de avaliar a influência da IE e suporte social no desenvolvimento psicológico. Verificaram que elevados níveis de IE estavam associados a baixos níveis de ansiedade, com menos preocupações e elevada percepção de suporte social (Smith et al., 2011). Assim, Iwamitsu et al. (2003) reforçam a importância dos doentes serem aconselhados a expressarem as emoções negativas. Neste sentido, a IE é uma variável que gera condições favoráveis no indivíduo e reduz determinadas circunstâncias que são possíveis destes desenvolverem, por exemplo, uma perturbação da ansiedade ou depressão, bem como ajudar o doente no processo de aceitação da sua condição médica e de se envolver positivamente no decorrer dos tratamentos clínicos (Rodriguez, 2004).

Embora vários estudos realizados com indivíduos com diferentes tipos de cancro, e utilizando várias medidas de avaliação da QDV, tenham demonstrado o impacto negativo da doença oncológica na QDV (Browall et al., 2008; Dekker et al., 2006; Jongi, Cancel, Schouten, Huijjer Abu-Saad & Courtens, 2005; Machado & Sawada, 2008; Nicolussi & Sawada, 2009; Paredes et al., 2008; Revelo et al., 2007; Rodrigues, 2007; Zandonai, Cardozo, Nieto & Sawada, 2010), estes corroboram os resultados obtidos no presente estudo pois obteve-se valores razoáveis de QDV nos participantes. Os participantes consideraram razoável a sua QDV global, obtendo níveis satisfatórios ao nível das Escalas Funcionais (Física, Social, Emocional, Desempenho e Cognitiva), sendo o Funcionamento Cognitivo o que se destaca mais, com um valor médio mais elevado. Nas Escalas dos Sintomas, houve predomínio de Fadiga, seguida da Insónia, Perda de Appetite, Dor, Constipação, Náuseas e Vómitos, Diarreia e Dispneia. Depreende-se que a presença desses sintomas possa influenciar o Funcionamento Físico, Social, Emocional, Cognitivo e Desempenho e, conseqüentemente, a Escala Global da Saúde/QDV, justificando-se a média obtida de 60,3.

Ainda que os tratamentos realizados provoquem efeitos colaterais devido ao aumento da toxicidade provocada pela quimioterapia e radioterapia, a QDV é percebida pelos doentes de forma positiva. O mesmo aconteceu com os estudos de Costa (2010), Krikeli et al. (2011), Gonçalves (2010) e Rodrigues (2007), pois os doentes oncológicos perceberam a QDV de forma satisfatória apesar dos tratamentos. O estudo de Nicolussi e Sawada (2009) avaliou a QDV de doentes com

cancro colorrectal em tratamento adjuvante, quimioterápico, radioterápico e/ou após tratamento cirúrgico, sendo que o valor médio da QDV medida pelo QLQ-C30 foi de 79,13, ou seja, satisfatório. Observou-se uma boa percepção da QDV no estudo desenvolvido por Rodrigues (2007), em particular no Funcionamento Cognitivo, sendo a fadiga o sintoma que mais interferia com a QDV; só depois deste sintoma é que apareciam as dores e a perda de apetite (Rodrigues, 2007).

No que concerne aos dados obtidos pelo QLQ-C30, estes revelam que os melhores desempenhos dos doentes oncológicos são ao nível dos Funcionamentos Cognitivo, Desempenho e Social, como anteriormente referido. Estes resultados eram esperados, já que são alguns os estudos que demonstram como a doença oncológica não é comprometedora ao nível Cognitivo, Desempenho e Social (Arnet et al., 2005, citado por Nicolussi & Sawada, 2009; Figueiredo et al., 2006; Gonçalves, 2010; Rodrigues, 2007; Zandonai et al., 2010). Relativamente à função cognitiva, trata-se de um conceito multidimensional que descreve um conjunto de domínios da atenção e concentração, função executiva, velocidade de processamento de informação, linguagem, função motora, habilidade espaço-visual, aprendizagem e memória, sendo que, com a aplicação do QLQ-C30, avalia-se especificamente a concentração e memória (Gonçalves, 2010). O Funcionamento de Desempenho está relacionado com as limitações que as pessoas sentem no dia-a-dia com a realização das suas actividades profissionais ou de lazer e recreativas, com a capacidade do indivíduo realizar um conjunto de actividades que são normais para a maioria das pessoas, onde se inclui o auto-cuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social (Gonçalves, 2010; Santos & Ribeiro, 2001). E o Funcionamento Social está relacionado com a desinserção social, aliada aos preconceitos de grande parte dos que rodeiam o doente, e a frequência com que participam nas actividades sociais (Queiroz, 2010; Santos & Ribeiro, 2001).

Apesar do Funcionamento Cognitivo se destacar mais, os Funcionamentos ao nível Emocional e Físico caracterizam-se com um valor médio mais baixo. Figueiredo et al. (2006) sugerem a existência de implicações emocionais negativas nos doentes oncológicos, no entanto, devido a um *score* elevado do valor médio no Funcionamento Cognitivo estas implicações não interferem com a capacidade de concentração, atenção e memória dos participantes. De acordo com Queiroz (2010) Santos e Ribeiro (2001) o bem-estar físico pode ser influenciado se os doentes não tiverem acesso ao apoio dos

profissionais de saúde, familiares e amigos. Segundo Santos e Ribeiro (2001) os doentes que valorizam muito a aparência física, poderão ter mais dificuldades em aceitar as novas condições físicas, como, por exemplo, a alopecia, ostomia ou mastectomia, afectando, por isso, o Funcionamento Físico.

De acordo com os dados obtidos, os sintomas que mais interferem na vida dos doentes oncológicos são **a fadiga e a insónia**. Os resultados obtidos vão ao encontro do que se encontra descrito na literatura (Fonseca & Barata, 2006; Jonge et al., 2005; Sawada et al., 2009). A fadiga influencia a motivação dos doentes em iniciar ou começar uma terapêutica, limita de forma significativa as actividades e reduz as capacidades de trabalho (Jonge et al., 2005). Segundo Pimenta (2002), a fadiga é relatada pelos doentes oncológicos, em todas as fases da doença, como um dos sintomas mais frequentes, principalmente nos casos que apresentam metástases. De acordo com Gonçalves (2010), os factores de risco para a fadiga são os seguintes: serviço de saúde público, dor, prejuízo do sono, depressão e capacidade funcional.

Com o objectivo de encontrar justificações para o nível razoável de QDV que os doentes oncológicos apresentaram no presente estudo, De Haes e Van Knippenberg (1985) afirmam que estes dados devem-se, provavelmente, a alterações das expectativas ou valores dos doentes, à melhoria de determinados aspectos das suas vidas, como, por exemplo, o reforço de certos vínculos afectivos ou uma reorganização das prioridades e objectivos da própria vida. Rodrigues (2007) afirma que qualquer doente com patologia oncológica terá um nível de QDV tão elevado quanto menor for a distância entre as suas esperanças, ambições, desejos e a sua realidade actual. Para o processo de consciencialização do doente perante o seu estado de saúde e as suas limitações características de cada patologia oncológica, o profissional de saúde terá um papel fundamental na transmissão de informações, tendo a função de transmitir expectativas adequadas ao doente, pois é aquele que detém conhecimentos clínicos (Gonçalves, 2010). Ribeiro (1999) realça outro factor que explica níveis razoáveis de QDV dos doentes oncológicos, nomeadamente, o suporte social e familiar que poderá ser identificado como um factor que contribui para uma melhor QDV, reflectindo-se no seu bem-estar psicológico e físico, e um melhor ajustamento à doença (Ribeiro, 1999).

Também como hipótese explicativa para os níveis razoáveis de QDV, tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos, poderá estar relacionada com a assistência oferecida pelos diversos profissionais de saúde.

No presente estudo, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os **sexos** nos Funcionamentos: Físico, Desempenho, Emocional e Social, e nos sintomas Fadiga, Dor e Perda de Apetite. Nicolussi e Sawada (2009) concluíram que os homens relatavam melhores valores nas escalas de Funcionamento Emocional e Cognitivo do que as mulheres, enquanto estas apresentavam piores valores nos sintomas: dor, insónia, fadiga, constipação e perda de apetite. Outros estudos estão de acordo com os resultados do presente estudo (Dekker et al., 2006; Gonçalves, 2011; Pérez et al., 2004), ou seja, o sexo feminino apresenta piores níveis de QDV. Segundo Gianini (2007), homens e mulheres utilizam diferentes formas de adaptação psicossocial nas diferentes etapas do tratamento oncológico e tal deve-se ao facto destes serem socializados de modo diferente e, como resultado de tal socialização de género, os indivíduos do sexo masculino e feminino não desenvolvem as mesmas habilidades de confronto com a doença, por isso, os níveis de QDV são diferentes entre os sexos.

No que toca à relação entre **QDV e idade**, obteve-se apenas uma correlação estatisticamente moderada entre a idade e problemas financeiros: quanto mais novos os participantes, piores os problemas financeiros. No entanto, é curioso observar que no estudo de Oerlemans et al. (2011) os doentes mais velhos apresentam pior QDVRS, porém os problemas financeiros não são mencionados. Em concreto, no cancro da mama, Park et al. (2011) também concluíram que os doentes mais velhos apresentavam piores níveis na QDV. Ao contrário dos resultados obtidos, Gonçalves (2010) obteve uma relação estatisticamente significativa entre QDV e idade, em concreto, no Funcionamento Físico, Cognitivo e ao nível do Estado Geral de Saúde. Por outro lado, para justificar as associações estatisticamente significativas, Cotrim (2007) menciona que no momento em que a doença é diagnosticada no ciclo vital é um factor a ter em conta no ajustamento psicológico do doente, pois com o aumento da idade, a capacidade de lidar com a doença diminui (Cotrim, 2007). Segundo Santos et al. (2003), os doentes mais idosos evidenciam menor satisfação com as amizades, hipervalorizando a componente familiar de apoio, o que pode explicar a menor QDV.

No que diz respeito, às **habilitações literárias** (1º ciclo/2º ciclo, ensino secundário e ensino superior), apenas foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no Funcionamento Cognitivo (à medida que aumenta o grau de literacia, aumenta o Funcionamento Cognitivo). No estudo de Gonçalves (2010), os doentes oncológicos com maior escolaridade tendem a revelar melhor QDV. Segundo Pais-Ribeiro e Lopes (2003), o grau de literacia poderá favorecer o processo de integração profissional e social, melhorando assim a QDV destes doentes. Deduz-se que os doentes com um grau de literacia maior têm uma maior capacidade para descobrir recursos e informações que possam contribuir para melhorar a sua QDV (Park et al., 2011)

Relativamente, à **situação profissional**, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre três dimensões do QLQ-C30: Funcionamento Social, Desempenho e Problemas Financeiros. Segundo Ribeiro e Santos (2001), os factores que parecem associar-se de forma mais significativa à QDV dos doentes oncológicos são os sintomas físicos e psicossociais característicos da doença oncológica. Tendo em conta as três dimensões do QLQ-C30, depreende-se que ao nível da dimensão Social, nos participantes activos e não activos existem diferenças significativas na capacidade de interagir com a família e os amigos, suporte social e ajustamento, pois inclui o grau de integração social do doente na família e na satisfação com os papéis sociais e vínculos interpessoais; ao nível de Desempenho, os indivíduos “não activos” poderão levar a cabo actividades e deveres domésticos ou actividades de tempo livre, que contribuem para uma elevada gratificação pessoal; e ao nível dos Problemas Financeiros existe um impacto financeiro mais elevado nos doentes “activos” (Fallowfiel, 1990, citado por Sá, 2001).

Relativamente à associação entre QDV e **agregado familiar**, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, excepto no Funcionamento Físico (à medida que aumenta o agregado familiar aumenta o Funcionamento Físico). Todo o processo de cancro não é apenas vivido pelos doentes, mas também pelos familiares, que vivem todo o processo do cancro com grande angústia (Paredes et al., 2008). O apoio familiar é frequentemente o apoio mais significativo e mais importante para os doentes oncológicos, pois os familiares fornecem apoio emocional e físico (Lewandowski et al., 2007). De um modo geral, o doente oncológico poderá sofrer uma deterioração progressiva ao nível físico, funcional e psicológico, que, por sua vez,

aumenta e conduz ao longo do dia-a-dia do doente a uma dependência cada dia maior dos seus familiares (Paredes et al., 2008).

No presente estudo, não foram registadas diferenças estatisticamente significativas na QDV dos indivíduos submetidos ou não submetidos à radioterapia ou cirurgia. A literatura científica tem mostrado que a fase de **tratamento** é uma das fases mais difíceis, onde o doente é frequentemente confrontado com tratamentos que podem ser mais ou menos invasivos e que podem afectar o bem-estar físico e psicológico, produzindo alguns efeitos na QDV do indivíduo (Figueiredo et al., 2006). Vários autores concluíram que a quimioterapia, radioterapia e cirurgia, têm um impacto negativo na QDV dos doentes (Browall et al., 2008; Dekker et al., 2006; Figueiredo, 2008; Jongi et al., 2005; Machado & Sawada, 2008; Nicolussi & Sawada, 2009; Revelo et al., 2007; Rodrigues, 2007; Zandonai et al., 2010).

Como os participantes foram todos submetidos a quimioterapia, é possível que o efeito dos restantes tratamentos (radioterapia e cirurgia), não seja suficiente para se verificarem diferenças. É possível que estatisticamente existissem se os participantes não tivessem todos sido submetidos a quimioterapia.

Observou-se a não associação entre as subescalas do QLQ-C30 e o **tempo de diagnóstico**. Este facto pode relacionar-se com o tempo médio da amostra, que é de 20,77 meses (aproximadamente 2 anos). Apesar do tempo mínimo ser de 1 ano e o máximo de cerca 17 anos, os primeiros 5 anos após o diagnóstico são fundamentais para os médicos considerarem a situação como estável, podendo assim a QDV manter-se razoável, durante este tempo, facilitando uma melhor adaptação à doença. Ao contrário do resultado obtido, na literatura observaram-se associações significativamente positivas entre o tempo de diagnóstico e a QDV (Dunn et al., 2003; Figueiredo, 2010). De acordo com Dunn et al. (2003), o tempo que decorreu desde o diagnóstico é uma variável importante no aumento da QDV, provavelmente devido à diminuição das alterações vivenciadas pelo doente, relacionadas com a doença, ou talvez devido ao ajustamento do doente à doença. Figueiredo (2010) aborda o tempo de duração da doença oncológica como um factor importante para o desenvolvimento de psicopatologias, como o aumento da depressão e ansiedade, e possíveis alterações ao nível laboral, social, familiar e sexual.

Face às **correlações entre QDV e ansiedade, depressão e *distress* emocional**, depreende-se que à medida que os níveis de depressão aumentam diminui o Funcionamentos Físico, Cognitivo, Emocional e Social, tal como a QDV Global, por outro lado, à medida que os níveis de depressão aumentam, aumenta a fadiga, as náuseas e a perda de apetite. Quanto à ansiedade, observam-se correlações estatisticamente significativas com o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamentos Emocional e Social, a Fadiga e Dor: à medida que os níveis de ansiedade aumentam, diminui o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamentos Emocional e Social, e aumenta a Dor e Fadiga. No que diz respeito ao *distress* emocional, observam-se correlações estatisticamente significativas com o Estado Geral de Saúde/QDV, Funcionamentos Emocional e Social, e Dor (à medida que os níveis de *distress* emocional aumentam diminui o Estado Geral de Saúde/QDV e os Funcionamentos Emocional e Social, e aumenta a Dor).

A depressão, ansiedade e *distress* emocional estão, de facto, associados com a diminuição da QDV, tendo como consequência o agravamento da doença, variando de acordo com o tipo de cancro e tratamentos (Trancas et al., 2010). Ao contrário dos resultados do presente estudo, no estudo de Zenger et al. (2010), os doentes com cancro da próstata relataram baixos níveis nas Funções Sociais, Emocionais e Sintomas como a Insónia, Obstipação e Diarreia, e elevados *scores* na HADS, concluindo-se, todavia, que elevados níveis de ansiedade e depressão estavam estatisticamente relacionados com um baixo nível de QDV (Zenger et al., 2010). Também Brown et al. (2010) observaram que os doentes com cancro apresentavam elevados níveis de ansiedade, depressão ou ambas, e que estes níveis estavam associados a baixos níveis de QDVRS.

No presente estudo observa-se a ausência de correlações estatisticamente significativas entre a **QDV e a IE**, excepto entre a subescala da percepção emocional e funcionamento cognitivo e dispneia. Recentemente, Martins et al. (2010) examinaram a relação entre a IE e a Saúde e concluíram que quanto mais elevada a IE melhor é a Saúde. Talvez, tendo por base elevados níveis de IE, de acordo com o ESQC, estes doentes recorram a um conjunto de habilidades cognitivas, como a auto-consciência e a auto-motivação (sendo a auto-motivação responsável por manter o grau de confiança dos doentes, optimismo e esperança relativamente aos prognósticos) e o autocontrole, empatia e a sociabilidade (capacidade de iniciar, manter e aprofundar relações sociais,

de conseguir substituir sentimentos negativos por outros positivos em relação àqueles que o cercam) (Mayer & Salovey, 1999). Segundo Rodriguez (2004), ao se potencializar os componentes da IE nos doentes oncológicos, pode-se, a longo e a médio prazo, melhorar a QDV e a capacidade de adaptação durante o tempo do tratamento, mais concretamente ao nível psicossocial.

Conclusão

A doença oncológica é acompanhada frequentemente de intenso sofrimento psicológico, o que está associado a uma prevalência significativa de perturbações de ansiedade, depressão e *distress* emocional no decurso da doença e à diminuição da QDV (Trancas et al., 2010). A IE é uma variável importante no contexto clínico, porque poderá auxiliar o doente durante o processo de diagnóstico e tratamento do cancro, para que o doente se envolva positivamente no decorrer dos tratamentos médicos (Rodriguez, 2004).

Tendo em conta os objectivos delineados para o presente estudo, identificou-se, em geral, níveis elevados de IE, níveis razoáveis de QDV, e baixos níveis de ansiedade, depressão e *distress* emocional na amostra de doentes oncológicos em quimioterapia avaliada. Não foram identificadas relações estatisticamente significativas entre a IE e as variáveis sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, agregado familiar, tempo de diagnóstico, tratamentos e *distress* emocional. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre IE e ansiedade e depressão.

Apesar da magnitude de consequências relacionadas com esta doença e seus tratamentos, a QDV foi percebida pelos doentes oncológicos avaliados de forma positiva, sendo o Funcionamento Cognitivo, Social e Desempenho o que evidenciou melhores resultados. De acordo com os dados obtidos, os sintomas que mais interferem na vida dos doentes oncológicos são a fadiga e a insónia.

Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (as mulheres percebem piores níveis de QDV do que os homens), nos Funcionamentos: Físico, Desempenho, Emocional e Social, e nos sintomas Fadiga, Dor e Perda de Apetite. No que diz respeito, às habilitações literárias à medida que aumenta o grau de

literacia, aumenta o Funcionamento Cognitivo. Relativamente, à situação profissional, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em três dimensões do QLQ-C30: o Funcionamento Social, Desempenho e Problemas Financeiros (a variável associada a melhor Funcionamentos Social, Desempenho e Problemas Financeiros pertence ao grupo dos participantes categorizados como não activos). Quanto ao agregado familiar apenas foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o Funcionamento Físico: tendo em conta os valores médios em cada grupo, verifica-se que a média na escala do Funcionamento Físico é mais elevada no grupo dos cônjuges do que as médias dos restantes grupos.

No presente estudo, não foram registadas diferenças estatisticamente significativas na QDV dos indivíduos submetidos ou não submetidos à radioterapia ou cirurgia. Não se verificou uma correlação linear estatisticamente significativa entre as subescalas do QLQ-C30 e o tempo do diagnóstico. Obteve-se correlações estatisticamente significativas entre QDV e ansiedade, depressão e *distress* emocional. E observou-se correlações estatisticamente significativas entre a subescala da percepção emocional, Funcionamento Cognitivo e dispneia.

Convém, todavia, salientar que as limitações do presente estudo devem ser tidas em conta, pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência. Deste modo, e tendo em conta que este estudo levanta questões e fornece informação para investigações futuras, será importante desenvolver pesquisas utilizando amostras maiores e mais representativas da população de doentes oncológicos submetidos a quimioterapia, de modo a explorar as relações entre as variáveis e generalizar esses resultados. Pensa-se que a realização de um estudo de maiores dimensões, constituído por vários grupos (cada grupo com uma neoplasia diferente) e proporcionando mais ênfase às variáveis relacionadas com a doença, poder-se-á comparar os grupos entre si e compreender se existem diferenças estatisticamente significativas entre eles (como por exemplo ao nível psicológico). Também como sugestão para estudos futuros seria interessante a realização de um estudo longitudinal com dois ou mais momentos de avaliação, para melhor compreensão da IE e QDV.

Uma outra limitação resulta de não se poder assegurar categoricamente que o questionário foi aplicado num momento em que o doente se encontrava sozinho. Por vezes, a presença de familiares ou cuidadores directos pode ter influenciado as respostas

dos participantes. Embora a escolha para a avaliação da QDV tenha sido o QLQ-C30 V.3, que visa avaliar aspectos relevantes para qualquer doente oncológico, independentemente da neoplasia a ser avaliada, seria importante ter avaliado o doente com as versões do QLQ-C30 referentes a cada tipo de cancro, por isso o QLQ-C30 poderá não ter dado resposta a especificidades existentes em cada tipo de neoplasia (Fayers & Aaronson, 2001).

Por último, pode-se considerar que, apesar de as avaliações terem tido lugar no local de administração de quimioterapia, o certo é que os doentes se encontravam em ambiente hospitalar e todos estes factores, a quimioterapia e o hospital, podem ter influenciado, de alguma forma, as respostas dadas pelas doentes participantes no estudo.

As conclusões obtidas no presente estudo são suficientemente importantes não somente a nível pessoal do investigador, como a nível da prática diária dos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes oncológicos e, também ao nível da gestão dos serviços de saúde. É fundamental desenvolver programas de prevenção e de intervenção que introduzem mudanças no doente ao nível físico, cognitivo e emocional, já que estas dimensões influenciam o tratamento, a QDV e a eficácia do mesmo (Cameron et al., 2007; Sawada et al., 2009). Assim, desejou-se salientar a importância que a IE tem no contexto de saúde, por isso, há a necessidade de explorar mais pormenorizadamente estas variáveis, porque a IE é reconhecida como um domínio de investigação incontornável para a compreensão do pensar, sentir e agir dos indivíduos.

Referências bibliográficas

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Aaronson, N. K., Bullinger, M., & Ahmedzai, S. (1998). A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res.* 111, 231-249.

- Alarcão, Z. (1989). *O comportamento Psicológico do Doente Oncológico: A componente Ansiedade*. Porto.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2º. Ed. Braga: Psiquilíbrios.
- Amado, R. M. S., Cardoso, P. M. M., Costa, J. M., Santos, S. F., Martins, A. I. R. et al. (2010). Ansiedade: Uma intervenção multidisciplinar com recurso ao termómetro de distress. *Revista Onco.news*, 14, 4- 10.
- Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., Symonds, P., & Mitchell, A. J. (2010). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-Oncology*.
- Baily, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal Clinical Nursing*.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363–388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. (2004). Then and now: quality of life of younger breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13, 147-160.
- Braamse, A. M. J., Meijel, B. V., Visser, O., Oppen, P. V., Boenink, A. D., Eeltink, C. et al. (2010). Distress and quality of life after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial to evaluate the outcome of a web-based stepped care intervention. *BMC Cancer*, 10, 361-370.
- Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L., & Gaston-Johansson, F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 180–189.
- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Ty, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology*, 19(7), 734-741.

- Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência Emocional: Um Estudo de Validade sobre a Capacidade de Perceber Emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 279-291.
- Bultz, B., Carlson, L., Dudgeons, D., Fillion, L., Fitch, M. Groff, S., et al. (2009). Guide to Implementing Screening for Distress, the 6th Vital Sign: Background, Recommendations, and Implementation: Moving Towards Person-Centered Care. *Cancer Journey Action Group*, 1-39.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95.
- Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2003). Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. *Community Oncology*, 3(5), 311-314.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskias, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *PsiLogos*, 4, 8-18.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-Oncologia: História, características e desafios. *Piscol.USP*, 13(1), 151-166.
- Carvalho, M. P., Filho, R. S. O., Gomes, H. C., Veiga, D. F., Juliano, Yara, & Ferreira, L. M. (2007). Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. *Rev. Col. Bras*, 34(6), 361-366.
- Carvalho, S. M. S. (2010). Intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da *Universidade do Porto*, Porto.
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres com câncer de mama: Una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.

- Clover, K., Carter, G. L., Mackinnon, A., & Adams, C. (2009). Is my patient suffering clinically significant emotional distress? Demonstration of a probabilities approach to evaluating algorithms for screening for distress. *Springer*.
- Chen, M. L., Chu, L., & Chen, H. C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. *Support Care Cancer, 12*, 469-475.
- Costa, J. M. M. (2010). Qualidade de Vida na Mulher em Quimioterapia por Cancro da Mama: Estudo de Coorte Prospectivo, Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Oncologia, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, *Universidade do Porto*, Porto.
- Costa, M., & Faria, L. (2009). Inteligência emocional e satisfação profissional de enfermeiros e voluntários. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, *Universidade do Minho*, Braga.
- Cotrim, H. M. T. S. (2007). Impacto do cancro colorrectal no doente e cuidadores/família: Implicações para o cuidar. Dissertação de doutoramento em ciências de Enfermagem apresentada ao *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*, Porto.
- Cunha, S. S., Sarmiento, V. A., Ramalho, L. M. P., Freitas, A. C., Almeida, D., Tavares, M. E. et al. (2007). Efeitos da radioterapia no tecido ósseo. *Radiol Bras, 40*(3), 189–192.
- Dantas, M. A., & Noronha, A. P. P. (2005). Inteligência emocional: Paramêtros psicométricos de um instrumento de medida. *Estudos e Pesquisas em psicologia, 5*(1), 59-72.
- Decat, C. S., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Termômetro de Distress: Validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF, 14*(3), 253-260.
- Decat, C. S., Araujo, T. C. C. F., & Stiles, J. (2010). Distress levels in patients undergoing chemotherapy in Brazil. *Psycho-Oncology*.
- De Haes, J.C., & Van Knippenberg, G. F. (1985). The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Social Science & Medicine, 20*(8), 809-817.

- Dekker, O. M., Biermasz, N. R., Smit, J. W. A., Groot, L. E., Roelfsema, F., Romijn, J. A., & Pereira, A. M. (2006). Quality of life in treated adult craniopharyngioma patients. *European Journal of Endocrinology*, *154*, 483–489.
- Demirkan, B., Yavuzfien, T., & Alakavuklar, M. (2006). Short-term health-related quality of life with epirubicin and cyclophosphamide (EC) versus 5-fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide (FEC) as adjuvant chemotherapy in Turkish patients with operable breast cancer. *Turkish Journal of Cancer*, *36*(3), 116-125.
- Dunn, J., Lynch, B., Aitken, J., Leggett, B., Pakenham, K., Newman, B., (2003). Quality of life and colorectal cancer: a review. *Journal of Public Health*, *27*, 41-53.
- Fanger, P. C., Azevedo, R. C. S., Mauro, M. L. F., Lima, D. D., Gaspar, K. C., Silva, V. F., et al. (2010). Depressão e Comportamento Suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: Prevalência e factores associados. *Rev Assoc Med Bras*, *56*(2), 173-178.
- Faria, L., Lima Santos, N., Taksic, V., Raly, H., Molander, B., Holmstrom, S. et al. (2006). Cross-Cultural Validation of the Emotional skills and competence Questionnaire (ESCQ). *Psicologia*, *20*(3), 95-127.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*, *22*(3), 502-508.
- Fayers, P. M., & Aaronson, N. K. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3rd edn). Bruxelas, European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fayers, P.M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*. London, Wiley.
- Fernandes, S. M. R. (2009). Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos.

Doutoramento em Psicologia Área de Conhecimento em Psicologia da Saúde,
Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

- Ferreira, N. M. L., Chico, E., & Hayashi, V. D. (2005). Buscando compreender a experiência do doente com câncer. *Rev. Ciênc. Méd.*, 14(3), 239-248.
- Figueiredo, A. P., Araújo, P. M., & Figueiredo, P. E. (2006). Qualidade de vida do doente oncológico. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 36, 3-14.
- Figueiredo, P. E. R. S. (2008). Estudo da emese no tratamento de quimioterapia e radioterapia. *Onco. News*, 2(7), 4-9.
- Figueiredo, A. P. R. S. (2007). Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: Implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações de doença e stress pós-traumático. Dissertação de Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde, Instituto de Educação e Psicologia, *Universidade do Minho*, Braga.
- Fonseca, A. L., & Barata, F. (2006). Fadiga e qualidade de vida nos doentes com cancro do pulmão. *Revista GECP*, 1(2), 7-16.
- Frick, E., Tyroller, M., & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 130-36.
- Furlanetto, L. M., Figueiredo, J. H. C., Fornari, L. M., & Brasil, M. A. (2002). Hipertensão e sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias gerais. *Revista de psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 8(1), 15-24.
- Gianini, M. M. S. (2007). *Câncer e Gênero: Enfrentamento da doença*. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia *Universidade Católica de São Paulo*, Brasil.
- Gioia-Martins, D. F., Martins, P. C. S., & Hamzeh, S. À. (2009). Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 128-141.

- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates. (Obra original publicada em 1998).
- Gomes, J. L. (2007). *Inferência estatística: Teoria e exercícios com excel e SPSS*. Porto: Editora Future Trends.
- Gonçalves, J. D. O. (2010). Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento. Tese submetida para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia, *Universidade de Coimbra*, Coimbra.
- Granger, L., & Symonds, P. (2009). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers Tool. *Psycho-Oncology*.
- Graner, K. M., Junior, A. L. C., & Rolim, G. S. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18(2), 345 – 355.
- Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Marmai, L., & Biancosino, B. (2009). Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Journal of Affective Disorders*, 114, 193–199.
- Graves, K., D., Schmid, J. E., Bollmer, J., M., Fejfar, M., Langer, S., Blonder, L. X. et al. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology and Health*, 20(5), 579–595.
- Haffey, K. E. (2006). The relationship between emotional intelligence and psychological adjustment in children with cancer. Dissertation Degree of Doctor of Philosophy, *Faculty of Auburn University*, Alabama.
- Hopwood, P., & Stephens, R. J. (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 893-903.

- Howell, R. N., & Olsen, K. (2011). Distress: the 6th vital sign. *Oncology*, *18*(5).
- Instituto Nacional do Cancro (2011). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Consultado em [10 de Outubro de 2011].
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*, 289–294.
- Jancin, B. (2010). Low Emotional Intelligence May Predispose To Depression In Arthritis Patients. *Internal Medicine News*.
- Jongi, N., Cancel, M. J. J. M., Schouten, H. C., Huijjer Abu-Saad, H., & Courtens, A. M. (2005). Course of mental fatigue and motivation in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of Oncology*, *16*, 372–382.
- Johansson, B., Brandberg, Y., Hellbom, M., Persson, C., Petersson, L. M., Berglund, G., et al. (2008). Health-related quality of life and distress in cancer patients: results from a large randomised study. *British Journal of Cancer*, *99*, 1975 – 1983.
- Júnior, A. G. J., & Noronha, A. P. P. (2007). Inteligência Emocional e Provas de Raciocínio: Um Estudo Correlacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(3), 480-489.
- Krikeli, M., Ekonomopoulou, M. T., Tzitzikas, J., Goutzioulis, A., Mystakidou, K., & Pisteovou-Gombaki, K. (2011). Comparison of the impact of radiotherapy and radiochemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer. *Cancer Management and Research*, *3*, 247–251.
- Law K. S., Wong C-S., & Song L. J. (2004). The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, *89*, 483–496.
- Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation* (2ª Ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Lewandowski, W., Morris, R., Draucker, C. B., & Risko, J. (2007). Chronic Pain and The Family: Theory-Driven Treatment Approaches. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(9), 1019-1044.
- Lima Santos, N., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) ao contexto Português. *Revista de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa*, 2(9), 275-328.
- Lin, L. P., Yee, W. S., & Selamat, N. W. (2011). Anxiety and depressive symptoms and Health-Related Quality Of Life Status among patients with iancer In Terengganu, Malaysia. *Journal of Psychiatry*, 12(1).
- Lykins, E. L., Graue, L. O., Brechting, E. H., Roach, A. R., Gochett, C. G., & Andrykowski, M. A. (2008). Beliefs about cancer causation and prevention as a function of personal and family history of cancer: a national, population-based study. *Psychooncology*, 10, 967-974.
- Machado, S. M., & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 17(4), 750-757.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences* 49, 554–564.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *JNCI Monographs*, 32, 57-71.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1999). O que é inteligência emocional? Em: P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.). *Inteligência emocional da criança: Aplicações na educação e no dia-a-dia* (pp. 15-49). Rio de Janeiro: Editora Campus.

- Mayer, J. D., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267–298.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) User's Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Mccarthy, P. G., & Sebaugh, J. G. (2011). Therapeutic scrapbooking: a technique to promote positive coping and emotional strength in parents of pediatric oncology patients. *Journal Psychosoc Oncol*, 29(2), 215-230.
- Mcyntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Artigos*, 5.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa & Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Meza. O. C. (2007). Concepto Clásico de Inteligencia. *Revista Semestral Humanidades y Educación*, 58-62.
- Miceli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 363-373.
- Ministério da Saúde (2010). Orientações aos pacientes sobre radioterapia. *Instituto Nacional de Câncer*, 87.
- Miranda, C. R., Resende, C. N., Melo, C. F., Costa, A.I., & Friedman, H. (2002). Depression before and after uterine cervix and breast cancer neoadjuvant chemotherapy. *Int J gynecol Cancer*, 12, 773-776.
- Mitchell, A. J. (2007a). Accuracy of Distress Thermometer and Other Ultra-Short Methods of Detecting Cancer-Related Mood Disorders: Pooled Results From 38 Analyses. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 1-12.
- Mitchell, A. J. (2007b). Reluctance to disclose difficult diagnoses: a narrative review comparing communication by psychiatrists and oncologists. *Springer*.
- Mitchell, A. J. (2007c). Ultra-short screening methods to detection distress in cancer settings. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 4670-4681.

- Mitchell, A. J. (2008). Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 98, 1934 – 1943.
- Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L., & Symonds, P. (2009). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology*.
- Mitchell, A. J., Hussain, N., Grainger, L., & Symonds, P. (2010). Identification of patient-reported distress by clinical nurse specialists in routine oncology practice: A multicentre UK study. *Psycho-Oncology*.
- Monteiro, N. L. P. (2009). Inteligência emocional: Validação de construto do MSEIT numa amostra Portuguesa. Tese de Dissertação de Mestrado Integrada em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, *Universidade de Lisboa*, Lisboa.
- Monroy, N. V., Torres, L. G. V., & Aguilar, S. A. (2009). Ansiedad asociada al dolor aguda en pacientes oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29.
- Moor, J. S., Moor, C. A., Basen-Engquist, K., Kudelka, A., Bevers, M. W., & Cohen, L. (2006). Optimism, Distress, Health-Related Quality of Life, and Change in Cancer Antigen 125 Among Patients With Ovarian Cancer Undergoing Chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68, 555–562.
- Nelson, C. J., Weinberger, M. I., Balk, E., Holland, J., Breitbart, W., & Roth, A. J. (2009). The Chronology of Distress, Anxiety, and Depression in Older Prostate Cancer Patients. *The Oncologist*, 14, 891–899.
- Neilson, K. A., Pollard, A. C., Boonzaier, A.M., Corry, J., Castle, D. J., Mead, K. R., Gray, M. C. L., et al. (2010). Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers. *MJA*, 193(5), 48-51.
- Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2009). Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 155-61.
- Oerlemans, S., Mols, F., Nijziel, M. R., Lybeert, M., & Poll-Franse, L. V. (2011). The impact of treatment, socio-demographic and clinical characteristics on health-

related quality of life among Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma survivors: a systematic review. *Ann Hematol*, 90, 993-100.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde* (1ªEd.). Lisboa: Editora Climepsi.

Ohsumi, S., Shimozuma, K., Ohashi, Y., Shinji, M., Hozumi, Y., Mukai, H. et al. (2011). Health-related quality of life and psychological distress of breast cancer patients after surgery during a phase III randomized trial comparing continuation of tamoxifen with switching to anastrozole after adjuvant tamoxifen for 1-4 years: N-SAS BC 03. *Breast Cancer Res Treat*, 127(1), 143-52.

Osoba, D. (2004). The concept of quality of life in oncology. *Arch Oncol*, 12(3), 166-167.

Otto, S. (2000). *Enfermagem em oncologia* (3ª ed.). Lisboa: Editora Lusociência.

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi.

Pais-Ribeiro, J., Silva, L., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.

Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLC-C3-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.

Pandey, M., Sariata, G. P., Devi, N., Thomas, B. C., Hussain, B. M., & Krishnan, R. (2006). Distress, Anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4, 1-5.

Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M. J. et al. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, saúde & Doenças*, 9(1), 78-87.

Parkin, D. M., & Whewlan, S. L. (2002). *Cancer Incidence in Five Continents*. Lyon, International Agency for Research on Cancer.

- Park, B., Lee, S., Lee, A. R., Lee, F., & Hwang, S. Y. (2011). Quality of Life Differences between Younger and Older Breast Cancer Patients. *Journal of Breast Cancer, 14*(2), 112-118.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(1), 53-73.
- Patrick, D. L., & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annu Rev Public Health, 11*, 165-183.
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal: Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Onco.News, 2*(5), 11-19.
- Pereira, M., & Pereira, M. G. (2010). *Morbilidade Psicológica e Coping Familiar: Um Estudo em Doentes Oncológicos e seus Cuidadores*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Braga.
- Pereira, M. G., Teixeira, R., & Figueiredo, A. P. (2010). Rastreio emocional breve de doentes em quimioterapia: Um projecto Português. Poster apresentado no 11º Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia (IV Encontro Internacional de Cuidados Paliativos em Oncologia, Rio de Janeiro).
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2009). Personalidade e Câncer de Mama: Produção Científica em Psico-Oncologia *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(4), 611-620.
- Peterson, K., Malouff, J., & Thorsteinsson, E. B. (2011). A meta-analytic investigation of emotional intelligence and alcohol involvement. *Subst Use Misuse, 46*(14), 1726-1733.
- Pimentel, F. L. (2002). "Survey of portuguese physicians On Quality of life Information." *Qual Life Res, 11*(7), 654.
- Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de Vida do Doente Oncológico*. Porto: Tipografia Nunes, Lda.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra, Almedina.

- Primi, R. (2003). Inteligência: Avanços nos Modelos Teóricos e nos Instrumentos de Medida. *Avaliação Psicológica*, 1, 67-77.
- Queirós, M. M., Carral, J. M. C., & Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligência emocional percebida (IEP) e actividade física na terceira idade. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 8(1), 187-209.
- Queiroz, M. J. (2010). Seguimento Pós Terapêutico do Doente Oncológico: Cuidados Partilhados. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 7(1), 57-75.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres Portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 13-32.
- Redeker, N. S., & Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Sch Inq Nurs Pract*, 14, 275-290.
- Reuber, M., Mitchell, A. J., Howlett, S. J., Crimlisk, H. L. & Grunewald, R. A. (2005). Functional symptoms in neurology: Questions and answers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 307-314
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Roberts, R. D., Flores-mendoza, C. E., & Nascimento, E. (2002). Inteligência emocional: Um construto científico. *Paidéia*, 12(23), 77-92
- Rodríguez, F. S. M. (2004). Cancer, inteligencia emocional y ansiedad en salud-cusco. Una aproximación a la psiconcología. *SITUA*, 13(2), 37-41.
- Rodrigues, M. A. L. (2007). Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa. Tese de Dissertação de Mestrado em Oncologia no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, *Universidade do Porto*, Porto.

- Ropoteanu, A. C. (2011). The level of emotional intelligence for patients with bronchial asthma and a group psychotherapy plan in 7 steps. *Journal Inter. Med.*, 49(1), 85-91.
- Roque, V. M. N., & Forones, N. M. (2006). Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arq Gastroenterol*, 43(2), 94-101.
- Sá, E. M. C. S. (2001). A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, Lisboa.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185–211.
- Saevarsdottir, T., Fridriksdottir, N., & Gunnarsdottir, S. (2010). Quality of Life and Symptoms of Anxiety and Depression of Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 33(1).
- Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala da satisfação com suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, C., & Ribeiro, J. (2001). A Qualidade de Vida do Doente Oncológico. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 7, 5-16.
- Sawada, N. Q., Nicolussi, A. C., Okina, L., Cardozo, F. M. C., & Zago, M. M. F. (2009). Avaliação de qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43(3), 581-587.
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65(2), 135–144.
- Seil, E. M. F., & Zannon, C. M. L. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

- Silva, C. H. D., & Derchain, S. (2006). Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 33-47.
- Silva, S. A., & Dias, V. L. S. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: Definição de Guideline. *Onco. News*, 1(1), 11-17.
- Silveira, A. P., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E. et al. (2003). Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head & Neck Oncology*, 3(3), 2-8.
- Silveira, A., Ribeiro, C., Gonçalves, J., Oliveira, A., Silva, I., Lopes, C. et al. (2009). Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: Comparação de instrumentos de medida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 59-66.
- Sirgy, J. M. (2001). QOL Research in relation to Specific Life Domains. In: *Handbook of Quality-of-Life Research* (p. 265-347). An Ethical Marketing Perspective. Dordrecht: Kluwer academic Publishers.
- Slovacek, L., Slovackova, B., Slanska, I., Petera, J., Priester, P., Filip, S. et al. (2009). Depression symptoms and health-related quality of life among patients with metastatic breast cancer in programme of palliative cancer care. *Neoplasma*, 56(6), 467-472.
- Smith, S. G., Turner, B., Pati, J., Petrides, K. V., Sevdalis, N., & Grenn, J. S. (2011). Psychological impairment in patients urgently referred for prostate and bladder cancer investigations: the role of trait emotional intelligence and perceived social support. *Support Care Cancer*.
- Simpson, P. (2005). Hong Kong families and breast cancer: Beliefs and adaptation strategies. *Psycho-Oncology*, 14, 671-683.
- Snaith, P. (2003). The hospital Anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1(29), 1-4.

- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Soares, M. A., Moura, M. J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, saúde & Doenças, 1*(1), 19-25.
- Sobral, H. M. M. N. G. (sa). Intervenção no sofrimento em doentes oncológicos. *Spectrum, 165-170*.
- Souza, J. R., & Araújo, T. C. C. F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia, 27*(2), 187-196.
- Staliano, P., & Araújo, T. C. C. F. (2009). Estudos e pesquisas em Psico-Oncologia: Levantamento realizado no Portal PePsic. *Rev. SBPH, 12*(2), 54-68.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology, 20*(14), 3137-3148.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Erim, Y., Freudenberg, L., Schopper, N., et al. (2005). Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. *European Journal of Endocrinology, 153*, 755–763.
- Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., & Melyani, M. (2008). Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer, 8*(177).
- Trask, P. C. (2004). Quality of life and emotional distress in advanced prostate cancer survivors undergoing chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*(37).
- Tchkmedylan, N.S. (1990). Treatment of cancer anorexia with megestrol acetate: Impact on quality of life. *Oncology, 4*(5), 185-192.

- Teles, S. S., Ribeiro, M. M., & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na área da oncologia: Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia coloretal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(2), 71-77.
- Trancas, B., Cardoso, G. Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: Considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Med Port*, 23, 1101-1112.
- Valentine, A. D. (2003). Cancer Pain and Depression: Management of the Dual-diagnosed Patient. *Current Pain and Headache Reports*, 7, 262–269.
- Vasconcelos, A. S., Costa, C., & Barbosa, L. N. F. (2008). Do transtorno de ansiedade ao câncer. *Rev. SBPH*, 11(2), 51-71.
- Vaz Serra (1999). Emoção...Emoções...Que implicações para a saúde e qualidade de vida?...*Spectrum* 125-145.
- Velikova, G., Stark, D., & Selby, P. (1999). Quality of Life Instruments in Oncology. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1571-1580.
- Veríssimo, R. (2000). *Emoção: Da (não) expressão na saúde e na doença*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Visser, M. R. M., & Smets, E. M. A. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related?. *Support Care Cancer*, 6, 101–108.
- Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for Emotional Distress in Cancer Patients: A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal National Cancer Institute*, 101(21), 1464-1488.
- WHO (1993). "Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)." *Qual Life Res* 2(2): 153-159.
- Wilson, I. (2004). The challenge of understanding articles about health-related quality of life. *Clin Infect Dis*, 39(3), 434-436.

- Wilson, K., Chochinov, H., Skirko, M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. et al. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management*, 33(2), 118-129.
- Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*. 6(1), 3-12.
- Woyciekoski, C. & Hutz, C. S. (2009). Inteligência Emocional: Teoria, Pesquisa, Medida, Aplicações e Controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (2010). Inteligência emocional avaliada por auto-relato difere do construto personalidade?. *Psico-USF*, 15(2), 151-159.
- Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Ozcelik, T. F., Ozcelik, M., & Igde, F. A. (2010). The Effects of an Emotional Intelligence Program on the Quality of Life and Well-Being of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educater*.
- Yoo, G.J., Avive, C., Levine, E. G., Ewing, C., & Au, A. (2010). Emotion work: disclosing cancer. *Support Care Cancer*, 18, 205–215.
- Zandonai, A. P., Cardozo, F. M. C., Nieto, I. N. G., & Sawada, N. O. (2010). Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf*, 12(3), 554-561.
- Zenger, M., Lehmann-Laue, A., Stolzenburg, J., Schwalenberg, T., Ried, A., & Hinz, A. (2010). The relationship of quality of life and distress in prostate cancer patients compared to the general population. *Psycho-Social-Medicine*, 7.