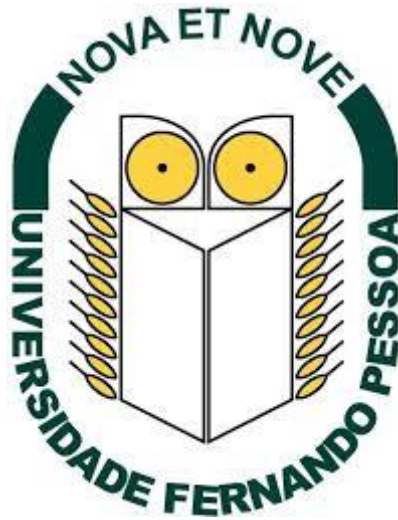


Diana Marlene Ferreira Marinho



**O impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas  
com cancro da mama**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

Diana Marlene Ferreira Marinho

**O impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas  
com cancro da mama**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

Diana Marlene Ferreira Marinho

# **O impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama**

---

Diana Marlene Ferreira Marinho

Trabalho apresentado 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 Isabel Silva.

## Agradecimentos

*“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce”*, Fernando Pessoa. (p.51)

Traçado este longo e impactante percurso, confesso que decorreu com algumas surpresas e adversidades, mas também com felicidade. Apesar de poder ser uma etapa alucinante, sinto-me privilegiada por ter sido acompanhada por verdadeiros guias que me levaram a atingir o meu objetivo. Ainda que possam não existir palavras suficientes para descrever a gratidão que sinto por todas estas pessoas que me acompanharam, chegou a hora de agradecer.

À Professora Doutora Isabel Silva, minha orientadora, agradeço por toda a flexibilidade, dedicação, ensinamentos, motivação e paciência durante este percurso. Pelas dúvidas tiradas, mesmo até aquelas com pouca coerência, resultantes de toda a ansiedade e preocupação para esta dissertação. Agradeço pelas horas que me dedicou para analisar detalhadamente o meu trabalho e ajudar a conseguir o melhor possível.

À Dr.<sup>a</sup> Raquel Guimarães, minha orientadora de estágio no CHUSJ, por me ter recebido da melhor forma possível, ensinar e esclarecer todas as dúvidas que surgiram, no âmbito do estágio curricular e até as que excediam às suas funções. Pela possibilidade que me deu de aprender, observando e desempenhando as atividades propostas. Por toda a entrega que deu para ajudar na realização desta dissertação, nunca me deixando desamparada. Agradecer ainda pelo suporte não só de assuntos académicos, mas também aqueles que a ultrapassavam. Ficarei eternamente grata pela orientadora, pessoa amiga e exemplo de profissional a seguir.

Agradeço, particularmente, aos profissionais do Centro de Mama do CHUSJ, que me recebeu de braços abertos, possibilitando diariamente um ambiente agradável.

À Dr.<sup>a</sup> Virgínia Rebelo, psicóloga do CHUSJ, por me possibilitar observar a sua área de atuação, aumentando o meu conhecimento.

Aos meus pais, por me possibilitarem seguir o meu sonho, apesar de todas as dificuldades que surgiram pelo caminho. Agradeço por toda a disponibilidade, atenção e paciência para os meus momentos de maior dificuldade e ansiedade.

Ao meu irmão, por festejar comigo todas as minhas conquistas.

Aos meus avós que, independentemente de não compreenderem muito bem o funcionamento acadêmico, sempre estimaram a concretização do meu curso.

Ao Carlos, eterno companheiro e cúmplice, por suportar a minha inquietação ao longo destes 5 anos acadêmicos e por estar sempre do meu lado a celebrar as minhas vitórias.

## Índice

Agradecimentos .....	i
Índice .....	iii
Lista de Figuras .....	iv
Lista de Tabelas .....	v
Introdução .....	1
<b>Referências</b> .....	4
Artigo 1: O impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama: uma revisão sistemática .....	7
<b>Resumo</b> .....	7
<b>Introdução</b> .....	7
<b>Método</b> .....	11
<b>Resultados</b> .....	13
<b>Discussão</b> .....	31
<b>Referências</b> .....	36
Artigo 2: Construção e validação de um instrumento para avaliação do impacto do diagnóstico de cancro da mama nos companheiros de mulheres com a doença .....	44
<b>Resumo</b> .....	44
<b>Introdução</b> .....	45
<b>Método</b> .....	47
<b>Resultados</b> .....	53
<b>Discussão</b> .....	64
<b>Referências</b> .....	66
Conclusão .....	72
<b>Referências</b> .....	75
Anexos .....	76

## Lista de Figuras

### Artigo 1:

*Figura 1. Fluxograma com fases de seleção de artigos.....12*

## Lista de Tabelas

### Artigo 1:

<b>Tabela 1.</b> <i>Resumo dos artigos analisados</i> .....	14
---	----

### Artigo 2:

<b>Tabela 1.</b> <i>Características clínicas e sociodemográficas dos participantes</i> .....	47
<b>Tabela 2.</b> <i>Análise descritiva dos scores obtidos na EAICMC</i> .....	54
<b>Tabela 3.</b> <i>Alfa de Cronbach</i> .....	56
<b>Tabela 4.</b> <i>Correlação item-escala total corrigida para sobreposição</i> .....	56
<b>Tabela 5.</b> <i>Análise fatorial em componentes principais</i> .....	60
<b>Tabela 6.</b> <i>Itens de Subescalas</i> .....	62
<b>Tabela 7.</b> <i>Correlação com outros instrumentos – EAICMC</i> .....	62

## Introdução

A presente dissertação tem como tema “O impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama”.

A generalidade das mulheres, quando diagnosticadas com cancro da mama, recorrem aos seus companheiros para obter suporte (Fitch & Allard, 2007). Contudo, o diagnóstico de cancro e o seu tratamento, para além de apresentar impacto na mulher doente, também tem impacto no seu companheiro, podendo influenciar a capacidade deste para prestar apoio (Fitch & Allard, 2007). Uma doença oncológica é uma situação potencialmente desorganizadora, tanto para a doente como para a sua família (Pereira & Lopes, 2002). O diagnóstico pode provocar a perceção de uma quebra do percurso de vida da paciente (Teles et al., 2003) assim como inúmeras mudanças no seio familiar (Given & Given, 2001).

Assim, o diagnóstico de uma doença oncológica não provoca sofrimento apenas ao doente, mas também ao núcleo familiar (Antonella et al., 2017). A fase do diagnóstico pode ser encarada como a mais aflitiva e pode provocar angústia emocional (Northouse et al., 2012). O apoio familiar evidencia-se desde o diagnóstico até ao fim do tratamento ou fim de vida, como um apoio constante e permanente (Ferrell & Wittenberg, 2017). O papel da família e do cuidador pode, pois, considerar-se como um papel necessário e fundamental no decorrer da doença oncológica, uma vez que o doente está intimamente associado ao seu suporte familiar (Antonella et al., 2017).

À medida que o tratamento oncológico foi passando do internamento para ambulatorio, os membros da família ficaram destinados a prestar cuidados primários em casa (Tamayo et al., 2010), em particular ao cônjuge (Wagner et al., 2006). Esse cuidado domiciliar pode incluir assistência no autocuidado, gestão financeira, transporte, assistência médica e suporte emocional (Braun et al., 2007). O impacto da doença no cuidador está relacionado com a quantidade de tempo necessária para realizar as tarefas de cuidado e o número de tarefas de cuidado realizadas. À medida que o tempo que os cônjuges dedicam aos cuidados e o número de tarefas aumenta, seu impacto na saúde física, no sofrimento psicológico e ao nível do rendimento aumenta (Wadhwa et al., 2013, Gaugler et al., 2008).

Os companheiros constituem 30-40% dos cuidadores informais em doenças crônicas (Duggleby et al., 2012). O cancro de mama não é considerado apenas uma doença da mama feminina, mas também uma doença que envolve o casal (Zahlis & Lewis, 2010). À medida que as mulheres vivenciam o cancro, os companheiros muitas vezes tornam-se frágeis, consideram o cancro um fator que ameaça a vida da mulher doente e receiam não conseguir apoiar e cuidar adequadamente das suas esposas (Neris & Anjos, 2014), uma vez que experimentam maior carga, tensão ou angústia do que outros cuidadores familiares (Hirst, 2005). As evidências indicam altos níveis de sofrimento psicológico experimentado por cuidadores familiares, especialmente companheiros de mulheres com cancro (Li et al., 2013; Khalili et al., 2016). Assim, as complicações do cancro e do seu tratamento, além da paciente, afetam negativamente a qualidade de vida dos cônjuges que atuam como cuidadores informais e fornecem apoio (Wagner et al., 2006).

Por esta razão, investigadores e críticos têm procurado compreender como a qualidade de vida é afetada pela doença e tratamentos.

A qualidade de vida é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL Group, 1993), como:

a percepção de um indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e abrangente, afetado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e a sua relação com características marcantes do seu ambiente. (p.153)

A unidade de pesquisa de qualidade de vida da Universidade de Toronto desenvolveu um perfil de qualidade de vida multidimensional para fornecer uma medida que considera tanto os componentes, quanto os determinantes de saúde e bem-estar (University of Toronto, 1994). Baseia-se em um modelo conceitual consistente com as definições de saúde e promoção da saúde fornecidas pela Organização Mundial da Saúde (University of Toronto, 1994). O perfil enfatiza o funcionamento físico, psicológico e espiritual dos indivíduos; as suas conexões com seus ambientes; e oportunidades para manter e aprimorar habilidades. A estrutura conceitual tem três domínios de qualidade de vida, cada um com três subdomínios: domínio “ser” com os subdomínios “ser físico”,

“ser psicológico” e “ser espiritual”; domínio “pertencer” com os subdomínios “pertencimento físico”, “pertencimento social” e “pertencimento à comunidade” e, por último, o domínio “tornar-se” com os subdomínios “tornar-se prático”, “tornando-se lazer” e “tornar-se crescimento” (University of Toronto, 1994).

Este modelo de qualidade de vida, ainda que já contando com duas décadas de existência, pode ajudar a compreender as vivências dos companheiros de mulheres com cancro da mama, que, durante todo o processo de diagnóstico, tratamento e cura das suas esposas, vêm o seu “ser”, “pertencer” e “tornar-se” impactados pela doença.

Considerando o facto de que o cancro tem impacto significativo na saúde física e psicológica, tanto dos cuidadores formais e informais, como do doente (Suárez et al., 2017), facilmente se compreende que o diagnóstico e tratamento de neoplasia maligna sejam eventos que provoquem, também, um elevado nível de stress, para o doente e para o cuidador, podendo este último apresentar uma elevada sintomatologia depressiva, ansiosa (Hoellen et al., 2019) e de exaustão (Given et al., 2004).

Na presente dissertação apresentam-se dois artigos científicos, um de revisão sistemática, um de revisão sistemática da literatura e um artigo de apresentação de um estudo empírico, seguidos por uma conclusão geral.

O artigo de revisão sistemática tem como objetivo geral descrever o impacto do diagnóstico e tratamento do cancro da mama no companheiro de mulheres com esta doença; e identificar e descrever os instrumentos disponíveis para avaliar o impacto do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas nos mais diversos níveis.

No artigo do estudo empírico apresenta-se o estudo realizado com uma amostra de 84 companheiros de doentes do Centro da Mama do Centro Hospitalar Universitário de São João que tiveram diagnóstico de cancro da mama desde há 5 anos e terminaram os tratamentos para o cancro da mama há pelo menos 3 meses (Porto, Portugal).

Finalmente apresentam-se as conclusões gerais dos dois artigos, concluindo-se verificar um relevante impacto na vida dos companheiros de mulheres com cancro da mama e a necessidade de avaliar através de instrumentos específicos e intervir nesta população.

## Referências

- Antonella, S., Flavia, V., Daniela, T., Giuseppe, T., & Daniele, S. (2017). The ‘charter of rights for family caregivers’. The role and importance of the caregiver: An Italian proposal. *ESMO Open*, 2(5), 1-4. DOI: 10.1136/esmoopen-2017-000256
- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: *Spouse caregivers*. *Journal of Clinical Oncology*, 25(30), 4829-4834. DOI: 10.1200/JCO.2006.10.0909
- Duggleby, W., Bally, J., Cooper, D., Doell, H., & Thomas, R. (2012). Engaging hope: the experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 400-406.
- Ferrell, B., & Wittenberg, E. (2017). A review of family caregiving intervention trials in oncology: Family caregiving in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(4), 318–325. DOI: 10.3322/caac.21396
- Fitch, M. I., & Allard, M. (2007). Perspectives of husbands of women with breast cancer: Information needs. *Canadian oncology nursing journal / Revue canadienne de Soins Infirmiers En Oncologie*, 17(2), 79–90. <https://doi.org/10.5737/1181912x1727983>
- Gaugler, J. E., Given, W. C., Linder, J. Kataria, R., Tucker, G., Regine, W. F. (2008). Work, gender, and stress in family cancer caregiving. *Support Care Cancer* 16, 347–357. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0331-y>
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 213-231. DOI: 10.3322/canjclin.51.4.213
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology nursing forum*, 31(6), 1105–1117. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.1105-1117>
- Hirst, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61(3), 697-708. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.001>.

- Hoellen, F., Wagner, J. F., Lüdders, D. W., Rody, A., & Banz-Jansen, C. (2019). Anxiety in caregiving partners of breast cancer patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300, 993-1005. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05253-2>
- Khalili, A., Davodi, M., Pouladi, S., Paymard, A., Shayan, A., Azodi, P., Azodi, F., Molavi, V. M., & Jahanpoor, F. (2016). Comparative study on the effect of professional ethics education using two methods, group discussion and multi-media software on the knowledge of nursing students. *Research jornal of pharmaceutical, biological and chemical sciences*, 7(4), 2776-2781.
- Li, Q. P., Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2013). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International nursing review*, 60(2), 178–187. <https://doi.org/10.1111/inr.12000>
- Neris, R. R., & Anjos, A. C. (2014). Experience of spouses of women with breast cancer: an integrative literature review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 48(5), 922–931. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400005000020>
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M., & Weiss, D. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 236–245. doi: 10.1016/j.soncn.2012.09.006
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi editores.
- Suárez, M. E. R., Rangel, Y. R., Monzón, L. G., & Suárez, M. Á. G. (2017). Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas Health beliefs and overload perception in caregivers of patients with advanced oncological diseases. *Medisur*, 15(3), 310–317.
- Tamayo, G. J., Broxson, A., Munsell, M. F., Cohen, M. Z. (2010). Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 50-57. DOI: 10.1188/10.ONF.E50-E57
- 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 colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(2), 71-77.

- University of Toronto. (1994). *Quality of life research unit*.  
[http://sites.utoronto.ca/qol/qol\\_model.htm](http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm)
- Wadhwa, D., Burman, D., Swami, N., Rodin, G., Lo, C., Zimmermann, C. (2013). Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 403-410. DOI: 10.1002/pon.2104
- Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15(2), 109–120.  
<https://doi.org/10.1002/pon.928>
- World Health Organization Quality of Life Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153–159.  
<https://doi.org/10.1007/BF00435734>
- Zahlis, E. H., & Lewis, F. M. (2010). Coming to grips with breast cancer: the spouse's experience with his wife's first six months. *Journal of psychosocial oncology*, 28(1), 79–97. <https://doi.org/10.1080/07347330903438974>

## **Artigo 1: O impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama: uma revisão sistemática**

### **Resumo**

O cancro da mama é o motivo mais frequente de morte por cancro nas mulheres. O seu diagnóstico e tratamento tem um impacto significativo não só na vida da mulher doente, mas também nos seus familiares. Os companheiros das mulheres com cancro da mama assumem um papel ativo na prestação de apoio, estando expostos a impactos físicos, psicológicas e sociais. Realizou-se uma revisão sistemática com o propósito de identificar e analisar os instrumentos disponíveis para avaliar o impacto da doença e dos seus tratamentos na relação dos companheiros com as mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Foi realizada uma pesquisa na base de dados *B-on* com a seguinte frase booleana: (questionnaire or survey or scale or instrument) AND breast cancer AND marital roles AND (partner or spouse). A pesquisa foi realizada a 21 de dezembro de 2022 e foram consideradas as publicações realizadas desde 2012, não sendo colocado limite de término. No total obtiveram-se 11 artigos, tendo sido selecionados para análise detalhada 4 artigos. Constatou-se que este é um domínio de estudo ainda pouco explorado, sendo que os poucos estudos existentes avaliam os companheiros de mulheres com cancro da mama através de instrumentos de avaliação psicológicos gerais destinados à população em geral. Apesar de pouco estudado nesta população, o cancro da mama tem um grande impacto no companheiro da mulher doente. Há necessidade de criar e validar instrumentos específicos para avaliar esta população de forma a se poder intervir nas dificuldades durante e após a doença.

*Palavras-chave:* cancro da mama, companheiros, instrumentos psicométricos

### **Introdução**

O cancro é uma significativa causa de morte em todo o mundo, variando entre cada país, de acordo com o grau de desenvolvimento económico e dos fatores sociais e dos estilos de vida associados (Bray et al., 2018). Nas mulheres, o cancro da mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada e a principal causa de morte por cancro

(Bray et al., 2018), sendo atualmente diagnosticados em Portugal, 7000 novos casos de cancro da mama por ano (Liga Portuguesa Contra o Cancro [LPCC], 2023). É um problema de saúde atual, complexo e difícil de gerir (Maleki et al., 2022).

Cada diagnóstico é singular e vivenciado de forma particular, podendo desencadear inúmeras reações (Brandão & Matos, 2015; Larsen, 2014). As condições físicas e também psicológicas que a doença impõe à mulher podem despoletar sofrimento emocional ou stress, que se representam por sentimentos de medo, ansiedade, depressão, angústia e prostração (Riba, et al., 2019).

No entanto as consequências pessoais e psicossociais do diagnóstico e tratamento do cancro da mama não se esgotam apenas nas pacientes, afetando também os seus companheiros e outros familiares (Corney et al., 2016). A sua elevada taxa de sobrevivência tem levado à atenção dos investigadores de saúde para a qualidade de vida das suas famílias de mulheres diagnosticadas (Maleki et al., 2022).

O desenvolvimento de uma doença num membro da família pode influenciar a família inteira (Broderick, 1993). O cancro da mama pode ser encarado como uma doença com efeito potencial significativo em todos os membros da família (Kim & Given, 2008; Manne & Badr, 2008), particularmente no companheiro da doente (Carlson et al., 2000; Dorros et al., 2010; Maleki et al., 2022). Sendo a família o contacto primordial para a convivência, esta também pode ser vista como um foco tanto de felicidade, como de preocupações para a mulher com cancro de mama, uma vez que é no seu dia-a-dia familiar que vive os seus medos em todas as fases do processo oncológico, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, e até à fase da reabilitação (Ribeiro et al., 2014).

As experiências sobre as mudanças vividas pelos companheiros das mulheres com cancro da mama são ainda pouco conhecidas (Montford et al., 2016). Apenas nas últimas duas décadas, os investigadores na área da psico-oncologia começaram a enfatizar a necessidade de analisar esta doença em contexto familiar, mais especificamente no relacionamento conjugal (Braun et al., 2007; Carlson et al., 2000; Manne & Badr, 2008).

Durante o diagnóstico, tratamento e reabilitação da mulher com cancro da mama, os companheiros vivenciam sentimentos como desassossego, abatimento, sofrimento, abalo, transtorno, aflição, medo da perda da parceira (Cecilio et al., 2012) e incerteza (Montford et al., 2016).

A par desta situação, a dinâmica familiar e os papéis dos respetivos membros são alterados, no que se refere à responsabilidade pelas tarefas domésticas, o cuidado com a sua esposa, além da atividade laboral (Neris & Anjos, 2014), nomeadamente, prestando apoio emocional e tentando realizar esforços para serem fisicamente presentes (Neris & Anjos, 2014) e responsabilidades com os filhos (Fitch & Allard, 2007). Consequentemente, os companheiros podem “sacrificar” as suas próprias atividades sociais, de lazer ou familiares para ajudar a paciente (Montford et al., 2016). Com a alteração dos papéis e dinâmica familiar, e com o reconhecimento da importância da esposa na criação dos filhos, os companheiros referem o sentimento de medo pela possibilidade de perda da mesma (Cecilio et al., 2012; Neris & Anjos, 2014).

Um estudo realizado com 15 homens, no Gana, explorou as experiências de maridos como cuidadores primários das suas esposas diagnosticadas com cancro de mama avançado, tendo identificado stressores como o vínculo conjugal ameaçado e contemplação do divórcio, perda de amigos e presença limitada em funções sociais, emprego instável e dívidas e restrições financeiras; e como recursos para lidar com esses stressores a obrigação conjugal (compromisso com os votos conjugais) e compromisso com o bem-estar da criança, apoio de familiares e amigos, apoio de profissionais de saúde e espiritualidade (Mensah et al., 2021).

No estudo de Corney et al. (2016) foi destacado impacto do cancro da mama nos relacionamentos de casais que têm filhos dependentes. Muitos companheiros de mulheres com cancro da mama demonstram preocupação sobre o impacto da doença nos filhos, resultando numa menor qualidade de vida do companheiro (Borstelmann et al., 2022). Embora o cancro da mama possa resultar no impacto positivo no relacionamento para alguns casais, casais que têm filhos menores são mais vulneráveis a dificuldades na relação (Corney et al., 2016). Outros fatores, como frustração e ressentimento entre os companheiros por terem as suas próprias necessidades como secundárias por assumirem novas tarefas, reações físicas e emocionais à doença, diferenças nos estilos de comunicação, necessidade de espaço pessoal, preocupações com a imagem corporal e apoio social, fora da família imediata, podem influenciar o relacionamento do casal em famílias com filhos dependentes (Corney et al., 2016).

O impacto de uma doença com risco de vida, o seu tratamento e possíveis efeitos secundários, juntamente com as preocupações de uma possível recidiva e um futuro

incerto podem causar sofrimento considerável para as doentes, companheiros e familiares. Por outro lado, o contexto familiar mostra-se um dos fatores mais importantes na adaptação ao cancro (Corney et al., 2016).

O cancro da mama pode ainda influenciar a sexualidade do casal e a qualidade da sua relação conjugal (Harirchi et al., 2012), sendo encarado como um desafio que causa ansiedade, depressão e disfunção sexual na mulher e também no companheiro (Baucom et al., 2009). A relação sexual é uma parte importante das relações conjugais e reduz o stress emocional durante o tratamento do cancro da mama (Maleki et al., 2022), podendo melhorar as reações psicossociais ao diagnóstico de cancro da mama (Sadovsky et al., 2010).

Os problemas sexuais podem ser resultantes de qualquer tipo de doença, contudo, são frequentes quando existe diagnóstico de cancro de mama, uma vez que a mama representa o símbolo da feminilidade e mostra-se importante no papel do prazer sexual (Taylor et al., 2011). Os tratamentos utilizados no cancro da mama provocam consequências físicas e psicossociais, podendo causar disfunções, destacando-se em particular a mastectomia, que altera a perceção sobre a imagem corporal, reduzindo a atratividade sexual e feminilidade (Cecilio et al., 2012; Maleki et al., 2022).

Um estudo Neris e Anjos (2014) demonstrou que o diagnóstico de cancro da mama acarretou várias mudanças na vida do casal, com principal destaque para a mudança no relacionamento conjugal. A atividade sexual foi descrita como prejudicada pela diminuição da frequência das relações sexuais (Neris & Anjos, 2014).

À medida que as taxas de sobrevivência ao cancro continuam a aumentar, as questões de qualidade de vida tornaram-se cada vez mais importantes e há uma necessidade de entender as vulnerabilidades do relacionamento e as necessidades percebidas de acordo com as circunstâncias individuais daqueles que são afetados (Corney et al., 2016).

Vanlemmens et al. (2012) defende que para avaliar a qualidade de vida de jovens mulheres com cancro da mama é essencial adotar uma abordagem sistémica e dinâmica, incluindo pacientes e os seus companheiros. É evidente a necessidade de avaliar o impacto do cancro da mama nos companheiros, através de instrumentos específicos de modo a compreender as vivências, para intervir de forma adequada.

A presente revisão sistemática da literatura teve como objetivos (1) descrever o impacto do diagnóstico e tratamento do cancro da mama em companheiros de mulheres com esta doença e (2) identificar e descrever os instrumentos disponíveis para avaliar o impacto do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas nos mais diversos níveis. Neste sentido, foi formulada a seguinte questão de investigação: *Quais os impactos do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas com esta doença e como estes têm sido avaliados?*

### **Método**

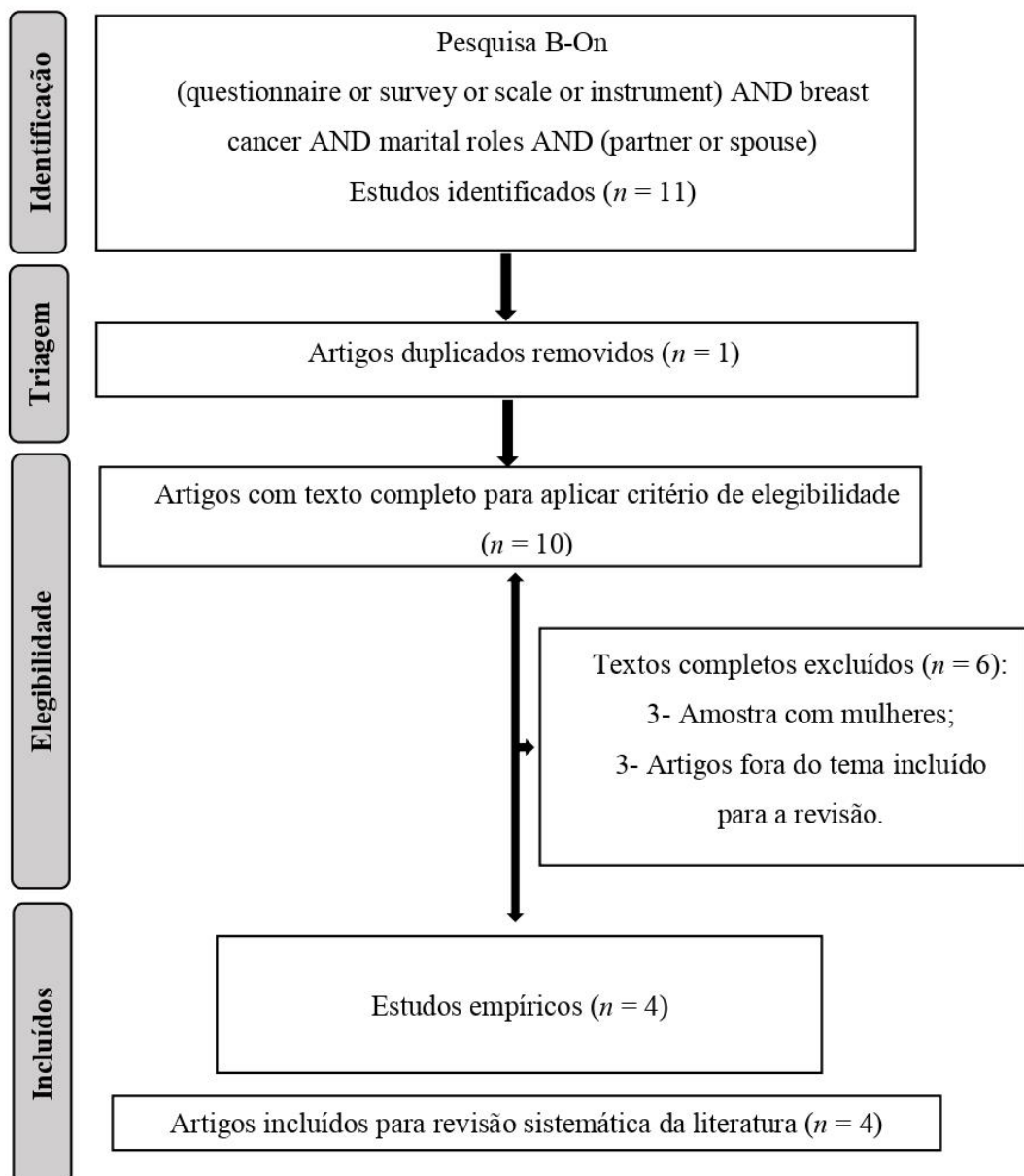
Esta revisão sistemática segue as recomendações propostas no guia Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Liberati, 2009). A revisão sistemática da literatura é um método de pesquisa que usa a literatura sobre um determinado tema de interesse para integrar um conjunto de maior informações e permitir uma compreensão desse tópico (Mendes et al., 2008; Sampaio & Mancini, 2007).

Inicialmente, foram definidos critérios de elegibilidade para inclusão e exclusão, a fim de dirigir a busca e seleção de estudos primários e aumentar a precisão dos resultados, de acordo com a pergunta de pesquisa e objetivos. Assim, os critérios de inclusão foram: texto integral de publicações dos últimos 10 anos, em inglês ou português; os participantes têm 18 ou mais anos de idade; os participantes são companheiros de mulheres que têm ou tiveram cancro da mama; e apenas foram incluídos estudos empíricos. Foram considerados critérios de exclusão os estudos que não atendem aos critérios de inclusão, assim como artigos de revisão da literatura. Como método de pesquisa foi utilizada a base de dados eletrónica B-On (Biblioteca de Conhecimento Online). O procedimento de pesquisa teve os seguintes passos: foi selecionada a pesquisa avançada e foi utilizada a seguinte expressão booleana (questionnaire or survey or scale or instrument) AND breast cancer AND marital roles AND (partner or spouse). Para todos os descritores da pesquisa não foi adicionado um campo opcional. Para além disso, as opções “texto integral” e “analisado pelos pares” foram selecionadas, sendo eliminadas as opções “pesquisar também no texto integral dos artigos” e “aplicar assuntos equivalentes”. A data de publicação considerada foi desde 1 de janeiro de 2012 e não foi colocado limite de término. A pesquisa foi realizada no dia 21 de dezembro de 2022,

sendo que no total obtiveram-se 11 artigos. O fluxograma descreve as etapas de seleção dos artigos.

**Figura 1**

*Fluxograma com fases de seleção de artigos*



## **Resultados**

A data de publicação dos quatro artigos selecionados para análise em profundidade varia entre 2013 (Moreira & Canavarro, 2013) e 2018 (Yeung et al., 2018). Os estudos incluídos nesta revisão foram realizados em Portugal (Moreira & Canavarro., 2013), Estados Unidos da América (Rock et al., 2014), Suíça (Notari et al., 2017) e China (Yeung et al., 2018). Em termos do desenho de estudo, todos os estudos incluídos têm um desenho de investigação transversal quantitativo. A dimensão da amostra dos estudos varia entre 144 participantes (Notari et al., 2017) e 176 participantes (Yeung et al., 2018).

Na Tabela 1, é possível verificar a síntese de informação dos quatro artigos analisados, identificados por autor, ano e país; tipo de estudo e objetivos; constituição da amostra; instrumentos utilizados e o que avaliam; número de itens dos instrumentos; e a sua pontuação.

**Tabela 1.***Resumo dos artigos analisados*

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Moreira e Canavarro, (2013).  Portugal</b>	Estudo transversal quantitativo.  Investigar o ajustamento psicossocial e qualidade de vida dos companheiros de pacientes com cancro da mama, comparando-os com companheiros de mulheres sem histórico de cancro; analisar o papel da intimidade conjugal no ajustamento dos companheiros.	140 Homens: 70 companheiros de mulheres com cancro de mama e 70 companheiros de mulheres sem histórico de cancro da mama.	- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): avaliação dos níveis de depressão e ansiedade.  - World Health Organization Quality of Life-BREF instrument (WHOQOL-BREF): medição das perceções subjektivas de qualidade de vida.  - Personal Assessment of Intimacy in Relationships	-14 Itens.          -26 Itens de 4 domínios diferentes: físico, psicológico, relações sociais e ambientais.  36 Itens.	Escala de 4 pontos (0-3). Pontuação varia de 0 a 21, sendo que pontuação mais alta indica níveis mais altos de sintomatologia.  Escala de resposta de 5 pontos. Pontuação mais alta indica maior qualidade de vida.  Escala de resposta de 5 pontos de Likert (0-4).

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
			(PAIR): avaliação da intimidade conjugal.		(não foi utilizada a escala de 6 itens de convencionalidade que avalia a desejabilidade social das respostas individuais).
<b>Yeung et al., (2018). China</b>	Estudo transversal quantitativo.  Examinar a relação entre experiência de culpa e sobrecarga do cuidador, satisfação conjugal e comportamentos de proteção em maridos de mulheres com cancro de mama.	176 Maridos de pacientes com cancro da mama diagnosticado nos estágios 0-3 nos últimos 3 anos e submetidas a cirurgia.	- Caregiver Guilt Scale: medição da culpa do cuidador.  -Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA): medição dos impactos	2 Itens  ("I have felt guilty for not helping this person enough" e "I have felt guilty for leaving this person alone.").	Escala de 5 pontos de Likert (1-nunca a 5- muitas vezes).  Pontuação média mais alta indica nível mais elevado de culpa.  Escala de 5 pontos de Likert (1-fortemente

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
			negativos do cuidar nos participantes.	-	discorda a 5-fortemente concorda). Pontuação média mais alta indica uma carga maior para o cuidador.
			- 4-item Couple Satisfaction Index (CSI): avaliação da satisfação dos companheiros (participantes) com o seu relacionamento conjugal.	-	-
			- Dois itens modificados do Cancer Perceived Agents of Social Support (CPASS): medição da procura de apoio emocional e instrumental	-	Escala de 5 pontos de Likert (1-nunca a 5- muitas vezes). Uma pontuação média mais elevada representa a prestação de um apoio

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
			dos maridos pelas mulheres. - Escala de 9 itens para medir os comportamentos de proteção dos participantes: medição dos comportamentos de proteção dos participantes.	-	social mais frequente à procura do cônjuge. Escala de 5 pontos de Likert (1-nunca a 5- muito frequentemente). Uma pontuação média mais alta indica comportamentos de proteção mais frequentes.
			- Subescala de aceitação do Brief Cope (Brief COPE): medição das estratégias de coping utilizadas pelos participantes para lidar com os stressores relacionados com o	-	Escala de 4 pontos de Likert (1-Eu não tenho feito isso de jeito nenhum a 4-Eu tenho feito muito isso). Pontuação mais alta indica o uso mais frequente da aceitação.

Autor (ano), país	Tipo de estudo e objetivos	Amostra	Instrumento e o que avalia	Nº itens	Pontuação
			<p>cuidado do cancro da mama.</p> <p>- Conformity to Masculine Norms Inventory-46 (CMNI-46) (2 itens: “<i>Men should be fearless</i>” ; “<i>A man should rely on himself when dealing with his problems</i>”);</p> <p>- 2 Itens criados por académicos com doutoramento em de psicologia (“<i>Men should protect his loved ones</i>” ; “<i>Men should put work as his first priority</i>”): verificar a perceção de</p>	4 Itens	<p>Escala de 4 pontos de Likert (1-fortemente discorda a 4-fortemente concorda).</p> <p>Uma pontuação média mais elevada indicou níveis mais elevados de predisposição para submeter a normas de género.</p>

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
			normas de género de masculinidade. - Medical outcomes study (SF-36) (Subescala do estado geral de saúde): avaliação do estado geral de saúde dos participantes.	-	As pontuações variam entre 0 e 100 nas subescalas, com pontuações mais altas indicando níveis mais altos de saúde geral nas últimas 4 semanas.
<b>Rock et al., (2014).  USA</b>	Estudo transversal quantitativo  Avaliar o impacto da esperança e do otimismo na satisfação conjugal em casais (companheiro e paciente) com cancro da mama.	56 Díades companheiro-paciente com cancro da mama	- Questão: “how would you rate your overall health?”: avaliação da perceção pessoal de saúde.	1 Item	Escala de Likert de 5 pontos (1-pobre a 5-excelente).  A classificação de saúde pessoal foi usada como um Proxy para o estado de desempenho, uma

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
					correlação importante do bem-estar no cancro.
			- Profile of Mood States- Standard Form (POMS): avaliação do ajustamento psicológico.	65 Itens	Escala de Likert de 5 pontos.
			- Adult Hope Scale (AHS): avaliação da esperança do companheiro e da paciente.	12 Itens	Escala de Likert de 8 pontos (1-definitivamente falso e 8-definitivamente verdadeiro). Pontuação mais alta indica maior nível de esperança.
			- Life Orientation Test- Revised (LOT-R): avaliação do otimismo do	10 Itens	Escala de Likert de 5 pontos (0-fortemente discordo e 4-fortemente concordo).

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
			companheiro e da paciente.		Pontuação mais alta indica um maior otimismo.
			- The Marital Adjustment Test: medição da satisfação conjugal da paciente.	15 Itens	Pontuação varia entre 2 a 158. Pontuação mais elevada indica maior satisfação conjugal.
<b>Notari et al., 2017.</b>	Estudo transversal quantitativo.	97 Pacientes com cancro da mama e 47 companheiros de	- Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): medição da angústia psicológica do paciente.	18 Itens	Escala de Likert de 5 pontos (0-de forma alguma a 4-muito).
<b>Suíça</b>	Avaliar a carga subjetiva dos companheiros de mulheres com cancro da mama não metastático e a sua evolução ao longo do tempo; examinar a contribuição única da satisfação dos companheiros	mulheres com cancro da mama.			Pontuação varia de 0 a 72 e quando mais alta indica maior angústia psicológica.
			- Zarit Burden Interview- 12 (ZBI-12): avaliação da	12 Itens	Escala de 5 pontos de Likert (0-nunca a 4- quase sempre).

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
	de mulheres com cancro da mama não metastático para a carga subjetiva.		carga subjetiva do companheiro.		Pontuação varia de 0 a 48 e pontuações mais elevadas indicam maior sofrimento psicológico.
			- Individual Coping Questionnaire (INCOPE- 2R): medição do coping.	21 Itens	Escala de Likert de 5 pontos (1-nunca a 5- sempre). Quanto maior a pontuação, maior o uso de coping funcional.
			- Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6): medição da satisfação com o suporte social percebido.	6 Itens	Escala de Likert de 6 pontos. Pontuações mais altas indicam maior satisfação com o suporte social percebido.
			- Relationship Assessment Scale (RAS): medição da	7 Itens	Escala de Likert de 5 pontos (1-baixa

<b>Autor (ano), país</b>	<b>Tipo de estudo e objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumento e o que avalia</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Pontuação</b>
			satisfação da relação do companheiro.		satisfação a 5-alta satisfação). Pontuação var ia de 1 a 5: quanto maior a pontuação, maior a satisfação do parceiro sobre a relação com o casal.

Relativamente ao objetivo principal dos estudos, a maioria deles foi direcionada para a análise da vivência do companheiro de mulheres com cancro da mama, nomeadamente o ajustamento psicológico, as experiências de culpa e de carga subjetiva de cuidar e a satisfação conjugal. As variáveis destes estudos podem ser organizadas nos seguintes domínios: Qualidade de vida e Bem-estar (Moreira & Canavarro, 2013), intimidade e satisfação conjugal (Moreira & Canavarro, 2013), sobrecarga e culpa do cuidador (Notari et al., 2017; Yeung et al., 2018), perceção de apoio social (Notari et al., 2017; Yeung et al., 2018), esperança e otimismo (Rock et al., 2014; Yeung et al., 2018), ajustamento psicológico (Moreira & Canavarro., 2013; Rock et al., 2014), coping (Notari et al., 2017; Yeung et al., 2018) e ainda as Normas de Género de Masculinidade (Yeung et al., 2018) (isto é, regras e convenções que orientam e restringem os comportamentos masculinos e femininos, comunicadas aos indivíduos por meio da socialização [Mahalik et al., 2003]).

## **1. Impacto da doença**

### **a) Qualidade de vida e bem-estar**

No estudo de Moreira e Canavarro (2013) verificou-se que os companheiros de mulheres com cancro da mama apresentam, comparativamente com os companheiros de mulheres saudáveis, qualidade de vida mais pobre nos domínios geral, físico e psicológico.

### **b) Intimidade e satisfação/relação conjugal**

Não existem diferenças significativas no que respeita ao domínio social da qualidade de vida (Moreira & Canavarro, 2013). Para os dois grupos, este domínio encontra-se associado com a intimidade: companheiros que relatam maior intimidade, demonstram maior qualidade de vida social, quer as suas esposas tenham cancro da mama, quer sejam saudáveis (Moreira & Canavarro, 2013).

Os resultados mostraram existir diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de companheiros de mulheres com cancro da mama e o grupo de companheiros de mulheres saudáveis, com os companheiros de mulheres com cancro da mama a reportarem níveis mais elevados de intimidade no seu relacionamento (Moreira & Canavarro, 2013). Os companheiros de mulheres saudáveis reportaram menos intimidade

no seu relacionamento do que os companheiros de mulheres que realizaram quimioterapia, independentemente de terem ou não sido submetidas a cirurgia (Moreira & Canavarro, 2013). Os companheiros de pacientes que realizaram radioterapia não diferiram significativamente dos companheiros de mulheres saudáveis, considerando-se poder haver menor necessidade de assistência à paciente e menor percepção de gravidade da doença, uma vez que a radioterapia não é tão exigente quanto a quimioterapia (Moreira & Canavarro, 2013). A intimidade conjugal está associada a um aumento na qualidade de vida psicológica e social e diminuição de níveis de sintomas depressivos e de ansiedade entre companheiros de pacientes com cancro da mama (Moreira & Canavarro, 2013).

#### **c) Sobrecarga e culpa do cuidador**

Relativamente ao estudo de Yeung et al. (2018), uma maior satisfação conjugal foi associada a uma maior culpa do cuidador quando os companheiros de mulheres com cancro da mama adotam menos comportamentos de proteção. Contudo, num outro estudo a satisfação conjugal foi associada ao nível de carga subjetiva, revelando que quanto maior a satisfação conjugal, menor a carga subjetiva nos 3 meses pós cirurgia (Notari et al., 2017).

Yeung et al. (2018) afirma que a sobrecarga do cuidado encontra-se associada com a culpa do cuidador, verificando-se que uma maior culpa do cuidador está associada a o facto de ser um cuidador mais jovem, não adotar normas de género de masculinidade, menor nível geral de saúde e menos horas médias de prestação de cuidados. Os autores adiantam a possibilidade de tal se dever à cultura oriental ou à percepção de carga, que pode fazer com que a pessoa se sinta incapaz de cumprir as obrigações de cuidar, o que pode resultar numa maior culpa do cuidador (Yeung et al., 2018).

Já anteriormente Notari et al. (2017) haviam verificado que o nível de carga subjetiva está associada a idades jovens do companheiro sempre que a companheira realiza a disseção de nódulo axilar linfático, ou ainda com o *distress* da mesma nos 3 meses pós cirurgia.

#### **d) Percepção de apoio social**

A procura de apoio social é outro fator associado à maior culpabilidade do cuidador, mas apenas entre aqueles com maior nível de adoção de normas de género de

masculinidade. As normas de género de masculinidade revelaram moderar a relação entre a busca de apoio social e a culpa (Yeung et al., 2018).

No estudo de Notari et al. (2017) foi avaliada a satisfação com o apoio social percebido através do instrumento SSQ6, verificando-se a presença de um elevado nível geral de apoio social percebido, e encontrando-se esse apoio associado positivamente com a carga subjetiva. Isto é, quanto maior a satisfação com o apoio social percebido, menor deverá ser a carga subjetiva.

#### **e) Esperança e otimismo**

A perceção geral de saúde no estudo de Yeung et al. (2018) está estatisticamente correlacionada com a culpa, enquanto no estudo de Rock et al. (2014) esta está correlacionada com a esperança e o otimismo dos pacientes. Neste último estudo, elevada esperança da paciente está relacionada com maior satisfação conjugal da mesma e a esperança e otimismo por parte do parceiro está relacionada com maior satisfação conjugal da paciente (Rock et al., 2014). Pacientes e companheiros relataram níveis semelhantes de esperança e otimismo (Rock et al., 2014).

#### **f) Ajustamento Psicológico**

Um maior ajustamento psicológico dos companheiros de mulheres com cancro da mama está relacionado com uma maior esperança e otimismo da paciente. Esperança e otimismo do companheiro estão relacionados, tal como a esperança e otimismo das pacientes, contudo os níveis de otimismo dos companheiros e das pacientes não estão relacionados entre si. Esperança é um forte preditor mas o otimismo não é um forte preditor na satisfação conjugal (Rock et al., 2014). Em oposição ao descrito no estudo de Rock et al. (2014), a falta de ajustamento psicológico dos companheiros de mulheres com cancro da mama aquando o diagnóstico, reflete-se em níveis elevados de sintomas depressivos e ansiosos, bem como numa qualidade de vida mais pobre (Moreira & Canavaro, 2013).

#### **g) Coping**

Para avaliar o coping, no estudo de Yeung et al. (2018) foi utilizada a subescala de aceitação do Brief-COPE, que permitiu verificar que a aceitação está correlacionada com a menor culpa dos cuidados. Apenas foi mensurada a aceitação geral e não os aspetos específicos da aceitação, como aceitar as limitações da pessoa na prestação de cuidados,

aceitar a trajetória do cancro do cônjuge ou aceitar as dificuldades das tarefas de prestação de cuidados. No estudo de Notari et al. (2017) foi utilizado o Questionário individual de Coping (INCOPE-2R), que permitiu verificar que geralmente os companheiros utilizam mais o Coping funcional do que o disfuncional.

## **2. Instrumentos de avaliação do impacto**

### **a) Qualidade de vida e bem-estar**

A percepção individual de qualidade de vida foi mensurada através do WHOQOL-BREF (Moreira & Canavarro, 2013). Esta escala compreende 26 itens nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente e cada subescala utiliza uma resposta de cinco pontos, onde pontuação mais alta indica uma melhor qualidade de vida (Moreira & Canavarro, 2013). Este instrumento foi validado para a população portuguesa de acordo com as diretrizes do grupo WHOQOL, tendo demonstrado boa confiabilidade e validade (Moreira & Canavarro, 2013).

### **b) Intimidade e satisfação conjugal**

A intimidade foi avaliada através do questionário Personal Assessment of Intimacy in Relationship (PAIR) (Moreira & Canavarro, 2013). O questionário de autorrelato contém 36 itens, utiliza uma escala de cinco pontos de tipo Likert de 0 a 4 e mede o grau de intimidade em um relacionamento diádico (Moreira & Canavarro, 2013).

A satisfação conjugal das pacientes foi avaliada através do Marital Adjustment Test, constituído por 15 itens e com pontuação que varia entre 2 a 158 (Rock et al., 2014). Altas pontuações indicam uma maior satisfação conjugal.

A satisfação conjugal do companheiro foi avaliada através da escala Relationship Assessment Scale (RAS) (Notari et al., 2017). Cada 7 itens são avaliados por uma escala de cinco pontos de tipo Likert, que varia entre 1 e 5 e uma pontuação mais elevada indica uma maior satisfação (Notari et al., 2017).

Avaliação da satisfação dos companheiros (participantes) com o seu relacionamento conjugal foi realizada através do 4-item Couple Satisfaction Index (CSI) e uma pontuação alta indica alto nível de satisfação (Yeung et al., 2018).

### **c) Sobrecarga e culpa do cuidador**

A carga subjetiva do companheiro foi avaliada através do instrumento Zarit Burden Interview-12 (ZBI-12), que é constituído por 12 itens com pontuação através de uma escala de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 0 e 4 (Notari et al., 2017). Pontuação mais elevada indica uma melhor carga subjetiva percebida pelo companheiro (Notari et al., 2017).

A culpa do cuidador foi avaliada através de 2 itens da escala Caregiver Guilt Scale, classificada através de uma escala de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 1 e 5 (Yeung et al., 2018). Os itens foram “*I have felt guilty for not helping this person enough*” e “*I have felt guilty for leaving this person alone*”. Pontuação média mais alta indica nível mais elevado de culpa (Yeung et al., 2018).

A Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA) foi utilizada para medir impactos negativos do cuidar nos participantes (Yeung et al., 2018). Possui uma escala de cinco pontos de tipo Likert (1-fortemente discorda a 5-fortemente concorda) e pontuação média mais alta indica uma carga maior para o cuidador (Yeung et al., 2018).

#### **d) Perceção de apoio social**

A satisfação com o apoio social percebido foi avaliada através do Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6), constituído por 6 questões sobre o apoio social em diversos domínios (Notari et al., 2017). As respostas são classificadas através de uma escala de seis pontos de tipo Likert, entre 1 e 6, e uma pontuação mais elevada indica uma maior satisfação com o apoio social percebido (Notari et al., 2017).

A medição da procura de apoio emocional e instrumental dos cônjuges com cancro da mama por parte dos participantes foi realizada através de dois itens modificados do Cancer Perceived Agents of Social Support (CPASS) (Yeung et al., 2018). Cada item oferece uma escala de resposta cinco pontos, de tipo Likert (1-nunca a 5-muitas vezes) e uma pontuação média mais elevada representava um apoio social mais frequente à procura do cônjuge (Yeung et al., 2018).

#### **e) Esperança e otimismo**

A esperança foi avaliada através do 12 item Adult Hope Scale (Rock et al., 2014). Quatro itens medem caminhos de pensamento e quatro itens medem a agência com quatro itens de enchimento (Rock et al., 2014). A concordância com cada afirmação é classificada em uma escala tipo Likert de oito pontos variando de 1 (definitivamente

falso) a 8 (definitivamente verdadeiro) e pontuações mais altas indicam maior esperança (Rock et al., 2014).

O otimismo foi avaliado através do Life Orientation Test-Revised (LOT-R), constituído por 10 itens (Rock et al., 2014). A resposta a cada afirmação é classificada numa escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente) e pontuações mais altas indicam maior otimismo (Rock et al., 2014).

#### **f) Ajustamento Psicológico**

O ajustamento psicológico, em termos dos níveis de ansiedade e depressão, foi mensurado através da versão portuguesa da HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Moreira & Canavarro, 2013). Esta escala é constituída por 14 itens e utiliza uma escala de quatro pontos que vai de 0 a 3, variando a pontuação total de cada subescala entre 0 a 21 e alta pontuação indica altos níveis de sintomatologia (Moreira & Canavarro, 2013). A versão portuguesa da HADS tem demonstrado boas qualidades psicométricas (Moreira & Canavarro, 2013).

O ajustamento psicológico foi também avaliado através do instrumento Profile of Mood States-Standard Form (POMS) que contém 65 afirmações e utiliza uma escala de tipo Likert de cinco pontos para avaliar como se sentiram na semana passada com pontuações mais altas a indicar um pior ajustamento psicológico (Rock et al., 2014). Esta medida produz subescalas derivadas analiticamente de seis fatores, que são somadas para produzir uma perturbação total do humor (Rock et al., 2014).

A angústia psicológica da paciente foi avaliada através do Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), constituído por 18 itens que avaliam sintomas ansiosos, depressivos e somatização (6 itens por dimensão) (Notari et al., 2017). Cada item é avaliado numa escala de cinco pontos de tipo Likert que variam de 0 a 4 e uma pontuação mais elevada indica maior angústia psicológica (Notari et al., 2017).

#### **g) Coping**

O Coping foi avaliado através do questionário Individual Coping Questionnaire (INCOPE-2R) e é constituído por um conjunto de 21 itens que descreve diferentes reações cognitivas, emocionais e comportamentais, que as pessoas podem adotar face a uma situação stressante (Notari et al., 2017). Cada item é classificado através de uma escala

de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 1 e 5. Os itens estão agrupados em 2 categorias, nomeadamente funcional e disfuncional (Notari et al., 2017). Alta pontuação indica o uso de Coping funcional e baixa pontuação indica o uso de Coping disfuncional (Notari et al., 2017).

As estratégias de Coping foram, ainda, avaliadas através da Subescala de aceitação do Brief cope (Brief COPE) avaliada por uma escala de 4 pontos de Likert (1-eu não tenho feito isso de jeito nenhum a 4-eu tenho feito muito isso) (Yeung et al., 2018). Pontuação mais alta indica o uso mais frequente da aceitação (Yeung et al., 2018).

#### **h) Comportamentos de proteção**

A medição dos comportamentos de proteção dos participantes foi realizada através de uma escala de 9 itens para medir os comportamentos de proteção dos participantes, classificada através de uma escala de 5 pontos de Likert (1-nunca a 5-muito frequentemente) (Yeung et al., 2018). Uma pontuação média mais alta indica comportamentos de proteção mais frequentes (Yeung et al., 2018).

#### **i) Normas de género de masculinidade**

A perceção de normas de género de masculinidade foi avaliada através de 2 itens modificados do Conformity to masculine norms inventory-46 (CMNI-46) (2-item: “Men should be fearless” ; “A man should rely on himself when dealing with his problems”) e 2 Itens criados por académicos de doutoramento em de psicologia (“Men should protect his loved ones” ; “Men should put work as his first priority” (Yeung et al., 2018). Escala de 4 pontos de Likert (1-fortemente discorda a 4-fortemente concorda) e uma pontuação média mais elevada indicou níveis mais elevados de endosso das normas de função de género (Yeung et al., 2018).

#### **j) Perceção do estado de saúde**

A perceção pessoal de saúde foi avaliada através de uma questão “how would you rate your overall health?” (Rock et al., 2014). O item que oferece uma escala de resposta de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 0 (pobre) e 4 (excelente) (Rock et al., 2014).

O estado geral de saúde dos participantes foi avaliado através do Medical Outcomes Study (SF-36) (Yeung et al., 2018). As pontuações variam entre 0 e 100 nas subescalas, com pontuações mais altas indicando níveis mais altos de saúde geral nas últimas 4 semanas (Yeung et al., 2018).

Ainda que tenham avaliado o mesmo a partir do SF-36, num estudo foi utilizada a subescala de saúde geral (Yeung et al., 2018) e noutra estudo foi utilizado o primeiro item do instrumento (Rock et al., 2014).

### **Discussão**

Em contexto específico de cancro da mama, o ajustamento conjugal é um importante fator que explica a adaptação psicológica para a mulher doente e para o seu companheiro (Manne et al., 2004; Zimmermann et al., 2010). Para a mulher, elevados níveis de ajustamento conjugal parecem estar associados com um melhor ajustamento emocional, funcionamento sexual, qualidade de vida e imagem corporal (Manne et al., 2004; Zimmermann et al., 2010). Para os companheiros de mulheres com cancro da mama, a ausência de quimioterapia foi associada a um maior ajustamento conjugal (Brandão et al., 2017). Estudos evidenciam que, para companheiros de mulheres com cancro da mama, melhor ajustamento conjugal está associado com baixos níveis de distress e elevados níveis de bem-estar psicológico (Baucom et al., 2012; Segrin et al., 2006).

O ajustamento psicológico está associado com o ajustamento conjugal, especificamente, sintomas depressivos estão associados com baixo ajustamento conjugal e a alta qualidade de vida psicológica está associada com um maior ajustamento conjugal (Lewis et al., 1993; Moreira et al., 2010). Os resultados encontrados por Moreira e Canavarro (2013) corroboram esta afirmação, uma vez que um pior ajustamento psicológico dos companheiros das mulheres com cancro da mama reflete-se em níveis elevados de sintomas depressivos e ansiosos e qualidade de vida mais pobre.

Há menos qualidade de vida entre maridos de mulheres com cancro da mama do que entre os maridos de mulheres saudáveis (Wagner et al., 2006). No entanto, apesar do sofrimento psicológico vivenciado, no estudo de Wagner et al. (2011) foi possível apurar que muitos companheiros encontram benefícios em cuidar das esposas com cancro da mama, relatando níveis mais altos de intimidade e proximidade com as mesmas, tal como no estudo de Moreira e Canavarro (2013) onde os companheiros de mulheres que realizaram quimioterapia reportam maior intimidade, independentemente da cirurgia realizada. De facto, muitos casais relatam que a experiência de cancro da mama e os seus tratamentos com efeitos adversos fortaleceram o seu relacionamento, aumentando os

sentimentos de intimidade e proximidade (Dorval et al., 2005; O'Mahoney & Carroll, 1997).

A esperança foi associada à satisfação conjugal, nomeadamente, mais esperança foi associada com altos níveis de satisfação conjugal (Rock et al., 2014). Contudo, nem a esperança nem o otimismo parecem estar associados de forma significativa à satisfação conjugal, não existindo até ao momento nenhum estudo sobre esperança e otimismo com companheiros de mulheres com cancro da mama.

Alguns dos companheiros relataram mudanças de humor, sintomas depressivos, tristeza (Traboulssi et al., 2022) e ansiedade (Chronopoulou et al., 2016) que se mantiveram após a data de conclusão dos tratamentos (Traboulssi et al., 2022) quer estes fossem quimioterapia ou mastectomia (Chronopoulou et al., 2016).

O importante papel do apoio social na adaptação do cancro da mama, bem como no ajustamento conjugal numa perspetiva, é bastante reconhecido (Lawrence et al., 2008). É importante notar que o apoio negativo se encontra associado a um menor ajustamento conjugal, sugerindo que nem todo tipo de apoio fornecido é adequado, ditando ainda que mais importante do que a quantidade de apoio é a qualidade do apoio (Lawrence et al., 2008).

A cultura tem um impacto nas respostas dos companheiros à doença de suas esposas (Kadmon et al., 2004). A procura de apoio social por parte do companheiro parece estar associada com maior culpa e segundo Taylor et al., (2007) os cuidadores são mais propensos a sentirem-se superbeneficiados ou subinvestidos no relacionamento conjugal se procurarem apoio social na companheira com cancro da mama. No estudo realizado pelo mesmo autor (Taylor et al., 2007), com objetivo de analisar as diferenças culturais na procura de apoio social com asiáticos e asiáticos-americanos, foi possível verificar que a procura de apoio social é stressante para os asiáticos-americanos. Nesta linha de pensamento, é possível concluir que a procura por apoio social nem sempre é seguida pelas populações asiáticas para lidar com situações stressantes como o diagnóstico de cancro da mama das suas esposas (Taylor et al., 2007). Adicionando ao referido, a procura de apoio social pode provocar fraquezas e falta de autoconfiança entre os homens (Addis & MahaliK, 2003), aumentando assim a culpa do cuidador. Neste sentido, é possível justificar o papel das normas de género de masculinidade que no estudo de Yeung et al. (2018) moderaram a relação entre a busca de apoio social e a culpa, uma vez que como

membro de uma sociedade patriarcal, é particularmente importante para os homens da cultura chinesa viverem de acordo com as expectativas culturais e serem, por exemplo, os provedores de recursos e protetores da família (Lin, 2014).

A influência significativa da culpa do cuidador na qualidade de vida dos companheiros de mulheres com cancro de mama foi relatada num estudo (Duggleby et al., 2012). Têm sido relatados sentimentos de culpa como fator contribuinte para a qualidade de vida (Spillers et al., 2008) relatando uma relação inversa de competência de cuidador e culpa do cuidador em cuidadores familiares de sobreviventes de cancro. Os cuidadores podem sentir culpa quando pensam que não fizeram o suficiente e quando não podem lidar com as tarefas de cuidado (Erlingsson, et al., 2012) tal como no estudo de Yeung et al. (2018) onde foi identificado maior sentimento de culpa quando existem menos comportamentos de proteção.

A satisfação conjugal está associada com baixa carga de cuidado (Yeung et al., 2019). Os homens experimentam maior carga de cuidado 3 meses após mastectomia da mulher, parecendo levar tempo a ter perceção sobre “o fardo” de cuidar” (Chronopoulou et al., 2016), tendo sido encontrados resultados no estudo de Notari et al. (2017) que corroboram com a afirmação de Chronopoulou (2016), nomeadamente, os companheiros relatam maior carga 3 meses após a cirurgia da mulher com cancro da mama. Os maridos podem ser vulneráveis como a principal fonte de apoio dos seus cônjuges, uma vez que são os prestadores de cuidados de mulheres com cancro da mama (Chronopoulou et al., 2016). Experimentam um fardo significativo e tensão do papel que cumprem, mas também podem perceber aspetos positivos (Wagner et al., 2011). Quanto maior a sobrecarga do cuidador, maior a tensão do cuidador e menor a sua qualidade de vida (Chronopoulou et al., 2016).

Por exemplo, um estudo sobre cuidadores de pacientes com cancro avançado encontrou poucas evidências de que a qualidade do relacionamento cuidador-paciente influencia a sobrecarga do cuidador; no entanto, os investigadores descobriram que os relacionamentos de alta qualidade dos cuidadores com outros laços sociais aliviavam a sobrecarga (Francis et al., 2010). Em contraste, outra pesquisa descobriu que a qualidade do relacionamento cuidador-paciente foi o elemento crítico na previsão da sobrecarga e satisfação do cuidador (Snyder, 2000).

Reblin et al (2016) conclui que cuidadores com relacionamentos de apoio relataram sobrecarga significativamente menor em comparação com cuidadores com relacionamentos ambivalentes. Embora a qualidade do relacionamento não tenha predito significativamente a ansiedade e a depressão de forma direta, encontramos uma relação indireta significativa em que a sobrecarga mediou completamente a relação entre a qualidade do relacionamento e essas medidas de sofrimento (Reblin et al., 2016). Embora não houvesse relação direta entre qualidade do relacionamento e ansiedade e depressão, havia uma relação indireta completamente mediada pela sobrecarga do cuidador (Reblin et al., 2016). Em comparação com cuidadores com relacionamentos ambivalentes, cuidadores com relacionamentos de apoio relataram maior autoestima do cuidador e menos sobrecarga, e aqueles cuidadores com menor sobrecarga eram mais propensos a ter níveis mais baixos de ansiedade e depressão (Reblin et al., 2016). A constatação de que a qualidade do relacionamento está relacionada à sobrecarga do cuidador é consistente com a ideia de que a sobrecarga do cuidador pode ser subjetiva e não necessariamente ligada à dificuldade da tarefa (Reblin et al., 2016).

O coping diádico também parece estar associado ao ajustamento conjugal, tanto para as mulheres, quanto para os seus companheiros. Como o cancro da mama é considerado um stressor, quando ambos os membros do casal adotam uma abordagem “nós” e trabalham juntos para lidar com essa experiência, tornam o seu relacionamento mais ajustado (Regan et al., 2014). De facto, um coping diádico mais negativo, caracterizado por distanciamento, crítica ou diminuição das necessidades do paciente, pode representar desafios específicos para o ajustamento conjugal e contribuir para aumentar o sofrimento psíquico vivenciado pelas mulheres e seus companheiros (Regan et al., 2014). Pelo contrário, um coping diádico mais positivo ou comum pode aproximar os casais e ajudá-los a desenvolver os recursos de que necessitam para enfrentar melhor o cancro da mama (Regan et al., 2014).

Maridos de pacientes que utilizaram menos coping focado no problema sugerem a supressão desses comportamentos de enfrentamento no momento do tratamento da esposa. Isso pode indicar para o facto de que durante o tratamento, não existem muitas soluções de problemas que possam ser feitas pelos maridos, devendo concordar com as recomendações dos profissionais de saúde (Wagner et al., 2006).

Dos 4 estudos incluídos para esta revisão sistemática da literatura, foi possível verificar vários instrumentos diferentes para avaliar os companheiros durante o diagnóstico de cancro da mama das suas companheiras em diversas dimensões, contudo, os instrumentos não são específicos para avaliar esta população em particular, sendo ainda instrumentos gerais utilizados no campo da psicologia. Desta forma, a investigação parece adotar instrumentos genéricos para avaliação do impacto na vida dos companheiros de mulheres com cancro da mama (Hayati et al., 2022; Lawrence et al., 2008; Vizeshfar et al., 2023).

Conforme Vizeshfar et al. (2023) a investigação sobre os efeitos do diagnóstico e tratamento do cancro na qualidade de vida e sofrimento dos companheiros de mulheres com cancro da mama mostrou que, além da paciente, é importante dar atenção às necessidades de saúde e qualidade de vida de seus companheiros, uma vez que apresentam um papel fundamental de suporte para as esposas com a patologia. É evidente a necessidade de trabalhar com pacientes e os seus companheiros (Vizeshfar et al., 2023). O desenvolvimento de programas de intervenção eficazes e que respondam de facto às necessidades reais dos companheiros, implica a existência de instrumentos de avaliação específicos, sensíveis às particularidades da situação vivida. Compreendemos, assim, a urgência de desenvolver tais instrumentos.

### Referências

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*, 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Baucom, D. H., Kirby, J. S., Pukay-Martin, N. D., Porter, L. S., Fredman, S. J., Gremore, T. M., Keefe, F. J., & Atkins, D. (2012). Men's psychological functioning in the context of women's breast cancer. *Journal of marital and family therapy*, *38*(2), 317–329. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00133.x>
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., Fredman, S. J., Stanton, S. E., Scott, J. L., Halford, K. W., & Keefe, F. J. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-oncology*, *18*, 276-283. DOI: 10.1002/pon.1395
- Borstelmann, N. A., Gray, T. F., Gelber, S., Rosenberg, S., Zheng, Y., Meyer, M., Ruddy, K. J., Schapira, L., Come, S., Borges, V., & Cadet, T. (2022). Psychosocial issues and quality of life of parenting partners of young women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, *30*, 4265-4274. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06852-7>
- Brandão, T., & Matos, P. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *33*(1), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>
- Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-oncology*, *26*, 2019-2029. DOI: 10.1002/pon.4432
- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(30), 4829-4834. DOI: 10.1200/JCO.2006.10.0909
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* *68*, 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

- Broderick, C. (1993). *Understanding family processes: Basics of family systems therapy*. Sage Publications, Inc. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=EZpSZWkMw0wC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Broderick,+C.+\(1993\).+Understanding+family+processes:+Basics+of+family+systems+therapy.+Thousand+Oaks,+CA:+Sage+Publications,+Inc.&ots=skWMmBHcgU&sig=jkI81WaqruWbnBn-zt18kj\\_ZBnc&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=EZpSZWkMw0wC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Broderick,+C.+(1993).+Understanding+family+processes:+Basics+of+family+systems+therapy.+Thousand+Oaks,+CA:+Sage+Publications,+Inc.&ots=skWMmBHcgU&sig=jkI81WaqruWbnBn-zt18kj_ZBnc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Carlson, L.E., Bultz, B.D., Specia, M., & Pierre, M. (2000). Partners of cancer patients: Part I – Impact, adjustment, and coping across the illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(2), 39-63. [https://doi.org/10.1300/J077v18n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J077v18n02_03)
- Cecilio, S.G., Sales, J.B., Pereira, N.P.A., & Maia, L.L.Q.G.N. (2012). A visão do companheiro da mulher com histórico câncer de mama. *REME: revista mineira de enfermagem*, 17(1), 23-31. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130003>
- Chronopoulou, K., Sakkas, D., & Damigos, D. (2016). Caregiving burden and psychological distress of breast cancer patients' husbands after mastectomy. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 909–913.
- Corney, R., Puthussery, S., & Swinglehurst, J. (2016). Couple relationships in families with dependent children after a diagnosis of maternal breast cancer in the United Kingdom: Perspectives from mothers and fathers, *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 413-431. DOI: 10.1080/07347332.2016.1199080
- Dorros, S., Card, N., Segrin, C., & Badger, T. (2010). Interdependence in women with breast cancer and their partners: An interindividual model of distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 121-125. DOI: 10.1037/a0017724
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Maurice, F., Robidoux, A., Deschênes, L., & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of clinical oncology*, 23(15), 3588-3596. DOI: 10.1200/JCO.2005.01.628
- Duggleby, W., Bally, J., Cooper, D., Doell, H., & Thomas, R. (2012). Engaging hope: the experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncology nursing forum*, 39(4), 400–406. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.400-406>

- Erlingsson, C. L., Magnusson, L., & Hanson, E. (2012). Family caregivers' health in connection with providing care. *Qualitative health research*, 22(5), 640–655. <https://doi.org/10.1177/1049732311431247>
- Fitch, M. I., & Allard, M. (2007). Perspectives of husbands of women with breast cancer: Information needs. *Canadian oncology nursing journal / Revue canadienne de Soins Infirmiers En Oncologie*, 17(2), 79–90. <https://doi.org/10.5737/1181912x1727983>
- Francis, L. E., Worthington, J., Kypriotakis, G., & Rose, J. H. (2010). Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Support Care Cancer*, 18, 1429–1436. DOI:10.1007/s00520-009-0765-5
- Harirchi, I., Montazeri, A., Bidokhti, F. Z., Mamishi, N., & Zendehdel, K. (2012). Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 31(20), 2-6. <http://www.jeccr.com/content/31/1/20>
- Hayati, R., Zahrani, S.T., Akbari, S.A.A., & Zadeh, F.E. (2022). A Descriptive Comparative Study of Marital Satisfaction among Healthy Women and Women with Breast Cancer. *Journal of midwifery & reproductive health*, 10(4), 3523-3528. DOI: 10.22038/jmrh.2022.63029.1827
- Kadmon, I., Woloski-Wruble, A., Jiang, Y., Qiang, W., & DeKeyser, F. (2004). Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 131–137. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(03\)00071-1](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(03)00071-1)
- Kim, Y. & Given, B. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors across the trajectory of the illness. *Cancer*, 112(11 suppl), 2556-2568. DOI: 10.1002/cncr.23449
- Larsen, P. (2014). *Psychosocial Adjustment in Lubkin's Chronic Illness*. Wyoming, USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Lawrence, E., Bunde, M., Barry, RA, Brock, RL, Sullivan, KT, Pasch, LA, White, GA, Dowd, CE, & Adams, EE (2008). Partner support and marital satisfaction: Support amount, adequacy, provision, and solicitation.. *Personal relationships*, 15(4), 445-463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00209.x>

- Lewis, F. M., Hammond, M. A., & Woods, N. F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: the development of an explanatory model. *Journal of behavioral medicine*, 16(4), 351–370. <https://doi.org/10.1007/BF00844777>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche. P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2023). *O cancro da mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- Lin, X. (2014). ‘Filial son’, the family and identity formation among male migrant workers in urban China. *Gender, Place and Culture*, 21, 717–732. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2013.802672>
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L.H., Diemer, M. A., & Scott, R.P.J., Gottfried, M. & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4, 3-25. 10.1037/1524-9220.4.1.3
- Maleki, M., Mardani, A., Ghafourifard, M. & Vaismoradi, M. (2022). Changes and challenges in sexual life experienced by the husbands of women with breast cancer: a qualitative study. *BMC Women’s Health*, 22, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01906-8>
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(11 suppl), 2541-2555. DOI: [10.1002/cncr.23450](https://doi.org/10.1002/cncr.23450)
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d>
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto &*

*Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

- Mensah, A. B. B., Adamu, B., Mensah, K. B. Dzomeku, V. M., Agdabi, P., Kusi, G., & Aprirubi, F. (2021). Exploring the social stressors and resources of husbands of women diagnosed with advanced breast cancer in their role as primary caregivers in Kumasi, Ghana. *Supportive Care in Cancer*, 29, 2335-2345. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05716-2>
- Montford, K. S., Dugglebu, W., Cumming, C., Thomas, R., Nekolaichunk, C., Ghosh, S., & Tonkin, K. (2016). All i can do is help’: Transition experiences of male spouse caregivers of women with breast cancer. *Canadian Oncology Nursing, Journal Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 26(4), 311-317. DOI: 10.5737/23688076264312317
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2013). Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of breast cancer patients: A comparison study with partners of healthy women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31, 282-304. DOI:10.1080/07347332.2013.778934.
- Moreira, H., Crespo, C., Pereira, M., & Canavarro, M.C. (2010) Marital quality among women with breast cancer: the role of marital intimacy and quality of life. *Psicooncología*, 7(1), 61–80.
- Neris, R.R., & Anjos, A.C.Y. (2014). Experiencia dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 922-931. DOI: 10.1590/S0080-623420140000500020
- Notari, S. C., Favez, N., Notari, L., Charvoz, L., & Delaloye, J-F. (2017). The caregiver burden in male romantic partners of women with non-metastatic breast cancer: The protective role of couple satisfaction. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1668–1677. DOI: 10.1177/1359105316633285
- O'Mahoney, J. M. & Carroll, R. A. (1997). The Impact of Breast Cancer and Its Treatment on Marital Functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(4), 397-415. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1026205502614>
- Reblin, M., Donaldson, G., Ellington, L., Mooney, K., Caserta, M., & Lund, D. (2016). Spouse cancer caregivers’ burden and distress at entry to home hospice: The

role of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(5), 666–686. <https://doi.org/10.1177/0265407515588220>

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., & Turner, J. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient education and counseling*, 96(1), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.010>

Riba, M., Donovan, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W., Brewer, B., Buchmann, L., Clark, M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenber, D., Handzo, G., Hoofrin, L., Huang, C., Lally, R., Martin, S., McGuffey, L., Mitchell, W., Morrison, L. J., Pailler, M., Palesh, O., Parnes, F., Pazar, J. P., Ralston, L., Salman, J., Shannon-Dudley, M. M., Valentine, A. D., McMillian, N. R., & Darlow, S. (2019). Distress management, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(10), 1229–1249. DOI: 10.6004/jnccn.2019.0048

Ribeiro, V.C., Portella, V.S.D.C., Malheiro, V.E.S. (2014). Mulheres de meia-idade e o enfrentamento do câncer de mama. *Revista Cuidarte*, 5(2), 799-805. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n2/v5n2a12.pdf>

Rock, E.E., Steiner, J.L., Rand, K.L. & Bigatti, S. M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Support Care Cancer*, 22, 2351–2359. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2209-0>

Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A. M., Schover, L., Wang, E., Incrocci, L. (2010). Cancer and sexual problems. *Journal of sexual medicine*, 7(1), 349-373. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01620.x>

Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83–89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>

Segrin, C., Badger, T., Sieger, A., Meek, P., & Lopez, A. M. (2006). Interpersonal well-being and mental health among male partners of women with breast cancer. *Issues in mental health nursing*, 27(4), 371–389. <https://doi.org/10.1080/01612840600569641>

- Snyder, J. (2000). Impact of caregiver-receiver relationship quality on burden and satisfaction. *Journal of Women & Aging, 12*, 147 – 167. DOI:10.1300/J074v12n01\_10
- Spillers, R. L., Wellisch, D. K., Kim, Y., Matthews, A., & Baker, F. (2008). Family Caregivers and Guilt in the Context of Cancer Care. *Psychosomatics, 49*(6), 511-519. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.6.511>.
- Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). Cultural Differences in the Impact of Social Support on Psychological and Biological Stress Responses. *Psychological Science, 18*(9), 831–837. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x>
- Taylor, S., Harley, C., Ziegler, L., Brown, J., & Velikova, G. (2011). Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment, 130*, 711–724. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1722-9>
- Traboulssi, M., Pidgeon, M., & Weathers, E. (2022). My Wife Has Breast Cancer: The Lived Experience of Arab Men. *Seminars in oncology nursing, 38*(4), 151307. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151307>
- Vanlemmens. L., Fournier, E., Boinon, D., Machavoine, J. L., & Christophe, V. (2012). Qualité de vie des femmes jeunes ayant un cancer du sein localisé et de leur partenaire: nécessité de développement de questionnaires spécifiques pour la patiente et le partenaire. *Bulletin du Cancer, 99*(6), 685-691. DOI: 10.1684/bdc.2012.1598.
- Vizeshfar, F., Dehghanrad, F., & Magharei, M. (2023). Comparison of anxiety, depression, and quality of life of husbands of women with and without breast cancer. *Journal of Experimental and Clinical Medicine, 40*(1), 18-22. DOI:10.52142/omujecm.40.1.4
- Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-oncology, 15*(2), 109–120. <https://doi.org/10.1002/pon.928>
- Wagner, C. D., Tanmoy Das, L., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2011). Characterizing burden, caregiving benefits, and psychological distress of husbands of breast cancer

patients during treatment and beyond. *Cancer nursing*, 34(4), 21–30.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820251f5>

Yeung, N.C.Y., Zhang, Y., Ji, Lili., & Lu, Q. (2018). Guilt among husband caregivers of Chinese women with breast cancer: The roles of male gender-role norm, caregiving burden and coping processes. *European Journal of Cancer Care*, 27(5), 1-14. DOI: 10.1111/ecc.12872

Yeung, N. C. Y., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2019). Correlates of sexual quality of life among husbands of Chinese breast cancer survivors. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 40, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.03.007>

Zimmermann, T., Scott, J. L., & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 19(10), 1061–1068.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1660>

## **Artigo 2: Construção e validação de um instrumento para avaliação do impacto do diagnóstico de cancro da mama nos companheiros de mulheres com a doença**

### **Resumo**

A investigação comprova o impacto que a doença tem nos companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama. No entanto, esse impacto tem vindo a ser avaliado através de instrumentos genéricos, que, possivelmente, não captam os domínios mais relevantes para os companheiros. Assim, esta é ainda uma área que deve continuar a ser investigada a fim de desenvolver um instrumento psicométrico direcionado ao companheiro da mulher com cancro de mama, de modo a permitir o planeamento e implementação de programas de promoção ao seu bem-estar e qualidade de vida que tenham em consideração os domínios que efetivamente são relevantes para esta população. Foi desenvolvido um estudo empírico com um desenho transversal e com o objetivo de construir e validar um instrumento para avaliar o impacto do diagnóstico de cancro da mama e respetivos tratamentos nos companheiros, testando a sua validade, fidelidade e sensibilidade. Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 84 companheiros de mulheres que tiveram diagnóstico de cancro da mama há pelo menos cinco anos e que haviam terminado os tratamentos há, pelo menos, três meses, mantendo acompanhamento no Centro Hospitalar Universitário de São João. Foram administrados os seguintes instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e Clínico; Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC); Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS) e a Escala de Avaliação do Impacto do Diagnóstico de Cancro da Mama nos Companheiros (EAICMC). A EAICMC é uma escala tipo Likert, constituída por 24 itens, organizados em 3 subescalas: Impacto da Responsabilidade, Impacto invisível e Impacto Positivo. O instrumento revelou apresentar boa fidelidade, uma validade interna e externa convergente e discriminante aceitáveis e uma razoável sensibilidade. Conclui-se tratar-se de um instrumento bem aceite pelos profissionais e que poderá ser útil para a prática clínica.

*Palavras-chave: Cancro da mama, impactos, qualidade de vida, companheiros, psicometria, escala.*

## Introdução

O cancro da mama é a doença mais comum e com maior taxa de mortalidade quando comparada com outras neoplasias malignas (Barton et al., 2018). Segundo a World Health Organization [WHO] (2023), existem mais de 2,3 milhões de casos de cancro da mama que ocorrem a cada ano, o que o torna o cancro mais comum entre os adultos. No passado, grande parte das mulheres doentes com cancro da mama não sobreviviam à doença (Oeffinger et al., 2015), porém, os diagnósticos precoces, programas eficazes na triagem e tratamentos médicos mais avançados permitiram aumentar a taxa de sobrevivência (Siegel et al., 2020).

Recentemente, a WHO lançou uma nova estrutura da iniciativa global do cancro da mama, fornecendo um roteiro para atingir a meta de salvar 2,5 milhões de vidas com cancro da mama até 2040. A nova estrutura lançada recomenda aos países a implementar os três pilares da promoção da saúde para deteção precoce, diagnóstico oportuno e tratamento abrangente do cancro da mama para atingir as metas (WHO, 2023). Em 95% dos países, o cancro da mama é a primeira ou a segunda causa principal de mortes por cancro em mulheres, no entanto, a sobrevivência do cancro da mama é amplamente desigual entre e dentro dos países, uma vez que quase 80% das mortes por cancro da mama e cervical ocorrem em países de baixo e médio rendimento (WHO, 2023). Desta forma, os países com sistemas de saúde mais fracos são menos capazes de administrar o fardo crescente que representa o cancro da mama (WHO, 2023).

Na mulher, o cancro da mama tem um impacto negativo em várias dimensões - físico, psicológico e interpessoal (Carrol et al., 2016; Syme et al., 2013). As consequências físicas referem-se aos efeitos adversos resultantes de quimioterapia, radioterapia e ainda hormonoterapia, que podem refletir-se na fadiga, falta de sensibilidade na mama e menopausa induzida pela falta de estrogénios devido à hormonoterapia, diminuindo desta forma a lubrificação vaginal e diminuição do desejo sexual (Garrussi e Frazee, 2008; Schover et al., 2014; Vieira et al., 2014). As dificuldades intrapsíquicas geralmente incluem um sentimento de ser “menos mulher”, perda de feminilidade, imagem corporal negativa e um sentimento de falta de atratividade sexual como resultado de cirurgia de mama devido a cicatrizes, forma assimétrica e alterações sensoriais (Kedde et al., 2013; Leila et al., 2016).

A mama da mulher desempenha um papel multifuncional que, para além de ser um símbolo feminino, é também uma fonte de nutrição para os filhos e um órgão sensual num relacionamento íntimo (Akpor et al., 2023).

O envolvimento dos companheiros das pacientes com cancro da mama tem-se tornado cada vez mais evidente (Brandão et al., 2017; Zimmermann, 2015) e alguns estudos já têm focado as consequências psicológicas do cancro da mama nos companheiros e nos restantes membros da família (Congard et al., 2019; Miaja et al., 2017; Northouse et al., 1991). Progressivamente, tem sido possível considerar o cancro da mama como uma doença do casal (Northouse et al., 1991), que se concebe no contexto da relação (Kayser et al., 2007). No entanto, a investigação revela que em relação à prevenção do cancro da mama feminino e meios para deteção precoce, os companheiros têm baixo nível de conhecimento sobre a doença (Al-Musa et al., 2019).

A literatura indica que os companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama podem sentir ansiedade, medo e dificuldade de adaptação à evolução da imagem corporal de suas parceiras; esses fatores podem afetar sua própria qualidade de vida e também a satisfação sexual. Pesquisas anteriores descobriram que a depressão e a ansiedade estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida e com a satisfação sexual dos parceiros de mulheres com cancro de mama (Rowland & Metcalfe, 2004).

O cancro da mama pode representar também um fardo financeiro e psicossocial significativo não apenas para a mulher doente, mas também para o seu companheiro, família e rede social alargada (Akpor et al., 2023). Esta doença geralmente influencia a mudança de papéis do cônjuge, fazendo com que os companheiros das mulheres com cancro da mama assumam as responsabilidades que anteriormente não assumiam (Akpor et al., 2023).

A doença impacta os dois elementos do casal e o stresse é um fator comum a ambos, no entanto o companheiro desempenha um papel vital na vida da doente com cancro através da gestão das finanças, tomada de decisões, apoio emocional e envolvimento durante toda a doença. (Akpor et al., 2023).

À medida que a doença evolui, a frequência de problemas psicológicos (Hoellen et al., 2019), a qualidade de vida sexual (Nasiri et al., 2012) e também o desempenho profissional (Awadalla et al., 2007; Haj Mohammad et al., 2015) dos companheiros de mulheres com cancro da mama sofrem grandes alterações. A literatura indica que, o

desespero e a incerteza sobre o futuro, aliados ao medo da solidão, foram mencionados como dificuldades vivenciados por estes companheiros (Li et al., 2013). Todas estas questões sugerem uma especial atenção, de modo a suportar as necessidades dos companheiros de mulheres com cancro da mama e ainda a importância de regular os níveis de stress sentidos através de intervenções psicológicas (Morgan et al., 2011).

Deste modo, o presente artigo tem como objetivo principal construir, validar e aplicar uma escala de avaliação do impacto do cancro da mama nos companheiros a companheiros de utentes que foram diagnosticadas e realizaram tratamento para o cancro da mama, no CHUSJ.

## Método

### Participantes

A amostra para este estudo foi selecionada com base em um método de amostragem não probabilística por conveniência e incluiu 84 companheiros de doentes do sexo feminino do Centro da Mama do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ; Porto, Portugal) a quem foi diagnosticado cancro da mama há menos de 5 anos e terminaram os tratamentos para o cancro da mama há, pelo menos, 3 meses. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 29 e os 73 anos ( $M=50,1$ ;  $DP=8,62$ ).

Os critérios de inclusão para participar no estudo foram: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ser homem; (c) estar num relacionamento afetivo com a utente pelo menos desde o diagnóstico de cancro da mama; (d) companheiro de mulher com ausência de recidiva ou metástases; (e) diagnóstico apenas desde há 5 anos; (f) ter terminado os tratamentos pelo menos há 3 meses; (g) ser capaz de ler, falar e compreender português; (h) dar o seu consentimento informado, aceitando participar no estudo. As características clínicas e sociodemográficas dos participantes podem ser encontradas na Tabela 1.

### Tabela 1

*Características clínicas e sociodemográficas dos participantes (N=84)*

Características	n	%
-----------------	---	---

	Características	n	%
Estado civil	Casado	65	77,4
	Divorciado	1	1,2
	União de Facto	15	17,9
	Solteiro	3	3,6
Escolaridade	1ºCiclo do Ensino Básico/ Escola primária (1ª à 4ª classe)	9	10,7
	2ºCiclo do Ensino Básico/ Ensino preparatório (5º e 6º ano)	7	8,3
	3ºCiclo do Ensino Básico (7º a 9º ano)	22	26,2
	Ensino secundário (do 10º ao 12º ano)	30	35,7
	1ºCiclo do Ensino superior/ Licenciatura	15	17,9
	2ºCiclo do Ensino superior/ Mestrado	1	1,2
Situação Profissional	Trabalha	74	88,1
	Desempregado	4	4,8
	Reformado	4	4,8
	Baixa médica	2	2,4
Situação Económica	Insuficiente	7	8,3
	Remediada	33	39,3
	Satisfatória	41	48,8
	Muito satisfatória	2	2,4
	Não sabe/ não responde	1	1,2
Número de pessoas com quem vive	0	1	1,4
	2	14	19,2
	3	25	34,2
	4	30	41,1
	5	3	4,1
	Sim	12	14,3

	Características	<i>n</i>	%
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior	Não	72	85,7

Tal como é possível verificar, a amostra, que é composta apenas por homens companheiros de mulheres com cancro da mama, demonstra que a grande maioria é casada (77,4%). Em termos de níveis de educação, a maioria possui o ensino secundário (do 10º ao 12º ano) (35,7%) ou 3º ciclo do ensino básico (7º a 9º ano) (26,2%), seguido por possuir 1º ciclo do ensino superior/ licenciatura (17,9%). Quanto à situação profissional, a maioria dos participantes encontra-se a exercer a sua atividade laboral (88,1%) e grande parte classifica a sua situação económica entre satisfatória (48,8%) e remediada (39,3%). Relativamente ao agregado familiar a maioria dos participantes tem famílias constituídas por 3 (34,2%) ou 4 (41,1%) membros. Dos 84 participantes, a maioria refere não ter tido ou não estar a receber atualmente acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (85,7%).

Relativamente à idade dos participantes, esta situa-se entre os 29 e os 73 anos ( $M=50,1$ ;  $DP=8,62$ ).

## **Instrumentos**

### *Questionário sociodemográfico e clínico*

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo C) foi criado exclusivamente para o presente estudo com vista a obter informações sociodemográficas e clínicas sobre os participantes, designadamente informações sobre idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, profissão, situação económica e constituição do agregado familiar. Em relação aos dados clínicos, foram obtidas informações sobre antecedentes médicos e psiquiátricos, nomeadamente acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior.

### *Escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico*

Em seguida, a Escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico, desenvolvida por Weitzner e seus colaboradores (1999) e adaptada para a cultura e idioma portugueses por Santos et al. (2003) (CQOLC), foi utilizada para avaliar as implicações emocionais da doença oncológica nos seus familiares/cuidadores. A CQOLC é uma escala de autopreenchimento, constituída por 33 afirmações que podem ou não ser consideradas verdadeiras para o respondente, correspondendo à última semana.

As respostas são apresentadas numa escala tipo Likert, ordenadas segundo a intensidade da alteração percebida e cotadas entre 0 e 4. Ao número 0 corresponde a resposta “*nada*”, ao 1 a resposta “*pouco*”, ao 2 a resposta “*alguma coisa*”, ao 3 a resposta “*bastante*” e ao 4 a resposta “*muito*”. A escala é composta por 4 subescalas: sobrecarga emocional (itens 9, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 25, 26, 30, 31, 32 e 33); perturbações ligadas ao cuidado (itens 6, 7, 8, 21, 24, 29 e 35); implicações pessoais do cuidado (itens 1, 2, 3, 5 e 13) e adaptação positiva (itens 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 e 34). Os itens 4 e 17 foram retirados da versão portuguesa da escala. A cotação da escala consiste na inversão da cotação de alguns itens (10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 e 34). Posteriormente, os scores individuais de cada fator são obtidos a partir da soma das respostas a cada item, que contribui para esse fator. Uma pontuação global é obtida através da pontuação dos 33 itens. Assim a pontuação pode variar entre 0 e 132, onde a pontuação mais elevada indica uma melhor perceção de qualidade de vida.

A CQOLC apresenta, no presente estudo, um coeficiente de consistência interna global de 0,90, dentro dos parâmetros considerados como uma boa consistência interna. Em todas as dimensões encontravam-se valores considerados bons para as subescalas de sobrecarga emocional ( $\alpha=0,92$ ), perturbações ligadas ao cuidado ( $\alpha=0,81$ ) e implicações pessoais do cuidado ( $\alpha=0,89$ ) e aceitável para a subescala de adaptação positiva ( $\alpha=0,66$ ) considerado aceitável.

#### *Escala de ansiedade e depressão clínica*

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Anexo D) desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) foi projetada para auxiliar clínico a identificar os componentes emocionais da doença física como um dispositivo de triagem para ansiedade e depressão em ambiente hospitalar geral e demonstrou ser útil na avaliação de alterações no estado emocional do paciente. Foi adaptada à população portuguesa por Ribeiro et al. (2007).

A HADS compreende em duas subescalas, uma que mede a ansiedade, com sete itens, e outra que mede a depressão, com sete itens, que são pontuados separadamente. Cada item é respondido com categoria de resposta de 4 pontos (0 – 3), de modo que as pontuações possíveis variaram de 0 a 21 para ansiedade e 0 a 21 para depressão (Ribeiro et al., 2007). Uma pontuação entre 0 e 7 é "normal", entre 8 e 10 "leve", entre 11 e 14 "moderada" e entre 15 e 21 "grave" (Ribeiro et al., 2007).

A HADS apresenta, no presente estudo, valores considerados bons para a subescala de ansiedade ( $\alpha=0,87$ ) e para a subescala da depressão ( $\alpha=0,86$ ).

### *Escala de Avaliação do Impacto do Cancro da Mama nos Companheiros*

A Escala de Avaliação do Impacto do Cancro da Mama nos Companheiros (Anexo E), a qual se pretende validar no presente estudo, foi desenvolvida para avaliar o impacto da doença nos companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama.

## **Procedimento**

Para a realização deste estudo foi construído um instrumento com o objetivo de avaliar o impacto da doença nos companheiros das mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Para tal, foi realizada uma revisão da literatura sobre a temática de modo a compreender os aspetos mais impactados no companheiro pela doença da mulher (Cecilio et al., 2012; Maleki et al., 2022). Foi realizada uma revisão de alguns instrumentos de avaliação de modo a completar a construção de uma piscina de itens para o respetivo instrumento, nomeadamente, a Body Image Scale for Breast Cancer Survivors, que avalia o impacto que a imagem corporal pode ter nos domínios físico, psicológico e social da qualidade de vida (Biederman et al., 2020); a Cancer-Related Communication Between Female Patients and Male Partners Scale (CRCP), constituída por 18 itens e que avalia se os pacientes e seus companheiros têm dificuldade em conversar um com o outro sobre o cancro sobre o cancro (Kornblith et al., 2006); e a versão portuguesa da Psychological Adaption Scale que avalia a adaptação à doença em domínios específicos como a eficácia do coping, autoestima, bem-estar espiritual e integração social (Neto et al., 2021). Foram, ainda, observadas consultas de psicologia no Centro da Mama do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), assim como consultas de enfermagem pré-cirurgia

mamária para compreender alguns medos da mulher doente e companheiro durante o processo. Foi realizada uma entrevista aberta com a enfermeira chefe do Centro de Mama e com o Diretor do mesmo, para recolher informações junto de profissionais especializados no tratamento do cancro da mama sobre aqueles que consideram ser os aspetos mais afetados na vida do companheiro aquando a doença oncológica da mulher. Com a informação recolhida através da pesquisa bibliográfica, observação de consultas e entrevistas foi construído um questionário que designamos por Escala de Avaliação do Impacto do Cancro da Mama nos Companheiros.

É uma escala constituída por três subescalas: Impacto da Responsabilidade, Impacto Invisível e Impacto Positivo. Para esta escala foi oferecida uma escala de resposta tipo Likert com 5 opções de resposta cotadas de 0 a 4 (0- nunca; 1- raramente; 2- às vezes; 3- muitas vezes e 4- sempre). A pontuação mínima é 0 pontos e pontuação máxima de 96 pontos.

Em primeiro lugar, para realizar esta investigação, foi solicitada a autorização dos autores das escalas a serem utilizadas (CQOLC; HADS) (Anexos F). Depois de obter as devidas autorizações, foi solicitada a aprovação do projeto à Comissão de Ética do CHUSJ, que emitiu um parecer favorável (Anexo A). Posteriormente, foi iniciado o contato com as pacientes por meio de uma psicóloga do Centro da Mama. O convite para participar foi feito quando as pacientes se dirigiam ao atendimento para consultas de rotina de forma a evitar deslocações desnecessárias. O convite à participação no estudo era realizado através das pacientes, solicitando-lhes que levassem os questionários para os seus companheiros preencher e para os devolverem numa próxima consulta, uma vez que, maioritariamente, os companheiros numa fase pós tratamentos já não acompanham as doentes a consultas ao hospital.

Presencialmente foi entregue às pacientes uma folha de rosto com informações sobre o estudo (Anexo B), os seus objetivos e procedimentos e foram esclarecidas quaisquer dúvidas sobre o mesmo. Foi ainda entregue um documento de consentimento informado escrito, onde era assegurada a privacidade e confidencialidade. Seguia, ainda, juntamente com os documentos, os questionários e um envelope selado para os colocar após o preenchimento, esclarecendo-se que quaisquer questões relativas ao estudo poderiam ser colocadas através do endereço de correio eletrónico que se encontra no documento informativo previamente fornecido. Os dados foram recolhidos desde

fevereiro a maio de 2023. Após o preenchimento, os questionários eram devolvidos num próximo agendamento no hospital, sendo entregues no Centro de Mama. Ocasionalmente, alguns companheiros acompanharam as pacientes ao hospital, sendo aí informados sobre o estudo e convidados a nele participar, respondendo ao questionário num gabinete. O preenchimento dos questionários demorava aproximadamente 15 minutos a cada participante. Após a entrega/preenchimento dos questionários, agradeceu-se a colaboração dos participantes.

Na análise dos dados, com o objetivo de alcançar os objetivos propostos, foram adotados as seguintes análises estatísticas: coeficiente de alfa de Cronbach para avaliação da fidelidade da EAICMC, correlação de Pearson item-total e item-subescalas para avaliar a validade interna convergente/discriminante, análise em componentes principais para o estudo da validade interna do instrumento, correlação com outros instrumentos para testar a validade externa convergente-discriminante.

Para avaliar a sensibilidade analisou-se se existiam diferenças estatisticamente significativas entre participantes com distintos níveis de escolaridade, situação económica e procura de acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior. Quanto ao impacto percebido, analisou-se ainda se existia uma correlação estatisticamente significativa entre esse impacto e a idade dos participantes.

Por fim, o tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc), versão 29.0.0.0. Os dados foram primeiramente submetidos a análise descritiva. Foram, ainda, realizadas análises diferenciais utilizando-se estatística não paramétrica, dadas as características da amostra e os objetivos delineados. Assim, posteriormente, o Teste U de Mann-Whitney e a ANOVA foram utilizados para avaliar se os grupos diferiam significativamente nas variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade e nível socioeconómico) e não variável clínica (acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior). E por último, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para examinar as relações entre a idade do companheiro e o impacto percebido por este.

## **Resultados**

Com o objetivo de testar a sensibilidade do instrumento, apresenta-se na Tabela 2 a análise descritiva dos scores obtidos nos itens.

**Tabela 2***Análise descritiva dos scores obtidos na EAICMC*

Itens	Min	Max	Média	Mediana	DP
1. Comecei a gerir mais responsabilidades com a doença da minha companheira	0	4	2,49	3,00	1,017
2. As tarefas de casa passaram a ser feitas por mim	0	4	2,26	2,00	0,814
3. Tive de assumir o papel da minha companheira com os nossos filhos	0	4	1,75	2,00	1,205
4. A doença da minha companheira afetou a minha vida profissional.	0	4	1,26	1,00	1,098
5. Tive que deixar de trabalhar para acompanhar a minha companheira neste processo	0	4	1,19	1,00	1,329
6. Tive dificuldades financeiras durante o processo de doença da minha companheira	0	4	1,05	1,00	1,168
7. Sinto que não reconhecem o impacto que teve a experiência do cancro da minha companheira sobre a minha vida	0	4	1,93	2,00	1,218
8. O cancro da minha companheira trouxe problemas de fertilidade	0	4	0,84	0,00	1,462
9. Já existiam problemas de fertilidade, que foram dificultados com o diagnóstico de cancro de mama	0	4	0,32	0,00	0,952
10. Preciso de ajuda para ter uma família devido aos problemas de fertilidade	0	4	0,20	0,00	0,805
11. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição do desejo sexual	0	4	1,62	2,00	1,358
12. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição na frequência de relações sexuais	0	4	2,28	2,00	1,182

Itens	Min	Max	Média	Mediana	DP
13. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em manter uma ereção	0	3	0,76	0,00	0,995
14. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em ter um orgasmo	0	3	0,60	0,00	0,890
15. Senti dificuldades em ter satisfação sexual	0	4	0,78	0,00	1,048
16. Senti menos atração sexual em resultado da doença/tratamento	0	3	0,47	0,00	0,831
17. Senti-me incomodado com a imagem da minha companheira	0	3	0,35	0,00	0,674
18. Senti a minha companheira menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento	0	3	0,33	0,00	0,07
19. Senti dificuldades em olhar para o corpo da minha companheira	0	2	0,23	0,00	0,531
20. Foco-me mais em coisas que são importantes	0	4	2,54	3,00	1,152
21. Fiz mudanças positivas na minha vida	0	4	2,00	2,00	1,173
22. Cresci como pessoa	0	4	3,00	3,00	1,231
23. Percebo o quanto a vida é importante	0	4	4,00	4,00	0,962
24. O relacionamento com a minha companheira melhorou	0	4	3,00	3,00	1,167
Impacto Positivo	0,00	20,00	13,6	14,0000	3,88126
Impacto da Responsabilidade	1,00	20,00	8,96	8,0000	3,87800
Impacto Invisível	0,00	38,00	11,69	10,0000	8,26281

Os valores encontrados nos itens da escala de avaliação do impacto da doença nos companheiros das mulheres com cancro da mama apresentam a média e mediana praticamente sobreponíveis, o que sugere uma distribuição normal dos resultados. As respostas aos itens distribuem-se entre os extremos da escala (valor mínimo- 0 e valor máximo- 4) para quase todos os itens, à exceção dos itens número 13, 14, 16, 17, 18 e 19.

Analisou-se o Alfa de Cronbach para a escala total e para as três subescalas (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Alfa de Cronbach*

	Alfa de Cronbach
Total	0.82
Subescala Impacto Positivo	0.71
Subescala Impacto da Responsabilidade	0.73
Subescala Impacto Invisível	0.85

Obteve-se um coeficiente de alfa de Cronbach de 0.82, representando uma boa consistência interna, sendo que as dimensões apresentam, uma fidelidade aceitável.

Os resultados da correlação item-total e item-subescalas corrigidas para sobreposição encontram-se descritas na Tabela 4.

**Tabela 4**

*Correlação item-escala total corrigida para sobreposição*

Itens	Total	Impacto Positivo	Impacto da Responsabilidade	Impacto Invisível
1. Comecei a gerir mais responsabilidades com a doença da minha companheira	0,39	0,20	<b>0,51</b>	0,26
2. As tarefas de casa passaram a ser feitas por mim	0,21	0,02	<b>0,47</b>	0,09
3. Tive de assumir o papel da minha companheira com os nossos filhos	0,41	0,17	<b>0,52</b>	0,28
4. A doença da minha companheira afetou a minha vida profissional.	0,34	-0,08	<b>0,56</b>	0,32

Itens	Total	Impacto Positivo	Impacto da Responsabilidade	Impacto Invisível
5. Tive que deixar de trabalhar para acompanhar a minha companheira neste processo	0,37	0,14	<b>0,46</b>	0,31
6. Tive dificuldades financeiras durante o processo de doença da minha companheira	0,34	-0,05	0,32	<b>0,37</b>
7. Sinto que não reconhecem o impacto que teve a experiência do cancro da minha companheira sobre a minha vida	0,50	0,17	0,40	<b>0,45</b>
8. O cancro da minha companheira trouxe problemas de fertilidade	0,54	0,01	0,30	<b>0,56</b>
9. Já existiam problemas de fertilidade, que foram dificultados com o diagnóstico de cancro de mama	0,47	0,02	0,21	<b>0,51</b>
10. Preciso de ajuda para ter uma família devido aos problemas de fertilidade	0,46	0,14	0,34	<b>0,42</b>
11. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição do desejo sexual	0,47	0,02	0,29	<b>0,53</b>
12. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição na frequência de relações sexuais	0,42	-0,12	0,28	<b>0,47</b>
13. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em manter uma ereção	0,66	0,09	0,28	<b>0,71</b>

Itens	Total	Impacto Positivo	Impacto da Responsabilidade	Impacto Invisível
14. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em ter um orgasmo	0,64	0,07	0,20	<b>0,73</b>
15. Senti dificuldades em ter satisfação sexual	0,54	0,01	0,17	<b>0,69</b>
16. Senti menos atração sexual em resultado da doença/tratamento	0,44	-0,05	0,18	<b>0,59</b>
17. Senti-me incomodado com a imagem da minha companheira	0,35	0,05	0,14	<b>0,39</b>
18. Senti a minha companheira menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento	0,36	0,02	0,24	<b>0,40</b>
19. Senti dificuldades em olhar para o corpo da minha companheira	0,22	0,22	0,04	<b>0,18</b>
20. Foco-me mais em coisas que são importantes	0,24	<b>0,45</b>	0,15	0,07
21. Fiz mudanças positivas na minha vida	0,10	<b>0,48</b>	0,07	-0,03
22. Cresci como pessoa	0,28	<b>0,60</b>	0,12	0,13
23. Percebo o quanto a vida é importante	0,04	<b>0,50</b>	-0,05	-0,06
24. O relacionamento com a minha companheira melhorou	0,00	<b>0,33</b>	0,07	-0,09

Todos os itens se encontram correlacionados de forma significativa com o score total do instrumento. Essa correlação é fraca a moderada, sendo que os valores mais baixos se verificam nos itens relativos à subescala impacto positivo. Uma vez que a

eliminação de qualquer um dos itens não é possível de melhorar a consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala e que esta é boa, decidiu-se pela manutenção de todos os itens.

A validade interna convergente-discriminante dos itens foi avaliada pela análise da correlação do item com a dimensão a que pertence (corrigida para sobreposição) com as correlações com as dimensões item escala a que não pertence. Verificou-se uma boa convergência visto que os valores de correlação de item escala a que pertence são acima de 0,30, à exceção do item 19, tal como proposto por Almeida e Freire (2008).

A correlação item-subescala corrigida para sobreposição é maior com a subescala a que pertence do que as restantes, o que significa que tem boa validade interna convergente discriminante, a única exceção diz respeito ao item número 19, mas não é substancialmente mais baixo (a correlação é inferior apenas em 0.04 pontos). A validade de construto foi avaliada através da organização fatorial dos itens, no sentido de conhecer a forma como os itens se organizam. Procedeu-se à análise em componentes principais.

Primeiramente foi avaliado o valor Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,663$ ), que indicou uma adequação razoável do tamanho da amostra para uma análise fatorial (IBM SPSS Statistics, 2020). O teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 808,213$ ,  $p < 0,0001$ ). Estes valores foram considerados adequados, permitindo-nos prosseguir para a análise fatorial (IBM SPSS Statistics, 2020).

Para identificar as dimensões foi utilizada a análise de componentes principais, sem qualquer rotação, obtendo-se três componentes. O valor obtido da variância explicada foi de 44,81%. Todos os itens apresentam uma carga fatorial aceitável, sem ultrapassar o limite sugestivo de eliminação por ser redundante, e os itens organizam-se, na sua generalidade nos fatores (subescalas) (Tabela 5), em que teoricamente seria expectável pertencerem (sendo as únicas exceções os itens número 4 e 19).

**Tabela 5***Análise fatorial em componentes principais*

Itens	Impacto Invisível	Impacto Positivo	Impacto da Responsabilidade
1. Comecei a gerir mais responsabilidades com a doença da minha companheira	0,364	0,299	<b>0,444</b>
2. As tarefas de casa passaram a ser feitas por mim	0,170	0,275	<b>0,438</b>
3. Tive de assumir o papel da minha companheira com os nossos filhos	0,379	0,293	<b>0,424</b>
4. A doença da minha companheira afetou a minha vida profissional.	0,444	-0,120	<b>0,440</b>
5. Tive que deixar de trabalhar para acompanhar a minha companheira neste processo	0,410	0,049	<b>0,471</b>
6. Tive dificuldades financeiras durante o processo de doença da minha companheira	<b>0,501</b>	-0,184	0,359
7. Sinto que não reconhecem o impacto que teve a experiência do cancro da minha companheira sobre a minha vida	<b>0,558</b>	0,145	0,285
8. O cancro da minha companheira trouxe problemas de fertilidade	<b>0,657</b>	-0,018	0,098
9. Já existiam problemas de fertilidade, que foram dificultados com o diagnóstico de cancro de mama	<b>0,589</b>	-0,099	0,032
10. Preciso de ajuda para ter uma família devido aos problemas de fertilidade	<b>0,558</b>	-0,093	0,360
11. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição do desejo sexual	<b>0,587</b>	0,071	-0,210

Itens	Impacto Invisível	Impacto Positivo	Impacto da Responsabilidade
12. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição na frequência de relações sexuais	<b>0,563</b>	-0,050	-0,059
13. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em manter uma ereção	<b>0,799</b>	0,024	-0,158
14. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em ter um orgasmo	<b>0,797</b>	-0,007	-0,187
15. Senti dificuldades em ter satisfação sexual	<b>0,746</b>	-0,083	-0,387
16. Senti menos atração sexual em resultado da doença/tratamento	<b>0,663</b>	-0,217	-0,347
17. Senti-me incomodado com a imagem da minha companheira	<b>0,447</b>	0,004	-0,378
18. Senti a minha companheira menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento	<b>0,489</b>	-0,038	-0,398
19. Senti dificuldades em olhar para o corpo da minha companheira	<b>0,235</b>	0,239	-0,506
20. Foco-me mais em coisas que são importantes	0,084	<b>0,719</b>	0,121
21. Fiz mudanças positivas na minha vida	-0,037	<b>0,690</b>	-0,100
22. Cresci como pessoa	0,131	<b>0,742</b>	-0,127
23. Percebo o quanto a vida é importante	-0,084	<b>0,609</b>	-0,301
24. O relacionamento com a minha companheira melhorou	-0,098	<b>0,431</b>	-0,024

As cargas fatoriais são superiores a 0,40 para todos os itens, com exceção do item 19. Globalmente a escala encontra-se organizada em 3 fatores (Tabela 6), Impacto

Invisível, Impacto Positivo e Impacto da Responsabilidade, que explicam 44,81% da variância.

**Tabela 6**

*Itens de Subescalas*

Subescalas	Itens
Impacto Invisível	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19
Impacto da Responsabilidade	1, 2, 3, 4, 5
Impacto positivo	20, 21, 22, 23, 24

Para avaliar a validade externa convergente/discriminante foi analisada a relação entre as subescalas da EAICMC e as subescalas do CQOLC e HADS.

**Tabela 7**

*Correlação com outros instrumentos - EAICMC*

	Impacto Positivo	Impacto da Responsabilidade	Impacto Invisível
CQOLC sobrecarga emocional	$r = 0,24$ $p < 0,05$	$r = 0,050$ $p < 0,0001$	$r = 0,39$ $p < 0,01$
CQOLC perturbações ligadas ao cuidado	$r = 0,011$ $p > 0,05$	$r = 0,437$ $p < 0,0001$	$r = 0,532$ $p < 0,01$
CQOLC implicações pessoais do cuidado	$r = 0,187$ $p > 0,05$	$r = 0,491$ $p < 0,0001$	$r = 0,561$ $p < 0,0001$
CQOLC adaptação positiva	$r = -0,433$ $p < 0,0001$	$r = -0,016$ $p > 0,05$	$r = 0,062$ $p < 0,05$
CQOLC total	$r = 0,082$ $p > 0,05$	$r = 0,489$ $p < 0,0001$	$r = 0,892$ $p < 0,0001$
HADS Ansiedade	$r = 0,214$ $p > 0,05$	$r = 0,496$ $p < 0,0001$	$r = 0,401$ $p < 0,001$
HADS Depressão	$r = 0,121$ $p > 0,05$	$r = 0,426$ $p < 0,0001$	$r = 0,536$ $p < 0,0001$

A análise dos dados revelou existir relação estatisticamente significativa entre as subescalas do instrumento com as subescalas da HADS e CQOLC. Contudo, apenas a subescala do impacto positivo não tem uma relação estatisticamente significativa com as subescalas das perturbações ligadas ao cuidado e implicações pessoais da CQOLC e CQOLC total, nem com as subescalas da HADS, tal como seria espectável.

A sensibilidade foi estudada através da análise das diferenças ou associação das pontuações obtidas na EAICMC em função das variáveis sociodemográficas (idade, níveis de escolaridade e situação económica) e variáveis clínicas (procura de acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior).

Não há diferenças estatisticamente significativas entre participantes com diferentes níveis de escolaridade quanto às subescalas de Impacto da Responsabilidade ( $F=0,463$ ;  $p>0,05$ ), Impacto Invisível ( $F=0,580$ ;  $p>0,05$ ) e Impacto Positivo ( $F=0,121$ ;  $p>0,05$ ).

Dado o reduzido número de efetivo em cada subgrupo em termos de situação profissional, esta variável não foi alvo de análise.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre companheiros com a situação económica diversa quanto às subescalas de Impacto da Responsabilidade ( $F=1,236$ ;  $p>0,05$ ), Impacto Invisível ( $F=2,169$ ;  $p>0,05$ ) e Impacto Positivo ( $F=0,663$ ;  $p>0,05$ ).

Não há correlação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e a subescala de Impacto da Responsabilidade ( $p>0,05$ ), Impacto Invisível ( $p>0,05$ ) e Impacto Positivo ( $p>0,05$ ).

Não há diferenças estatisticamente significativas entre companheiros que procuraram acompanhamento psicológico/psiquiátrico e os que não procuraram este acompanhamento quanto às subescalas de Impacto Invisível ( $U=150,500$ ;  $p>0,05$ ) e Impacto Positivo ( $U=410,500$ ;  $p>0,05$ ), mas existem diferenças estatisticamente significativas ( $U=152,500$ ;  $p<0,05$ ) entre quem procurou e quem não procurou acompanhamento psicológico/psiquiátrico quanto à subescala de Impacto da Responsabilidade ( $M=12,10$ ;  $DP=3,63$  /  $M=8,48$ ;  $DP=3,71$ ).

Não há diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) entre participantes com diferente estado civil em relação às 3 subescalas.

## Discussão

Com o objetivo de testar a sensibilidade do instrumento, procedeu-se à análise descritiva dos scores obtidos nos itens. A análise descritiva mostrou que, para a escala globalmente considerada, os valores mínimos foram 0 e os valores máximos foram 4, à exceção dos itens 13, 14, 16, 17, 18 e 19 com pontuações máximas entre 2 e 3. Isto sugere que a escala revela-se globalmente sensível, porém os participantes parecem apresentar dificuldades em assumir aspetos do impacto invisível, nomeadamente, no que toca à sexualidade e imagem corporal da sua esposa. A experiência clínica sugere que pode haver dificuldade em reconhecer os impactos a nível da sexualidade e a nível da aceitação de um novo corpo da sua mulher, levando estes companheiros a acreditar que devem aprovar as transformações que ocorrem durante o processo da doença.

Os valores das médias e medianas para a escala total e para as três subescalas mostraram que são muito próximas, o que é revelador de uma distribuição simétrica, abonatória da sensibilidade do instrumento.

Os resultados encontrados sugerem que o instrumento apresenta uma fidelidade boa, com um coeficiente de alfa de Cronbach (0,82) acima do recomendado (0,80) de acordo com os critérios propostos por Pestana e Gageiro (2008) e Ribeiro (2010).

Em relação aos coeficientes obtidos nas 3 dimensões, verifica-se o coeficiente de Impacto Invisível é bom e o Impacto da Responsabilidade e Impacto Positivo são aceitáveis, de acordo com os valores propostos por Pestana e Gageiro (2008).

A análise da correlação corrigida para sobreposição entre os itens e as subescalas dos instrumentos revela que esta é sempre mais elevada entre os itens e a subescala a que pertence (variando entre 0,30 e 0,73) com exceção do item número 19 (0,19), o que confirma a existência de uma boa validade convergente discriminante.

Para avaliar a validade externa convergente/discriminante foi analisada a relação das subescalas da EAICMC com as subescalas do CQOLC e HADS, que revelou existir relação estatisticamente significativa entre as subescalas do instrumento com as subescalas do CQOLC e HADS. Apenas a subescala de Impacto Positivo não tem relação estatisticamente significativa com as subescalas Perturbação Ligadas ao Cuidado, Implicações Pessoais e CQOLC Total, nem com as subescalas da HADS.

O instrumento revelou poder ser utilizado independentemente da idade, do nível de escolaridade, da situação económica e do estado civil dos companheiros.

Os companheiros que procuraram acompanhamento psicológico/psiquiátrico não se distinguem dos restantes quanto às subescalas de Impacto Invisível e Impacto Positivo, no entanto apresentam maior Impacto da Responsabilidade. De facto, a experiência clínica demonstra que os companheiros que sentem mais impacto nas responsabilidades que surgem durante o processo de diagnóstico e tratamento de cancro da mama das suas companheiras, optam por procurar acompanhamento psicológico para conseguir ultrapassar as dificuldades sentidas.

No presente estudo, a análise fatorial exploratória sugere que a EAICMC se organiza em 3 componentes (subescala de impacto positivo, subescala de impacto da responsabilidade e subescala de impacto invisível). A corroborar com esta estrutura, verifica-se o que é descrito na literatura perante os impactos mais observados nos companheiros das mulheres diagnosticadas com neoplasia da mama: após um diagnóstico de cancro, os casais geralmente enfrentam dificuldades de ajustamento, resultando em mudanças nos papéis familiares, diminuição da intimidade, menor coesão, desafios com a comunicação, menos apoio mútuo e aumento do conflito conjugal (Baik & Adams, 2011; Baucom et al., 2009; Girgis & Lambert, 2009; Manne et al., 2006).

A correlação ítem-total e ítem subescalas suporta a validade interna convergente/discriminante do instrumento, assim como a correlação deste com a HADS e CQOLC.

Os participantes, na administração presencial, demoraram cerca de 15 minutos, pelo que o instrumento demonstrou ser breve, não demonstrando sobrecarga (*burden*), para além de que com 24 itens permite avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas com a doença (economia), tendo em consideração as diversas dimensões. O instrumento foi ainda bem recebido pelos participantes, sem desconfiança, o que de acordo com Ribeiro (2010) significa que apresenta boa aceitabilidade.

Desta forma, o instrumento apresenta boas qualidades psicométricas e clinimétricas, demonstrando ser um bom instrumento de triagem para avaliação e intervenção nesta população e que poderá ser aplicado em contexto clínico.

### Referências

- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Akpor, O. A., Kolawole, E. R., Olorunfemi, O., Oduyemi, R. O. (2023). Breast Cancer and Body Image: The Roles of the Male Partner. *APIK Journal of Internal Medicine*, 11(2), 65-69. DOI: 10.4103/ajim.ajim\_108\_21
- Al-Musa, H. M., Awadalla, N. J., & Mahfouz, A. A. (2019). Male Partners' Knowledge, Attitudes, and Perception of Women's Breast Cancer in Abha, Southwestern Saudi Arabia. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 1-7. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173089>
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Gholoum, A., Khalid, A. O. A., Hamad, H. M. A., & Jacob, A. (2007). Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: a controlled study. *BMC Cancer*, 7 (102), 1-14. DOI:10.1186/1471-2407-7-102
- Baik, O., & Adams, K. B. (2011). Improving the well-being of couples facing cancer: A review of couples-based psychosocial interventions. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(2), 250–266. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2010.00217.x
- Barton, H., Shatti, D., Jones, C. A., Sakthithasan, M., & Loughborough, W. W. (2018). Review of radiological screening programmes for breast, lung and pancreatic malignancy. *Quantitative imaging in medicine and surgery*, 8(5), 525–534. <https://doi.org/10.21037/qims.2018.05.06>
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., Fredman, S. J., Stanton, S. E., Scott, J. L., Halford, K. W., & Keefe, F. J. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-oncology*, 18(3), 276–283. <https://doi.org/10.1002/pon.1395>
- Benoot, C., Saelaert, M., Hannes, K., & Bilsen, J. (2017). The Sexual Adjustment Process of Cancer Patients and Their Partners: A Qualitative Evidence Synthesis. *Archives of Sexual Behaviour*, 46, 2059–2083. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0868-2>
- Biederman, E., Cohee, A., Monahan, P., Stump, T., & Champion, V. (2020). Psychometric development of a new body image scale for breast cancer

- survivors. *Health care for women international*, 41(4), 397–411.  
<https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1615916>
- Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-oncology*, 26, 2019–2029. DOI: 10.1002/pon.4432
- Carroll, A. J., Baron, S. R., Carroll, R. A. (2016). Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: a review and synthesis of the literature. *Support Care Cancer*, 24(8), 3651– 3659. DOI: 10.1007/s00520-016-3218-y
- Cecilio, S.G., Sales, J.B., Pereira, N.P.A., & Maia, L.L.Q.G.N. (2012). A Visão Do Companheiro Da Mulher Com Histórico Câncer De Mama. *REME: revista mineira de enfermagem*, 17(1), 23-31. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130003>
- Congard, A., Christophe, V., Duprez, C., Baudry, A. S., Antoine, P., Lesur, A., Loustalot, C., Guillemet, C., Leclercq, M., Segura, C., Carlier, D., Lefreuve-Pless, C., Simon, H., Frenel, J. S., & Vanlemmens, L. (2019). The self-reported perceptions of the repercussions of the disease and its treatments on daily life for young women with breast cancer and their partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 50-68.  
<https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1479326>
- Garrusi, B., & Faezee, H. (2008). How do Iranian Women with Breast Cancer Conceptualize Sex and Body Image?. *Sexuality and Disability*, 26, 159–165.  
<https://doi.org/10.1007/s11195-008-9092-x>
- Girgis, A., & Lambert, S. D. (2009). Caregivers of cancer survivors: The state of the field. *Cancer Forum*, 33(3), 167–171.
- Haj Mohammad, N., Walter, A. W., van Oijen, M. G. H., Hulshof, M. C. C. M., Bergman, J. J. G. H. M., Anderegg, M. C. J., van Berge Henegouwen, M. I., Henselmans, I., Sprangers, M. A. G. & van Laarhoven, H. W. M. (2015). Burden of spousal caregivers of stage II and III esophageal cancer survivors 3 years after treatment with curative intent. *Support Care Cancer*, 23, 3589–3598. DOI 10.1007/s00520-015-2727-4

- Hoellen, F., Wagner, J. F., Lüdders, D. W., Rody, A., & Banz-Jansen, C. (2019). Anxiety in caregiving partners of breast cancer patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *300*, 993-1005. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05253-2>
- IBM SPSS Statistics. (2020). *Kaiser-Meyer-Olkin measure for identity correlation matrix*. <https://www.ibm.com/support/pages/kaiser-meyer-olkin-measure-identity-correlation-matrix>
- Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, *25*(4), 404–418. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.25.4.404>
- Kedde, H., van de Wiel, H. B. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & Wijsen, C. (2013). Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, *21*, 1993–2005. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1750-6>
- Kornblitha, A. B., Regana, M. M., Kim, Y., Greer, G., Parker, B., Bennett, S., & Winer, S. (2006). Cancer-related communication between female patients and male partners scale: a pilot study. *Psycho-Oncology*, *15*, 780-794. DOI: 10.1002/pon.1004
- Leila, M., Nada, C., Kais, C., Jaweher, M. (2016). Sexuality after breast cancer: cultural specificities of Tunisian population. *The Pan African Medical Journal*, *25*(17). 1-10. DOI:10.11604/pamj.2016.25.17.10399
- Li, Q. P., Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2013). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International nursing review*, *60*(2), 178–187. <https://doi.org/10.1111/inr.12000>
- Maleki, M., Mardani, A., Ghafourifard, M. & Vaismoradi. M. (2022). Changes and challenges in sexual life experienced by the husbands of women with breast cancer: a qualitative study. *BMC Womens Health*, *22*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01906-8>
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 234–247. DOI:10.1002/pon.941

- Miaja, M., Platas, A., & Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological Impact of Alterations in Sexuality, Fertility, and Body Image in Young Breast Cancer Patients and Their Partners. *Revista de investigación clínica*, 69, 204-219. DOI: [10.24875/ric.17002279](https://doi.org/10.24875/ric.17002279)
- Morgan, M. A., Small, B. J., Donovan, K. A., Overcash, J., & McMillan, S. (2011). Cancer patients with pain: the spouse/partner relationship and quality of life. *Cancer nursing*, 34(1), 13–23. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181efed43>
- Nasiri, A. M. S. N., Taleghani, F., & Irajpour, A. (2012). Men's Sexual Issues After Breast Cancer in Their Wives: A Qualitative Study. *Cancer Nursing*, 35(3), 236-244. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31822d48e5
- Neto, V., Jonsson, C., Castro, S., Silva, E.R., & Lencastre, L. (2021). Adaptação ao Cancro da Mama: Validação da Versão Portuguesa da Psychological Adaption Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 60(3), 55-69. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.05>
- Northouse, L. L., Cracchiolo-Caraway, A., Appel, C. P. (1991). Psychologic Consequences of Breast Cancer on Partner and Family. *Seminars in Oncology Nursing*, 7(3), 216-223. DOI: [10.1016/0749-2081\(91\)90035-n](https://doi.org/10.1016/0749-2081(91)90035-n)
- Oeffinger, K. C., Fontham, E. T., Etzioni, R., Herzig, A., Michaelson, J. S., Shih, Y. C., Walter, L. C., Igreja, T. R., Flores, C. R., LaMonte, S. J., Wolf, A. M. D., DeSantis, C., Lortet-Tieulent, J., Andrews, K., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Smith, R. A., Brawley, O. W., Wender, R. (2015). Breast Cancer Screening for Women at Average Risk. *Clinical Review & Education*, 314(15), 1599-1614. DOI: 10.1001/jama.2015.12783
- Pestana, P. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Ribeiro, J.L.P., Silva, I., 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. DOI: 10.1080/13548500500524088
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.

- Rowland, E. & Metcalfe, A. (2004). A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. *Psycho-Oncology*, 23, 963-974. DOI: 10.1002/pon.3556
- Santos, C., Ribeiro, J. L. P., & Lopes, Carlos. (2003). Estudo de adaptação da escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(001), 105-118.
- Schover, L. R., Van der Kaaij, M., Van Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C. E. (2014). Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *European Journal of Cancer Supplements*, 12(1), 41- 53. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2014.03.004>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Sauer, A. G., Fedewa, S. A., Butterly, L. F., Anderson, J. C., Cercek, A., Smith, R. A., & Jemal, A. (2020). Colorectal Cancer Statistics, 2020. *CA: a Câncer Journal for clinicians*, 70, 145–164. <https://doi.org/10.3322/caac.21601>
- Syme, M. L., Mona, R. L., Cameron, R. P. (2013). Sexual Health and Well-Being After Cancer: Applying the Sexual Health Model. *The Counseling Psychologist*, 41(2) 268-285. DOI: 10.1177/0011000012459970
- Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408-414. DOI: 10.1590/0104-1169.3258.2431
- Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 109-120. DOI: 10.1002/pon.928
- Weitzner, M. A., & McMillan, S. C. (1999). The Caregiver Quality of life index - Cancer (CQOLC) scale: Revalidation in a home hospice setting. *Journal of paliiative care*, 15(2). 13-20.
- World Health Organization. (2023). *WHO launches new roadmap on breast cancer*. <https://www.who.int/news/item/03-02-2023-who-launches-new-roadmap-on-breast-cancer>

Zigmond, A. P. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 – 370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zimmermann, T. (2015). Intimate Relationships Affected by Breast Cancer: Interventions for Couples. *Breast Care*, 10, 102-108. DOI: 10.1159/000381966

## Conclusão

Esta dissertação compreende, em primeiro lugar, uma revisão sistemática da literatura sobre os instrumentos disponíveis para avaliar o impacto do diagnóstico e tratamento da doença nos companheiros das mulheres diagnosticadas com cancro da mama e as áreas mais afetadas nestes companheiros aquando a doença mencionada; e, em segundo lugar, um estudo empírico onde foi construído e testado um instrumento psicométrico para avaliar o referido impacto nas diversas áreas, nos companheiros de mulheres que tiveram cancro de mama.

Na revisão sistemática da literatura, os principais resultados obtidos foram: o cancro da mama na mulher afeta a qualidade de vida dos companheiros, nomeadamente nos domínios geral, físico e psicológico; há níveis de intimidade superiores nos companheiros de mulheres com cancro da mama; a doença reflete níveis de sobrecarga e culpa de cuidar, nomeadamente, pelo facto de os companheiros serem a principal fonte de apoio da mulher doente, muitas vezes sem algum conhecimento prévio sobre cuidados, e por considerarem poder não estar a fazer o suficiente; existe impacto no apoio social percebido, especificamente, quanto maior a perceção de apoio social, menor a carga relatada; um menor ajustamento psicológico reflete-se em níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos; e, os instrumentos verificados na literatura para avaliar estes impactos são instrumentos genéricos utilizados na psicologia, não existindo um instrumento específico para avaliar esta população.

No estudo empírico constatou-se que: companheiros de mulheres com cancro de mama sofrem com o diagnóstico e tratamento da doença, especificamente, no que toca ao Impacto Invisível, que compreende as dificuldades financeiras, vida profissional, impacto com a experiência da doença oncológica, problemas de fertilidades, dificuldades nas relações sexuais e incómodo com a aparência física da mulher; ao Impacto da Responsabilidade, com o facto de assumirem novos papéis domésticos e com os filhos; e Impacto Positivo, que compreende as mudanças positivas no relacionamento e na vida do companheiro da mulher com a doença. Há um grande impacto na qualidade de vida nos companheiros de mulheres que sofrem desta neoplasia, observando-se elevados níveis de ansiedade e depressão. De facto, o modelo de qualidade de vida da Universidade de Toronto (University of Toronto, 1994) é um bom plano que enquadra todo este impacto observado, especificamente, quanto ao *ser* físico e psicológico do companheiro que é

afetado; quanto ao *pertencer*, uma vez que estes companheiros deixam muitas vezes os seus locais de trabalho e de convívio social e familiar, restringindo-se ao cuidar e acompanhar da mulher doente; e ao *tornar-se*, constatando-se as mudanças práticas (domésticas e laborais) observadas e também as mudanças positivas observadas no pós-tratamento da mulher com cancro da mama.

Quanto às implicações clínicas, diante dos resultados do presente estudo e da literatura revista, sugere-se que uma equipa multiprofissional de saúde desenvolva uma triagem com o presente instrumento de avaliação a fim de compreender as necessidades dos companheiros das mulheres com cancro de mama após o diagnóstico e poderem atuar nestas questões. É ainda importante abordar questões de literacia em saúde, de forma a manter os companheiros com informação consciente.

Dadas as conclusões da revisão sistemática e do estudo empírico, é também de realçar a necessidade de intervenção psicológica após a triagem com o instrumento desenvolvido. Devem ser desenvolvidas e aplicadas intervenções direcionadas às áreas afetadas para que os companheiros possam ter melhor qualidade de vida, uma vez que existem estudos que indicam que as intervenções psicológicas para casais que lidam com o cancro da mama parecem ser eficazes tanto para as mulheres quanto para seus parceiros (Brandão et al., 2014). Ainda que as intervenções em grupo tenham revelado ser eficazes para as mulheres com cancro da mama (Brandão & Matos, 2015), pouco ou nada sabemos sobre as suas potencialidades para intervir junto dos seus companheiros. No contexto cultural português, a experiência clínica sugere que esta poderá não ser a forma de intervenção mais desejada por estes.

Kayser (2005) desenvolveu um programa de coping para companheiros, que utiliza técnicas cognitivo-comportamentais para ajudar o casal a aprender a lidar com o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama e obter o apoio da família e dos amigos. Halford et al. (2000) desenvolveram intervenções cognitivo-comportamentais para o casal para a intervenção nos problemas sexuais. Apesar dessas intervenções existentes, ainda há pouca pesquisa sobre maneiras de reduzir o desconforto para a proporção significativa de maridos que experimentam sofrimento durante o cancro das suas companheiras (Bigatti et al., 2011). Dada a crescente evidência de que uma proporção significativa de companheiros destas pacientes sofrem, é importante desenvolver, avaliar e oferecer intervenções psicológicas para esses indivíduos, nomeadamente, através de

folhetos para promoção da literacia em saúde (e.g. desconstruir crenças de que se está a sentir/lidar de forma errada; que os outros companheiros têm maior capacidade para; informar sobre todo o funcionamento dos tratamentos e efeitos secundários, etc); informar sobre a disponibilidade/disponibilizar os serviços para acompanhar em consulta individual e/ou de casal os companheiros; ou até propor atividades de promoção da literacia em saúde nas salas de espera do hospital.

O efeito de um programa de apoio sobre a sobrecarga de companheiros que cuidam das suas mulheres com cancro da mama, mostrou reduzir os níveis de carga e de stress durante a realização da quimioterapia e aumentar a qualidade de vida destes companheiros (Hosseinnejad et al., 2022). No mesmo estudo, foi proposto pelos autores, aplicar o programa de apoio em forma de informação sobre o cancro da mama, as suas consequências e tratamento, apoio sociais e habilidades de comunicação (Hosseinnejad et al., 2022). De facto, fornecer informações específicas sobre estilos de vida saudáveis e sobre as necessidades dos cuidadores companheiros de mulheres com cancro da mama, revelou ser uma intervenção eficaz (Hosseinnejad et al., 2022).

Deste modo, os psicólogos podem sensibilizar os membros das equipas de saúde para estas questões, de forma a melhorar os resultados de qualidade de vida e bem-estar psicológico dos companheiros. Assim, é proposto o desenvolvimento de uma intervenção multidisciplinar no ambiente hospitalar.

### Referências

- Bigatti, S. M., Wagner, C. D., Lydon-Lam, J. R., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011). Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Support Care Cancer, 19*, 455–466. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0835-8>
- Brandão, T., Schulz, M. S., Matos, P. M. (2014). Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review. *Psychology & Health, 29*(5), 491-516. DOI: 10.1080/08870446.2013.859257
- Brandão, T., & Matos, P. M. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 33*(1), 98–106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>
- Halford, W. K., Scott, J. L., & Smythe, J. (2000). Couples and coping with cancer: Helping each other through the night. In K. B. Schmaling & T. G. Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, & practice* (pp. 135–170). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10360-005>
- Hosseinnejad, S-Z., Elyasi, F., Mousavinasab, S-N., Shahhosseini,Z. (2022). The effect of a support program on the burden of spouses caring for their partners with breast cancer: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology Science, 65*(5), 441-450. <https://doi.org/10.5468/ogs.22080>
- Kayser, K. (2005). Enhancing Dyadic Coping During a Time of Crisis: A Theory-Based Intervention With Breast Cancer Patients and Their Partners. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 175–194). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-009>
- University of Toronto. (1994). *Quality of life research unit*. [http://sites.utoronto.ca/qol/qol\\_model.htm](http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm)

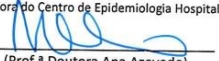
## ANEXO A- Parecer Comissão de Ética

**Centro de Epidemiologia Hospitalar**

Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.

24 de Fevereiro de 2023

A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar



(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



SÃO JOÃO

n.º 3 / 2023

DIREÇÃO CLÍNICA  
24.02.2023

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

### Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar de São João

Deliberado concordar, nos  
termos legais em vigor.

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO CHUSJ, EPE - REUNIÃO DE**  
Presidente do Conselho de Administração **02 MAR 2023**  
(Prof.ª Doutora Maria João Baptista)

Diretor Clínico	Enfermeiro Director	Vogal Executiva	Vogal Executiva
Prof. Doutor Roberto Roncon	Enf.ª Paula Emília Maia	Dra. Fernanda Oliveira	Dra. Sofia Leal

**Nome do Investigador Principal:**

Diana Marlene Ferreira Marinho

**Título da Investigação:**

O impacto do diagnóstico do cancro da mama nos companheiros das  
mulheres diagnosticadas

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

**Centro da Mama**

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 2 de dezembro de 2022 . Diana Marlene Ferreira Marinho  
assinatura



Encarregado  
de Protecção de Dados  
Data Protection Officer

Entrada 02/02/2023

• Centro Hospitalar São João •  
Centro de Epidemiologia Hospitalar

27.2.2023

CEES-IM005-0

## Questionário eletrónico


**SUBMISSÃO DE PROJETO  
DE INVESTIGAÇÃO PARA  
PARECER E AUTORIZAÇÃO**


Preenchimento em formato digital obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Título do projeto: O impacto do diagnóstico do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas	
Data prevista para início: 02 / 01 / 2023	Data prevista para o término: 31 / 05 / 2023
EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO	
<b>1. Investigador principal</b>	
Nome: Diana Marlene ferreira Marinho	
Contacto telefónico: 910816867	Endereço eletrónico: dianamarinho_16@hotmail.com
Afiliação institucional: <input type="checkbox"/> CHUSJ <input type="checkbox"/> FMUP	Outro: Universidade Fernando Pessoa
Serviço/Departamento: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais	
Grupo profissional: _____	Cédula Profissional n.º: _____
Formação em Boas Práticas Clínicas (GCP): <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>2. Co-investigadores</b>	
Nome: Raquel Guimarães	
Contacto telefónico: 914211486	Endereço eletrónico: raquelpg82@gmail.com
Afiliação institucional: CHUSJ	
Grupo profissional: Serviço de Psicologia	Cédula Profissional n.º: _____
Nome: _____	
Contacto telefónico: _____	Endereço eletrónico: _____
Afiliação institucional: _____	
Grupo profissional: _____	Cédula Profissional n.º: _____
(acrescentar n.º de investigadores, se apropriado ao projeto de investigação)	
<b>3. Promotor (se aplicável):</b> _____	
CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	
<b>1. Metodologia da investigação</b>	
<input type="checkbox"/> Qualitativa	<input type="checkbox"/> Mista (qualitativa+quantitativa)
<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	
Se quantitativa:	
<input type="checkbox"/> Experimental	<input checked="" type="checkbox"/> Observacional
<input checked="" type="checkbox"/> Sem intervenção	<input type="checkbox"/> Com intervenção
Se experimental ou observacional com intervenção, qual o tipo de intervenção?	
<input type="checkbox"/> Algoritmo de decisão diagnóstica/terapêutica	<input type="checkbox"/> Comunicação
<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	

**CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**2. Aleatorização dos braços de intervenção:  Não  Sim

3. Se observacional, qual o desenho?

 Coorte prospetivo Coorte retrospectivo Caso-controlo Transversal Ecológico Outro. Qual? \_\_\_\_\_**REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**Local onde se realiza a investigação:  CHUSJ  FMUP  Outro

Serviço/Departamento: Centro da Mama

Existem outros Centros onde se realizará a investigação?  Não  Sim. Quais? \_\_\_\_\_**ENTIDADE(S) QUE TUTELA(M) A INVESTIGAÇÃO**

1. CHUSJ - Serviço: \_\_\_\_\_

2. FMUP - Departamento: \_\_\_\_\_

3. Outra instituição. Qual? Universidade Fernando Pessoa

**ORIENTADOR (se aplicável)**

Nome: Isabel Silva

Afiliação: Orientador de dissertação / tese Endereço eletrónico: isabels@ufp.edu.pt

**PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO (se aplicável - ver anexo)**

Nome: Dr.ª Raquel Guimarães Serviço: Psicologia

**ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO**Em trabalho académico?  Não  Sim Conferidor de grau?  Não  Sim**Síntese dos objetivos:**

Pretende-se analisar o impacto do diagnóstico do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas, que são acompanhadas no Centro da Mama do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). Mais concretamente, pretende-se a construção e validação de uma escala de avaliação deste mesmo impacto.

**Fundamentação ética (incluir informação sobre o estado da arte, ganhos em conhecimento/ inovação, ponderação geral sobre benefícios/risco):**

O diagnóstico e o tratamento do cancro de mama trazem uma série de consequências pessoais e psicossociais não apenas para as pacientes, mas também para os seus parceiros e familiares. A sua alta taxa de sobrevivência tem levado à atenção de investigadores de saúde para a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas e das suas famílias. O cancro da mama pode ser visto como uma doença com efeito potencial significativo em todos os membros da família, particularmente no companheiro da doente uma vez que, além da equipa de profissionais de saúde, a mulher mantém contacto com a sua família, sendo considerada o seu principal núcleo social. As experiências sobre as mudanças vividas dos maridos das mulheres com cancro de mama são ainda pouco conhecidas. Apenas nas últimas duas décadas, investigadores na área da psico-oncologia começaram a entender a necessidade de analisar esta doença em contexto familiar, mais especificamente no relacionamento conjugal.

**PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO**Doentes?  Não  SimPessoas incapazes do exercício de autonomia?  Não  SimPessoas menores de 18 anos?  Não  Sim. Justifique: \_\_\_\_\_Voluntários saudáveis?  Não  Sim. Justifique: \_\_\_\_\_

Companheiros de mulheres utentes no Centro da Mama do Centro Hospitalar Universitário São João.

**PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO**

Estão definidos critérios de inclusão / de exclusão de doentes?  Não  Sim

Onde e como serão recrutados os participantes no estudo?

Através do banco de dados e em consulta de psicologia no Centro da Mama.

Qual é o tamanho amostral?

Está prevista a recolha de material biológico específico para a investigação?

Não  Sim. Identifique e justifique:

**BENEFÍCIO/RISCO DE CORRENTE DA PARTICIPAÇÃO**

Descreva os benefícios previsíveis:

Construção e validação de uma nova escala para avaliar o impacto do diagnóstico do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas e interpretar os resultados da aplicação dos instrumentos

Descreva os riscos/incómodos previsíveis:

Não se esperam riscos

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE**

Prevê a obtenção de consentimento informado?  Sim  Não. Justifique:

Se sim, prevê informação escrita para os participantes? \_\_\_\_\_

Não. Justifique: \_\_\_\_\_

Sim (se sim, enviar documento de informação a utilizar na investigação)

O modelo para obtenção de consentimento é o modelo institucional do CHUSJ?  Não  Sim

**PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Necessita consultar registos clínicos?  Não  Sim

Está previsto o tratamento de dados pessoais?  Não  Sim

Se sim, de que forma é garantida a pseudonimização dos dados recolhidos? (codificação, uso de filtros, siglas...)

Descreva o património informacional a que pretende ter acesso (v.g.: nome, idade, data nascimento, idade, morada, diagnóstico, história clínica, tratamento...):

Idade; escolaridade; estado civil; número de filhos e respetivas idades; agregado familiar; antecedentes médicos e psiquiátricos; dados clínicos; situação económica e profissional; e que tratamentos realizou a sua companheira.

Está prevista a criação de um Banco de Dados?  Não  Sim

Está previsto o registo de som ou de imagem dos participantes?  Não  Sim

O estudo envolve investigação genética?  Não  Sim

**PROPRIEDADE INTELECTUAL**

De quem será a propriedade intelectual da investigação e seus resultados?

Investigador  Promotor  Serviço  Todos

**DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Está prevista a divulgação dos resultados da investigação?  Não  Sim

Se sim, estão definidos critérios de publicação?  Não  Sim. Quais? \_\_\_\_\_

**CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES**

Estão previstas contrapartidas para os participantes?  Não  Sim

Pela participação?  Não  Sim

Pelas deslocações?  Não  Sim

Pelas perdas salariais?  Não  Sim

Por outras perdas e/ou danos?  Não  Sim

**EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

Estão previstos exames complementares de diagnóstico, para além dos inerentes à rotina assistencial?

Não  Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Por quem serão suportados estes custos?

\_\_\_\_\_

**PROTOCOLO FINANCEIRO**

Existe protocolo financeiro com o CHUSJ?  Não  Sim (se sim, enviar documento)

**SEGURO**

Este estudo prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

Não  Sim (se sim, junte cópia da respetiva Apólice)

Data previsível para fim das credenciais de acesso: 31 / 05 / 2023

**DOCUMENTOS ANEXOS (em suporte digital)**

Protocolo do estudo

Caderno de recolha de dados (CRF)

Declaração Diretor(es) Serviço(s)

Informação Orientador

Profissional de ligação

Informação aos participantes

Modelo de consentimento a utilizar

Instrumentos de avaliação (escalas...)

Curriculum vitae (investigador/es)

Questionário para Encarregado de Proteção de Dados (EPD)

Termo de Responsabilidade do Centro Académico Clínico (para investigadores da FMUP que não pertençam ao CHUSJ)

Protocolo financeiro

Outros

**TERMO DE RESPONSABILIDADE****Aceitação dos termos e condições de reutilização**

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, maxime dos n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ao submeter o presente pedido, concordo e fico ainda juridicamente vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e à qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar e respeitar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, poderá resultar no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais, e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.
- Independentemente de requerer a Certidão de Reutilização, DAta REuse Certificate for Research (DARE), comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar, no todo ou em parte, resultados da presente investigação.

**COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES**

Eu, Diana Marlene Ferreira Marinho,

abaixo assinada, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia (1960, e sucessivas emendas), e da Organização Mundial de Saúde, da Convenção de Oviedo e das 'Boas Práticas Clínicas' (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CE de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CE o relatório final da investigação, assim que concluído.

Data: 02 / 12 / 2022

Diana Marlene Ferreira Marinho  
assinatura

27/01/2023

A Comissão de Ética para a Saúde  
APROVA por unanimidade o parecer do  
Relator, pelo que nada tem a opor à  
realização deste projecto de investigação.

*J. V. L.*

## **ANEXO B- Informação ao Participante**

### **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE NO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

O impacto do diagnóstico de cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas.

#### **IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**Nome:** Diana Marlene Ferreira Marinho

**Contactos:** E-mail: [38635@ufp.edu.pt](mailto:38635@ufp.edu.pt) / [dianamarinho\\_16@hotmail.com](mailto:dianamarinho_16@hotmail.com)

Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a realizar estágio curricular no serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário São João, no Centro da Mama.

#### **IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO CHUSJ**

**Nome:** Dr.<sup>a</sup> Raquel Guimarães

**Contactos:** E-mail: [raquel.guimaraes@chs.j.min-saude.pt](mailto:raquel.guimaraes@chs.j.min-saude.pt)

#### **IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD)**

**Nome:** Dr. Paulo Silva

**Contacto:** [epd@chs.j.min-saude.pt](mailto:epd@chs.j.min-saude.pt)

#### **OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO**

Pretende-se, com esta investigação, a construção e validação de uma escala de avaliação do impacto do diagnóstico de cancro nos companheiros. Com a construção da escala, pretende-se ainda estudar este mesmo impacto nos companheiros das mulheres utentes no Centro da Mama, do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ).

#### **METODOLOGIA A UTILIZAR**

Primeiramente, será aplicado um questionário sociodemográfico para obtenção de alguns dados importantes ao estudo. Seguidamente, será aplicada a Escala de Qualidade de vida do Familiar / Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC) que tem como objetivo avaliar as implicações físicas e psicossociais consequentes à doença oncológica de um

familiar e as suas repercussões na qualidade de vida; a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) que tem como objetivo avaliar o nível de ansiedade e depressão e, por fim, a Escala de Avaliação do Impacto do Diagnóstico de Cancro nos Companheiros que tem como objetivo avaliar o impacto do cancro da mama nos companheiros.

### **INFORMAÇÃO:**

Com este projeto de investigação espera-se, de algum modo, beneficiar os companheiros de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, com a construção e validação de uma escala para avaliar o impacto do diagnóstico nos mesmos. Não se esperam riscos possíveis ao participante.

Com este projeto, pretende-se ainda causar o menor incómodo ao participante no que toca a deslocações ao local onde decorrerá o estudo (CHUSJ), conciliando sempre a deslocação aquando o acompanhamento da doente à realização de alguma consulta/exame no Centro da Mama, garantindo ainda o preenchimento dos questionários num só momento. Aos participantes é garantido o carácter voluntário para participar no estudo em questão, disponibilizando tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação no estudo, inclusivamente de ouvir opinião de familiares e/ou amigos. Tem ainda liberdade para decidir (sim ou não) e o direito de retirar um consentimento já dado e de se retirar do estudo, sem que se comprometa o relacionamento com o médico nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida. Para a realização do referido, apenas é necessário o contacto via e-mail para o investigador principal ou para o e-mail do profissional de ligação. É sempre garantida a privacidade e confidencialidade da informação revelada. Caso considere que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo, pode, a todo o momento, apresentar uma reclamação junto da autoridade competente, a Comissão Nacional de Proteção de Dados ([www.cnpd.pt](http://www.cnpd.pt)).

Para garantir as medidas de segurança adicionais no transporte dos dados, estes serão previamente pseudonimizados com recurso a dispositivos eletrónicos de armazenamento (Laptop) com palavra passe. Os dados recolhidos serão conservados durante o prazo máximo de 8 meses para a elaboração da dissertação de mestrado. Estes dados, serão informatizados numa base de dados (SPSS), que será apenas acessível aos investigadores e que será destruída no final do estudo.

**Para este estudo foi pedida a devida aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário De São João.**

## ANEXO C- Questionário Sociodemográfico e Clínico

Nº \_\_\_\_\_

### Questionário Sociodemográfico

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Estado civil:**

Casado

Divorciado

União de Facto

Solteiro


**Escolaridade:**

Nunca frequentei o ensino superior

1º Ciclo do Ensino Básico/ Escola Primária (1ª à 4ª classe)

2º Ciclo do Ensino Básico / Ensino Preparatório (5º e 6º ano)

3º Ciclo de Ensino Básico (do 7º ao 9º ano)

Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)

1º Ciclo do Ensino Superior / Licenciatura

2º Ciclo do Ensino Superior / Mestrado

3º Ciclo do Ensino Superior / Doutoramento


**Situação profissional:**

Trabalha

Desempregado

Reformado

Trabalhador estudante

Estudante

Baixa Médica


Profissão: \_\_\_\_\_

**Situação económica:**

Insuficiente

Remediada

Satisfatória


Muito satisfatória  
 Não sabe / não responde


Agregado Familiar: \_\_\_\_\_  
 Filhos: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Médicos e Psiquiátricos:**

Acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim	Não

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

**Dados Clínicos:**

Problemas de saúde: \_\_\_\_\_

Medicação em curso: \_\_\_\_\_

Experiência prévia com doença oncológica:

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim	Não

Consumos (álcool, tabaco, substâncias):

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim	Não

**Tratamentos realizados pela companheira:**

Quimioterapia

Radioterapia

Hormonoterapia

Mastectomia

Cirurgia Conservadora


Reconstrução mamária

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim	Não

Tipo de reconstrução: \_\_\_\_\_

## ANEXO D- HADS

### Escala de Ansiedade e Depressão Clínica

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente a mais correta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

**1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

**3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**6. Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

- Completamente
- Não ou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**13. De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastante vezes
- Por vezes
- Nunca

**14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD (Zigmond & Snaith, 1983). Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Saltar e J. Ribeiro (1999) versão portuguesa em estudo

## ANEXO E- EAICMC

### Escala de avaliação do impacto do diagnóstico de cancro da mama nos companheiros

Por favor indique, com que frequência estas situações aconteceram consigo durante o tratamento de cancro da mama da sua companheira. Coloque uma X na resposta que considera mais próxima da sua situação.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Comecei a gerir mais responsabilidades com a doença da minha companheira.					
2. As tarefas de casa passaram a ser feitas por mim.					
3. Tive de assumir o papel da minha companheira com os nossos filhos.					
4. A doença da minha companheira afetou a minha vida profissional.					
5. Tive que deixar de trabalhar para acompanhar a minha companheira neste processo.					
6. Tive dificuldades financeiras durante o processo de doença da minha companheira.					
7. Sinto que não reconhecem o impacto que teve a experiência do cancro da minha companheira sobre a minha vida.					
8. O cancro da minha companheira trouxe problemas de fertilidade.					
9. Já existiam problemas de fertilidade, que foram dificultados com o diagnóstico de cancro de mama.					
10. Preciso de ajuda para ter uma família devido aos problemas de fertilidade.					
11. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição do desejo sexual.					
12. Após o diagnóstico de cancro da mama houve diminuição na frequência de relações sexuais.					
13. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em manter uma ereção.					
14. Após o diagnóstico de cancro da mama tive dificuldades em ter um orgasmo.					
15. Senti dificuldades em ter satisfação sexual.					
16. Senti menos atração sexual em resultado da doença/tratamento.					

<b>17.</b> Senti-me incomodado com a imagem da minha companheira.					
<b>18.</b> Senti a minha companheira menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento.					
<b>19.</b> Senti dificuldades em olhar para o corpo da minha companheira.					

Com o diagnóstico de cancro de mama da minha companheira sinto que:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
<b>20.</b> Foco-me mais em coisas que são importantes.					
<b>21.</b> Fiz mudanças positivas na minha vida.					
<b>22.</b> Cresci como pessoa.					
<b>23.</b> Percebo o quanto a vida é importante.					
<b>24.</b> O relacionamento com a minha companheira melhorou.					

## ANEXO F- Autorização Dos Autores Para Utilização da CQOLC e HADS

✕ Fechar RE: Autorização para utilização das escalas CQOLC e HADS

🕒 Respondeu a dom, 04/12/2022 10:27



José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
Para: Você

🔄 ⏪ ⏩ ⋮  
dom, 04/12/2022 09:43

Cara Colega

Autorizamos o uso das Escalas De qualidade De Vida Do Familiar/cuidador do Doente Oncológico (CQOLC), e da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, que estudámos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

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

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

ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

De: Diana Marinho <dianamarinho\_16@hotmail.com>

Enviada: 3 de dezembro de 2022 12:24

Para: José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

Assunto: RE: Autorização para utilização das escalas CQOLC e HADS

✕ Fechar RE: Autorização para utilização das escalas CQOLC e EAMC-F

De: Célia Santos <celia@esenf.pt>

Enviado: 4 de novembro de 2022 19:13

Para: 'Diana Marinho' <dianamarinho\_16@hotmail.com>

Assunto: RE: Autorização para utilização das escalas CQOLC e EAMC-F

Cara Diana Marinho

Envio as escalas solicitadas e respetiva cotação.

Não me oponho à sua utilização no seu trabalho, desde que seja solicitada a autorização respetiva também aos restantes autores.

Apenas solicito o envio dos resultados finais da aplicação das escalas no seu trabalho e a referência aos seus autores sempre que realize alguma publicação com dados resultantes da aplicação das mesmas.

Melhores cumprimentos e votos de bom trabalho.

Célia Santos

De: Diana Marinho <dianamarinho\_16@hotmail.com>

Enviada: 4 de novembro de 2022 15:17

Para: celiasantos@esenf.pt

Assunto: Autorização para utilização das escalas CQOLC e EAMC-F