

MÓNICA PATRÍCIA DE ALMEIDA COSTA

QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE E SEUS CORRELATOS EM MULHERES
COM CANCRO DA MAMA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
PORTO – 2010

MÓNICA PATRÍCIA DE ALMEIDA COSTA

QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE E SEUS CORRELATOS EM MULHERES
COM CANCRO DA MAMA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
PORTO – 2010

MÓNICA PATRÍCIA DE ALMEIDA COSTA

QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE E SEUS CORRELATOS EM MULHERES
COM CANCRO DA MAMA

(Mónica Patrícia de Almeida Costa)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais da Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária,
sob orientação da Prof. Doutora Rute Meneses

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
PORTO – 2010

Sumário

Os objectivos do presente estudo são: a) comparar a Qualidade de Vida (QDV) de mulheres submetidas a mastectomia *versus* cirurgia conservadora; b) explorar a relação entre QDV e idade; c) explorar a relação entre QDV e escolaridade; d) explorar a relação entre QDV e tempo de diagnóstico; e) comparar o Bem-Estar Espiritual (BEE) de mulheres submetidas a mastectomia *versus* cirurgia conservadora; f) explorar a relação entre BEE e idade; g) explorar a relação entre BEE e escolaridade; h) explorar a relação entre BEE e tempo de diagnóstico; e i) explorar a relação entre BEE e QDV em mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia. Por último, pretende-se, ainda, identificar as características dos elementos da amostra que apresentam pior QDV e pior BEE e explorar a relação entre as respostas a dois instrumentos de avaliação da espiritualidade. Para o efeito, foram avaliadas 60 mulheres com uma idade média de 55,72 anos, das quais 40 eram casadas, 54 não estavam no activo, 44 haviam-se submetido a quimioterapia, 40 a radioterapia, 30 a mastectomia e 30 a cirurgia conservadora. Recorreu-se à administração assistida do Questionário Sócio-demográfico e Clínico elaborado para o efeito, do “*The Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast*” (FACT-B), para avaliar a QDV, “*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale*” (FACIT Sp-12), para avaliar a espiritualidade, mais concretamente o BEE e da Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde. Verificou-se que quanto maior o BEE maior a QDV. Contrariamente ao que indica a literatura, não se verificaram diferenças na QDV em mulheres com cancro da mama tendo em conta o tipo de cirurgia realizada, nem correlações estatisticamente significativas entre QDV e: tempo de diagnóstico, idade ou escolaridade. No que diz respeito à espiritualidade, e também, contrariamente à literatura não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre BEE e: tempo de diagnóstico, idade ou escolaridade. Nas mulheres com pior QDV e pior BEE, verificaram-se algumas características relatadas na literatura. Por sua vez, a existência de uma correlação forte/alta positiva entre o FACIT Sp-12 e a EAECS, indica uma relação próxima entre os dois construtos e que os dois instrumentos não estão a avaliar exactamente o mesmo conceito. Desta forma, a relação entre BEE e QDV sugere a possibilidade do BEE poder ser alvo de intervenção no âmbito da promoção da QDV de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia, sendo para isso importante explorar novas estratégias de apoio que premeiem uma intervenção mais comunitária,

utilizando todos os recursos disponíveis para promover uma melhor QDV. Os restantes resultados encontrados exigem novos estudos, até porque as características das participantes, os instrumentos e o próprio procedimento podem ser a causa da sua divergência relativamente à literatura pré-existente.

Palavras-Chave: Cancro da Mama, Qualidade de Vida, Bem-estar espiritual e Espiritualidade

ABSTRACT

The objectives of this study are: a) compare the quality of life (QOL) of women undergoing mastectomy versus conservative surgery, b) explore the relationship between QOL and age, c) explore the relationship between QOL and education, d) explore the relationship between QOL and delayed diagnosis, e) comparing the Spiritual Well-Being (BEE) from women undergoing mastectomy versus conservative surgery; f) explore the relationship between BEE and age; g) explore the relationship between BEE and schooling; h) explore the relationship between BEE and time of diagnosis; i) explore the relationship between BEE and QOL in women with breast cancer undergoing surgery. Finally, the intention is also to identify the characteristics of the sample elements that have worse QOL and BEE and explore the relationship between responses to two instruments for assessing spirituality. To this end, we evaluated 60 women with a mean age of 55.72 years, of which 40 were married, 54 were not in active, 44 had undergone chemotherapy, 40 radiotherapy, 30 mastectomy and 30 conservative surgery. Appealed to the administration assisted Questionnaire Socio-demographic and Clinical prepared for the purpose of "The Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast (FACT-B) to assess QOL," The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp 12), to assess spirituality, specifically BEE, and the Scale for Assessment of Spirituality in Health Contexts. It was found that the higher the BEE higher QOL. Contrary to literature indicates, there were no differences in the QOL in women with breast cancer taking into account the type of surgery, nor statistically significant correlations between QOL and: time of diagnosis, age or education. Regarding spirituality, and also, contrary to literature there were no statistically significant correlations between BEE and as time of diagnosis, age or education. In women with worse QOL and BEE there was some characteristics that literature say. In turn, the existence of a strong correlation positive between the FACIT-Sp and 12 EAECs, indicates a close relationship between these constructs and that both instruments are not evaluated exactly the same concept. Thus, the relationship between BEE and QOL suggests the possibility of BEE can be targeted for intervention in the promotion of QOL in women with breast cancer undergoing surgery, so important to explore new strategies to reward support a more community using all available resources to promote a better QOL. The remaining results require

further study, because the characteristics of participants, the instruments and the procedure itself may be the cause of their disagreement on the pre-existing literature.

KEYWORDS: Breast Cancer, Quality of life, Spiritual Well-Being, Spirituality

**A TODAS AS PESSOAS IMPORTANTES NA MINHA
VIDA, MAS PRINCIPALMENTE A TODAS AS MULHERES
QUE TIVERAM, TEM OU TERÃO CANCRO DA MAMA.**

Agradecimentos

Este projecto é algo muito especial, pois é a finalização de um conjunto de esforços de várias pessoas, igualmente especiais para mim. Um muito obrigado:

- Ao meu marido, meu porto seguro em todas as ocasiões;
- A minha filha, pela sua alegria e compreensão;
- Aos meus pais, irmã, sogros e cunhada pelo apoio em mais esta etapa;
- Aos meus amigos, que sempre me apoiaram ao longo deste percurso;
- As doentes que enriqueceram a minha experiência através da partilha da sua história e consentimento em participar neste estudo;
- À Prof. Doutora Rute Meneses, pela sua disponibilidade em orientar e acompanhar a realização deste trabalho, apresentando sempre comentários perspicazes e construtivos para este melhorar;
- Ao Prof. Doutor Francisco Pimentel, pela sua disponibilidade;
- A todos os que directa ou indirectamente me ajudarão a concretizar este meu objectivo que é profissional e académico.

ÍNDICE GERAL

Sumário.....	v
Abstract.....	vii
Dedicatória	ix
Agradecimentos	x
Índice Geral.....	xi
Índice de Tabelas.....	xv
Lista de Abreviaturas	xvi
Introdução	1
Capítulo I: Cancro da Mama	
1. Aspectos biopsicossociais.....	4
2. Avaliação biopsicossocial.....	14
3. Intervenção biopsicossocial.....	20
Capítulo II: Qualidade de Vida (QDV)	
1. Definição de QDV (Relacionada com a Saúde).....	31
2. A avaliação da QDV em contextos de Saúde/Doença.....	43

3. QDV no cancro da mama	50
--------------------------------	----

Capítulo III: Espiritualidade

1. Definição de Espiritualidade (Relacionada com a Saúde)	55
2. A avaliação da Espiritualidade em contextos de Saúde/Doença.....	64
3. Espiritualidade no cancro da mama	66
4. Espiritualidade e QDV.....	69

Capítulo IV: Contribuição Empírica

1. Objectivos, hipóteses e variáveis do estudo	72
2. Método.....	75
2.1. Participantes.....	75
2.2. Material.....	79
2.3. Procedimento	87
3. Apresentação e discussão dos resultados.....	89

Conclusão.....	106
-----------------------	------------

Referências Bibliográficas	108
---	------------

Anexos

Anexo A

Tabela A1 – Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra em Função do Hospital de Origem

Tabela A2 - Caracterização Étnica e Educacional da Amostra em Função do Hospital de Origem

Anexo B

Tabela B1 - Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N=60)

Anexo C

Tabela C1 - Caracterização Clínica da Amostra em Função do Hospital de Origem

Tabela C2 - Caracterização Clínica do Tempo de Diagnóstico e de Consulta de Psicologia em Função do Hospital de Origem

Anexo D

Tabela D1 - Valores de α para as subescalas e valor global do FACT-B (N=60)

Tabela D2 - Valores de α para as subescalas e valor global do FACIT-Sp 12 (N=60)

Tabela D3 - Valores de α para as subescalas e valor global da EAECS (N=60)

Anexo E

“Cognitive Debriefing” aplicado para a comparação dos dois instrumentos para avaliar a espiritualidade

Anexo F

Tabela F1 - QDV em Função do Tipo de Cirurgia Realizada

Tabela F2 - Correlação entre QDV, Tempo de Diagnóstico, Idade e Escolaridade

Anexo G

Tabela G1 - BEE em Função do Tipo de Cirurgia Realizada

Tabela G2 - Correlação entre BEE, Tempo de Diagnóstico, Idade e Escolaridade

Anexo H

Tabela H1 - Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica das Participantes com Pior QDV (N=7)

Tabela H2 - Caracterização das Participantes com Pior QDV em Termos Étários, Educacionais, Tempo de diagnóstico e Consulta de Psicologia (N=7)

Anexo I

Tabela I1 - Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica das Participantes com Pior BEE (N=7)

Tabela I2 - Caracterização das Participantes com Pior BEE em Termos Étários, Educacionais, Tempo de diagnóstico e Consulta de Psicologia (N=7).

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização Etária e Educacional da Amostra.....	75
Tabela 2: Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	76
Tabela 3: Caracterização Clínica da Amostra	76
Tabela 4: Caracterização do Tempo de Diagnóstico e de Consulta de Psicologia da Amostra.....	78
Tabela 5: Caracterização da Amostra do Hospital B Relativamente às novas variáveis Consulta de Psicologia.....	78
Tabela 6: Descrição dos Itens Simplificados do FACIT-Sp-12.....	89
Tabela 7: Caracterização da QDV e BEE da Amostra	89
Tabela 8: Caracterização da Espiritualidade da Amostra Avaliada Através da EAECS	90
Tabela 9: Correlação Entre BEE e QDV	98
Tabela 10: Análise da Regressão Linear para a QDV	99
Tabela 11: Caracterização da QDV das participantes com pior QDV.....	100
Tabela 12: Caracterização do BEE das Participantes com pior BEE	101
Tabela 13: Correlação entre o FACIT Sp-12 e a EAECS	103

LISTA DE ABREVIATURAS

QDV: Qualidade de Vida

BEE: Bem-Estar Espiritual

OMS: Organização Mundial de Saúde

WHOQOL: The World Health Organization Quality of Life Assessment

QDVRS: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

FACT-B: “The Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast”

FACIT-Sp-12: “The Functional Assesment of Chronic Illness Therapy – Spiritual

PWB: “Bem-estar físico”

SWB: “Bem-estar familiar/social”

EWB: “Bem-estar emocional”

FWB: “Bem-estar funcional”

BCS: “Preocupações adicionais”

EAECS: Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

Introdução

O cancro é uma das doenças mais temidas do mundo (Matos & Pereira, 2002a), porque induz nas pessoas uma enorme carga emocional, relacionada com sofrimento, medo, angústia, dor e morte (Pais, 2004). Assim, torna-se necessária uma nova aprendizagem dos indivíduos para lidar com o dia-a-dia (Paúl, 1995).

Actualmente, o cancro é uma doença grave e frequente (Macarrula, Ramos & Taberero, 2009). Desta forma, mundialmente, por ano, é diagnosticado cancro a mais de 10000000 pessoas, sendo que mais de metade morrerá devido a esta doença (Macarrula et al., 2009). Deste número, 3 milhões de pessoas advêm da Europa e em Portugal esta é a segunda causa de morte, a seguir às doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (Macarrula et al., 2009).

Existindo diversos tipos de cancro, o presente estudo visa explorar apenas o cancro da mama. Este é um tumor maligno, que se desenvolve nas células do tecido mamário (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003). É o mais frequente, a nível mundial (Macarrula et al., 2009), bem como em Portugal (Pimentel, 2006) e a segunda causa de morte por doença do foro oncológico (Jemal et al., 2002, citado por Faria et al., 2004). Em Portugal, nove em cada treze mulheres sofrem de cancro da mama ao longo da vida, sendo cerca de 4500 os novos casos diagnosticados por ano (Macarrula et al., 2009).

Assim, optou-se por estudar a qualidade de vida (QDV) e a espiritualidade, pois manter a QDV, e se possível aumentá-la, deve ser o objectivo dos profissionais que lidam com indivíduos com cancro (Couvreur, 1999/2001) e, por sua vez, a literatura identifica a existência de uma relação entre QDV e espiritualidade.

A motivação e interesse pessoal pela problemática focada no presente estudo advêm da realização do estágio académico num Hospital, onde foi possível estabelecer um contacto mais profundo com grupos psicoeducativos para mulheres com cancro da mama. Desta forma, foi possível conhecer melhor a problemática em questão, bem como as dificuldades e os sentimentos apresentados face a uma doença deste tipo. Além

disso, a realização do trabalho final de Licenciatura nesta mesma área permitiu verificar que a relação entre QDV e Espiritualidade no cancro da mama é ainda, alvo de pouco consenso e de alguma desvalorização. Por conseguinte, devido a estas constatações, foi proposto trabalhar este tema, com o intuito de poder ser uma mais valia no apoio dado a doentes com esta patologia.

No Capítulo I, será realizada uma breve abordagem ao cancro da mama, mais concretamente, serão explanados aspectos biopsicossociais do cancro da mama, a avaliação e intervenção biopsicossocial no cancro da mama. No Capítulo II, faz-se uma abordagem ao construto QDV (Relacionada com a Saúde), foca-se a avaliação da QDV em contextos de Saúde/Doença e, por último, faz-se referência à QDV e cancro da mama. No Capítulo III, abordam-se os mesmos pontos do Capítulo II, mas no âmbito da Espiritualidade, e, por último, aborda-se os dois construtos conjuntamente (QDV e Espiritualidade).

A fundamentação teórica apresentada nos capítulos supracitados possibilitou uma visão integral para a realização da parte prática deste trabalho. Assim, no Capítulo IV, apresentam-se todos os passos efectuados durante a pesquisa. Neste sentido, este capítulo inclui objectivos, hipóteses e variáveis do estudo, descrição das participantes, do material utilizado e do procedimento adoptado. Seguidamente, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos.

Desta forma, o presente estudo tem como objectivos explorar a relação entre Bem-Estar Espiritual (BEE) e QDV em mulheres com cancro da mama; clarificar a relação entre a QDV e as variáveis sócio-demográficas e clínicas seleccionadas e entre o BEE e as mesmas variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes. Pretende-se, ainda, identificar o perfil dos elementos da amostra que apresentam pior QDV e pior BEE. Por último, pretende-se analisar a relação entre as respostas obtidas através do “*The Functional Assesment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale*” (FACIT Sp-12) e da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS).

Para a concretização destes objectivos, a amostra do presente estudo foi seleccionada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, maior de idade, ter cancro da mama, ter sido submetida a cirurgia, o último tratamento realizado (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia) ter ocorrido pelo menos há um ano e que a doença não estivesse em progressão. Posteriormente, procedeu-se à administração assistida do Questionário Sócio-demográfico e Clínico delineado para o efeito, do FACT-B e do FACIT-Sp-12, adaptado e validado para o contexto português pelo *FACIT Translation Project* (Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002; Webster, Cella, & Yost, 2003) e, por último, em 15 das participantes procedeu-se a aplicação da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa positiva forte/alta entre o BEE e a QDV. Assim, quanto maior o BEE apresentado pelos sujeitos da amostra melhor a sua QDV, o que vai ao encontro de outros estudos. Ainda, no presente estudo, na exploração de possíveis relações entre o BEE ou a QDV e idade, escolaridade e o tempo de diagnóstico, não se verificaram relações estatisticamente significativas. Também, não se verificaram diferenças na QDV e no BEE, ao ter em conta o tipo cirurgia.

Desta forma, tornou-se pertinente analisar as características das participantes que apresentaram pior QDV, tendo-se identificado algumas características que a literatura apresenta como preditores de uma menor QDV. Analisou-se, ainda, as características das participantes com pior BEE, onde reconheceu-se algumas características defendidas pela literatura.

No que respeita, a relação entre o FACIT-Sp 12 e a EAECS verificou-se uma correlação linear significativa forte/muito alta entre os resultados totais, subescalas e entre os totais e as subescalas.

Em suma, alguns dos resultados encontrados permitem verificar que a intervenção, numa doença como o cancro da mama, deve por vezes ser realizada a um nível comunitário que reúna diferentes intervenientes.

Capítulo I – Cancro da Mama

1.1. Aspectos biopsicossociais

Cancro. Um cancro é o resultado de um longo processo que necessita de várias modificações da célula (Couvreur, 1999/2001).

Efectivamente, as células saudáveis presentes no corpo humano crescem, dividem-se e morrem de uma forma sistemática (Macarrula et al., 2009). Desta forma, quando uma célula se divide, ocorre a formação de outras duas precisamente iguais à inicial, com componentes e funções iguais (Macarrula et al., 2009). Esta divisão ocorre através de mecanismos presentes no Ácido Desoxirribonucleico (ADN), sendo que quando estes mecanismos não funcionam de forma correcta pode existir um crescimento descontrolado da célula e, por conseguinte, o desenvolvimento de um cancro ou tumor (Macarrula et al., 2009). Em suma, cancro é um crescimento incontrollável de células anormais, que resulta numa massa de tecido a que se dá o nome de tumor (Macarrula et al., 2009; Ogden, 2000/2004; Ribeiro, 2005a).

Neste sentido, para que uma célula normal se torne cancerígena, é necessário ocorrer o processo de carcinogénese, sendo definido pela capacidade que a célula adquire de se multiplicar descontroladamente e de se apoderar de outros órgãos (Macarrula et al., 2009). Assim, os agentes cancerígenos conseguem produzir uma alteração celular que inicia a carcinogénese, existindo numa primeira fase uma alteração num ou mais genes compreendidos no ADN da célula-alvo (Macarrula et al., 2009). Por conseguinte, quando ocorre esta alteração a célula morre ou repara o dano ocorrido no material genético (Macarrula et al., 2009). Todavia, as células cancerígenas fogem a este mecanismo e dividem-se com a alteração no ADN, assim, as células-filhas recebem a mesma alteração da célula-mãe e com a actuação de novos agentes cancerígenos desenvolve-se um cancro ou tumor (Macarrula et al., 2009).

Desta forma, existem dois tipos de tumores: os benignos e os malignos (Ogden, 2000/2004). Os benignos são aqueles que não têm a capacidade de se espalhar pelo corpo e invadir órgãos vizinhos, enquanto os malignos apresentam essa capacidade e

prejudicam os tecidos e órgãos vizinhos, libertando células tumorais para o sistema linfático ou sanguíneo (Macarrula et al., 2009; Ogden, 2000/2004).

Existem quatro tipos de tumores malignos: os carcinomas, que são a maioria e têm origem nas células dos tecidos; os sarcomas, que aparecem no tecido conjuntivo, afectando os ossos, cartilagens, vasos sanguíneos; os linfomas, que afectam o sistema linfático; e, por último, as leucemias, com origem no sangue (Ogden, 2000/2004; Ribeiro, 2005a).

Segundo Mendelsohn (1991, citado por Ribeiro, 2005a), o cancro apresenta quatro características que o definem: a clonalidade, isto é, na maioria das vezes, o cancro tem origem numa única célula que reproduz clones da célula anormal; a autonomia, já que o seu crescimento não é regulado de forma apropriada; a anaplasia, porque não existe uma coordenação apropriada da diferenciação celular; e, por último, a metástase, pois as células afectadas apresentam a capacidade de crescer descontinuamente, afectando as outras células saudáveis. Assim sendo, o cancro pode desenvolver-se em qualquer célula de qualquer órgão do corpo humano (Macarrula et al., 2009). De salientar que conforme o tipo de tumor existirá uma preferência pelo local da formação de metástases, por exemplo, no cancro da mama a localização das metástases ocorre, normalmente, ao nível do osso, fígado, pulmão e cérebro (Macarrula et al., 2009). Efectivamente, existem também tumores com uma maior aptidão para formar metástases do que outros, como por exemplo os tumores cerebrais e da zona otorrinolaringológica (Macarrula et al., 2009).

Desta forma, existe um conjunto de factores de risco para o desenvolvimento de qualquer tipo de cancro (Green & Shellenberger, 1991, citado por Paúl, 1995), considerando-se factor de risco como “toda a circunstância ou situação que aumenta a probabilidade de uma pessoa contrair uma doença como o cancro” (Macarrula et al., 2009, p. 21). Então, as pessoas expostas a um certo factor de risco apresentam maior probabilidade de sofrer um tipo de cancro (Macarrula et al., 2009).

Estes factores são: biológicos (por exemplo, hábitos tabágicos, alimentação pobre, disfunção celular e exposição a agentes cancerígenos), psicológicos (por

exemplo, falta de expressão emocional e desânimo) e os sociais (por exemplo, isolamento dos pais e social e falta de apoio social) (Green & Shellenberger, 1991, citado por Paúl, 1995).

Por sua vez, Macarrula et al. (2009) defendem que os factores de risco podem ser tóxicos, incluindo o tabaco e o álcool. Assim, o tabaco influencia negativamente (relação causa-efeito) o desenvolvimento de vários tumores, entre os quais: cancro de pulmão, da cavidade oral, faringe, laringe, esófago, pâncreas, bexiga urinária, pélvis renal e pode ainda influenciar o desenvolvimento do tumor do cólon, do útero e do estômago (Macarrula et al., 2009). O consumo de álcool também se prende com o desenvolvimento de diferentes tumores, entre os quais: cancro da cavidade oral, laringe, esófago e fígado (Macarrula et al., 2009). Os mesmos autores defendem, também, que os factores profissionais são factores de risco de extrema importância para determinados grupos expostos a certas substâncias nocivas. Analogamente, referem que a dieta alimentar é um factor de risco quando ocorre o consumo excessivo de gorduras, que se relacionam com o aparecimento do cancro do cólon, da próstata e da mama. Por sua vez, uma dieta alimentar equilibrada protege o organismo do desenvolvimento de processos cancerosos (Macarrula et al., 2009).

A hereditariedade é, também, um factor de risco, pois certos tipos de cancros, como, por exemplo, o da mama, podem desenvolver-se devido à existência de um gene cancerígeno na família (Macarrula et al., 2009). Todavia, estes autores referem que só entre 5 a 10% dos tumores da mama é que são hereditários, sendo que alguns dos sinais de alerta para a hereditariedade do tumor são: a juventude do doente, dois ou mais familiares afectados pelo mesmo tumor ou por tumores geneticamente relacionados, associação de diferentes tipos de tumores num mesmo paciente ou família, e por último, no caso do tumor da mama, a existência de tumores da mama bilaterais no mesmo paciente. Para estes autores, existem, ainda, outros factores de risco como por exemplo as radiações solares, as radiações ionizantes e a exposição a agentes infecciosos.

Efectivamente, segundo Ribeiro (2005a), a maioria dos cancros poderiam ser evitados através de um conjunto de modificações comportamentais, pois, como referiram Smith e Jacobson (1989, citado por Ogden, 2000/2004), 30% dos cancros

relaciona-se com o consumo de tabaco, 35% com a alimentação, 7% com o comportamento reprodutor e sexual e 3% com o álcool.

Neste âmbito, existem ainda investigações que defendem a existência de factores psicológicos no aparecimento da doença oncológica, tais como: depressão, dificuldades de relacionamento interpessoal, personalidade dependente e subestimada a um objecto ideal e a impossibilidade de exprimir a impulsividade agressiva (Justo, 2001). Ogden (2000/2004) e Ribeiro (2005a) referem ainda que o *stress*, os acontecimentos de vida, os estilos de *coping* e a percepção de controlo podem influenciar o desenvolvimento do cancro.

Contudo, existem inúmeras pessoas com estas características que não desenvolvem qualquer tipo de doença oncológica (Justo, 2001; Macarrula et al., 2009). Além disso, normalmente, é necessário que exista uma actuação conjunta de vários factores para ocorrer o desenvolvimento de um tumor (Macarrula et al., 2009).

Efectivamente, Green e Shellenberger (1991, citado por Paúl, 1995) defendem também um conjunto de factores que diminuem o risco de desenvolver cancro. Estes são: biológicos (por exemplo, ausência de contacto com agentes cancerígenos, dieta alimentar rica e exercício físico), psicológicos (por exemplo, amizade, empatia, vontade de viver, atitude positiva, objectivos de vida, capacidade de controlo, optimismo e humor) e sociais (por exemplo, boa rede de apoio familiar e social). De salientar a importância do exercício físico na prevenção do cancro, pois a sua prática regular diminui o risco de sofrer determinados tipos de cancro, bem como da ocorrência da obesidade, factor associado ao desenvolvimento de tumores (Macarrula et al., 2009). Corroborando esta ideia, Marques (2003, p. 465) refere que o exercício físico regular “parece diminuir o cancro da mama entre 12% a 60%”.

Ainda no âmbito da doença oncológica, a Medicina tem vindo a desenvolver medidas de prevenção, entre as quais: as medidas de prevenção primária, que pretendem evitar que a população saudável seja exposta a um certo agente cancerígeno, e as medidas de prevenção secundária, em que o objectivo principal é diminuir a mortalidade - por exemplo, no caso do cancro da mama o programa consiste na

realização da mamografia e do exame físico anual a todas as mulheres com mais de 40 anos, pretendendo detectar lesões malignas que possam estar em fase inicial (Macarrula et al., 2009).

Cancro da Mama. O cancro da mama é o mais frequente, a nível mundial (Macarrula et al., 2009), bem como em Portugal (Macedo et al., 2008; Pimentel, 2006) e a segunda causa de morte por doença do foro oncológico (Jemal et al., 2002, citado por Faria et al., 2004). Em Portugal, nove em cada treze mulheres sofrem de cancro da mama ao longo da vida, sendo cerca de 4500 os novos casos diagnosticados por ano (Macarrula et al., 2009). Efectivamente, a incidência do cancro da mama tem vindo a aumentar gradualmente, devendo-se em parte a detecção precoce de pequenos tumores, bem como aos progressos tecnológicos que permitem um melhor diagnóstico (Marques, 2003). Este tem um prognóstico imprevisível e uma terapêutica discutível, sendo um cancro hormonodependente (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003).

A mama feminina é formada por múltiplos lóbulos (unidades produtoras de leite), ductos (canais que ligam os lóbulos ao mamilo) e estroma (tecido adiposo e conjuntivo) que rodeia e suporta os ductos, lóbulos e vasos linfáticos (Ogden, 2004/2004). Normalmente, o cancro da mama localiza-se nos quadrantes externos (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003), podendo desenvolver-se na pele, glândula mamária, ducto, gordura, nervo, músculo, vasos sanguíneos ou tecido fibroso (Ogden, 2004/2004).

Segundo Ogden (2004/2004), existem dois tipos de cancro da mama: os não invasivos (confinados a uma área, por exemplo, aos ductos ou aos lóbulos) e os invasivos (espalhados pelos tecidos envolventes). A maioria dos cancros da mama são adenocarcinomas, isto é, não invasivos porque têm origem nos ductos ou nos lóbulos da mama, que são tecidos glandulares (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003).

Adicionalmente, os cancros da mama não invasivos podem ser de dois tipos: o carcinoma ductal *in situ* – é o tumor da mama não invasivo mais frequente, pressupõe que existam células nos ductos lactíferos da mama que começaram a dividir-se e a crescer de forma anormal, sendo a mamografia o melhor método para diagnosticar o cancro da mama nesta fase precoce; e o carcinoma lobular *in situ* – embora não seja um verdadeiro cancro,

este é por vezes classificado como um cancro da mama não invasivo, sendo que as mulheres que apresentem carcinoma lobular *in situ* têm um maior risco de desenvolver cancro da mama invasor (Ogden, 2004/2004).

A mesma autora (Ogden, 2004/2004) refere que os cancros da mama invasivos podem ser de quatro tipos:

1) Carcinoma ductal –é o cancro invasor da mama mais frequente, tem origem nos ductos e invade os tecidos vizinhos, podendo disseminar-se através dos vasos linfáticos ou do sangue, atingindo outros órgãos;

2) Carcinoma lobular – tem origem nas unidades produtoras de leite, ou seja, nos lóbulos, pode disseminar-se para outras partes do corpo, nem sempre apresenta um caroço definido e é o cancro com maior probabilidade de ser diagnosticado nas duas mamas;

3) Cancro Inflamatório da mama – é um cancro agressivo, mas infrequente, que acontece quando as células afectadas bloqueiam os canais linfáticos das mamas;

4) Doença de Paget – é um cancro raro que se inicia nos ductos e que muitas vezes se confunde com uma simples infecção ou inflamação.

Segundo Ogden (2004/2004), não existe ainda uma causa conhecida para o aparecimento do cancro da mama, sendo nomeados alguns factores de risco: a idade, a exposição prolongada ao estrogénio (início precoce da menstruação, início tardio da menopausa, idade avançada aquando do primeiro parto, não ter filhos e o excesso de peso após a menopausa), história familiar de cancro da mama, história prévia de existência de cancro da mama, doença benigna da mama anteriormente diagnosticada, e ainda mulheres que foram sujeitas a terapia por radiação. Existem ainda estudos que defendem o aumento do risco pela existência de outros factores, tais como: terapia hormonal de substituição por um período superior a 5 anos, o uso da pílula de controlo da natalidade, consumo de álcool, uma dieta rica em gordura, *stress* e ansiedade, pesticidas e ainda ser submetida ao tratamento da infertilidade por fertilização *in vitro* (Ogden, 2004/2004; Sakorafas, Krespis & Pavlakis, 2002). Marques (2003), também, refere a menarca precoce, a menopausa tardia, mulheres nulíparas, mulheres com a primeira gestação depois dos 35 anos, factores

hormonais, factores genéticos, idade, doenças mamárias benignas, radiações ionizantes, factores de origem geográfica, factores ambientais, factores alimentares e consumo excessivo de álcool, como factores de risco para o aparecimento do cancro da mama.

O cancro da mama pode apresentar diversos sintomas: aparecimento de nódulo ou endurecimento da mama ou axila, mudança no tamanho ou no formato da mama, alteração na coloração ou na sensibilidade da pele da mama ou da auréola, secreção contínua por um dos ductos, retracção da pele da mama ou do mamilo e inchaço significativo ou retracção da pele (American Cancer Society [ACS], 2007; Ogden, 2004/2004).

O cancro (da mama), após ser conhecido, é classificado em estádios que vão de 0 a IV. Para situar o cancro da mama num dos estádios, o profissional de saúde terá em conta o tamanho e tipo de tumor, se este encontra-se numa fase inicial ou avançada, a sua agressividade e o facto de já estar ou não disseminado (Ogden, 2004/2004). Efectivamente, saber o estádio em que se encontra o tumor é de extrema importância para que o médico escolha o tratamento mais adequado e elabore um prognóstico mais realístico para o doente (Macarulla et al., 2009).

De seguida, será apresentada a descrição sucinta de cada um dos estádios (Ogden, 2004/2004):

- 1) Estádio 0: corresponde ao Carcinoma ductal *in situ* ou lobular *in situ* e não há disseminação para fora das mamas;
- 2) Estádio I: quando o tumor tem até 2cm, sem qualquer evidência de se ter espalhado pelos gânglios linfáticos próximos ou a outras partes do corpo;
- 3) Estádio II: o tumor não tem mais de 2 cm, mas encontra-se espalhado aos gânglios linfáticos; ou o tumor tem entre 2 e 5 cm e pode ou não ter-se espalhado aos gânglios linfáticos; ou ainda o tumor tem mais de 5 cm, mas não se espalhou aos gânglios linfáticos. O cancro não se espalhou a outros órgãos do corpo;

4) Estádio III: o tumor tem mais de 5 cm e há envolvimento dos gânglios linfáticos da axila do lado da mama afectada. O cancro não se espalhou a outros órgãos do corpo;

5) Estádio IV: o tumor pode ter qualquer tamanho e espalhou-se a qualquer parte do corpo, apresentando metástases no fígado, ossos, pulmão, pele ou outras partes do corpo. Neste estágio, o tumor pode também ter-se espalhado localmente à pele e aos gânglios linfáticos.

Independentemente da localização do cancro, a taxa de sobrevivência depende, essencialmente, da invasão ganglionar (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003), sendo que o prognóstico é estabelecido em função dos resultados do estudo carcinológico, cardiopulmonar, da função hepática e da radiografia da bacia, para pesquisa de metástases, hormonal, sobre a presença ou não de actividade estrogénica, e geral (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003).

Efectivamente, por tudo o que acarreta uma doença como o cancro, deduz-se que a existência de um diagnóstico deste tipo e a sua vivência possa ser um evento stressante, que afecte profundamente múltiplos aspectos da vida do indivíduo (Parker, Baile, Moor & Cohen, 2003). Assim, o cancro pode mudar a forma como os indivíduos percebem o ambiente que os rodeia e as experiências associadas resultam num “desequilíbrio espiritual” (Pimentel, 2006, p. 11).

A doença é um foco contínuo de ansiedade e *stress*, tal como o seu tratamento e efeitos iatrogénicos (Matos & Pereira, 2002b), o que contribui para a morbidade psicológica (Deep & Leal, 2000, Massie & Popkin, 1998, Meyerowitz, 1980, Nezu et al., 1998, citado por Patrão, Leal & Maroco, 2008).

Assim sendo, a maioria dos pacientes com doença oncológica manifesta perturbações psicopatológicas, sobretudo depressão e ansiedade, que tendem a estar associadas ao tipo de neoplasia e aos tratamentos propostos (Santos, Santos & Abrantes, 1996). Do mesmo modo, Ribeiro (2005a) refere que o cancro provoca inúmeros efeitos psicossociais, entre eles, a depressão, a ansiedade, perturbações mentais orgânicas como

delírio ou demência e um desequilíbrio ao nível familiar. Corroborando ainda esta ideia, Ogden (2000/2004) refere que 20% dos doentes com qualquer tipo de cancro podem apresentar depressão grave, luto, falta de controlo, mudanças de personalidade, fúria e ansiedade.

Realmente, os doentes oncológicos apresentam um elevado sofrimento pelo facto de ter uma doença grave; por esta doença acarretar diferentes tipos de limitações (funcionais, familiares, profissionais e sociais); porque os tratamentos têm efeitos colaterais; e ainda porque estas vivências propiciam o desenvolvimento de situações depressivas ou o seu agravamento em caso de pré-existência (Justo, 2002). Segundo o mesmo autor, estes factos são preocupantes, pois as reacções são auto-debilitantes, isto é, a situação depressiva enfraquece o sistema imunológico, sendo um factor de risco para a pessoa doente.

Neste sentido, Kneier e Temoshoc (1984, citado por Matos & Pereira, 2002a) referem a existência de quatro respostas específicas ao diagnóstico de qualquer tipo de cancro: espíritos de luta, isto é, doentes que aceitam a doença, mas procuram recursos e informação para combatê-la; evitamento positivo (negação), ou seja, os doentes negam o diagnóstico e minimizam-no; fatalismo (aceitação estóica), que acontece quando os doentes aceitam o diagnóstico, mas assumem uma posição passiva; e, por último, a desesperança/sensação de incapacidade, que se caracteriza pela ideia de que a vida chegou ao fim e que ninguém poderá ajudar.

Assim sendo, a vivência de um cancro da mama pode também levar a mulher a experienciar um conjunto de eventos stressantes, com repercussões físicas, emocionais, familiares, laborais e sociais (Silva & Santos, 2008; Vieira, Lopes & Shimo, 2007).

Desta forma, as pessoas reagem ao diagnóstico de cancro da mama de diversas formas, entre as quais: choque, reagindo com incredulidade e negação à situação e sentindo-se de fora da mesma; angústia aguda, em que ocorrem sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade e desespero; procura de significado, em que desejam encontrar a causa para a sua doença; procura de mestria ou controlo, para encontrar formas de controlar a doença (como, por exemplo, adoptam uma dieta diferente e equilibrada); e,

por último, a melhoria da auto-estima, através da comparação da sua experiência com a experiência de outras mulheres (Ogden, 2004/2004). Contudo, este tipo de reacções não é estanque, dependendo da doença, mais concretamente da fase da doença, se está disseminada e do tratamento ao qual a mulher é submetida; da fase do ciclo da vida em que a mulher se encontra; do apoio social, incluindo família, amigos e religião; e, por último, mas não menos importante, da personalidade, recursos internos, valores e modelos emocionais da própria pessoa (Ogden, 2004/2004).

O impacto psicossocial que um cancro da mama pode ter na mulher é, efectivamente, muito poderoso; corroborando esta opinião, Ramos e Patrão (2005) defendem que o cancro da mama tem repercussões em diferentes níveis, nomeadamente, a nível físico, psicológico e social. Desta maneira, muitas vezes as mulheres experimentam elevados níveis de ansiedade e/ou depressão como resposta emocional (Epping-Jordan, 1999, Jacobs & Bovasso, 2000, Messie & Popkin, 1998, Payne et al., 1999, Russel, Craig & Messie, 1998, Watson et al., 1999, citado por Patrão & Leal, 2004); além desta sintomatologia, é também comum a presença de preocupação com a imagem corporal (Spencer et al., 1999, citado por Patrão, 2008). Existem ainda outros estudos que referem que este tipo de acontecimentos pode ter consequências negativas também a nível do bem-estar psicológico e somático, relacionamento sexual e conjugal, auto-estima e identidade (Baltar, Ribeiro & Torres, 2004).

Pinder et al. (1993, citado por Ogden, 2000/2004, p. 371) estudaram mulheres com cancro da mama passível de ser operado e as suas respostas emocionais e concluíram que estas podiam variar de uma “ligeira perturbação de humor até estados clínicos de depressão e ansiedade”. Segundo Kiebert et al. (1991, citado por Ogden, 2000/2004), o tipo de cirurgia a que as mulheres com cancro da mama eram submetidas não parecia relacionar-se com os estados emocionais. No mesmo sentido, Hugson et al. (1987, citado por Ogden, 2000/2004) concluíram que não existia relação entre o estado emocional e a realização de radioterapia. Contudo, existia uma relação entre o estado emocional e a realização de quimioterapia a médio prazo (Hugson et al., 1986, citado por Ogden, 2000/2004).

Em suma, uma doença como o cancro da mama pode ter repercussões físicas, psicológicas, sociais, familiares e profissionais, sendo uma grande ameaça para quem o enfrenta e uma grande confrontação com a vulnerabilidade que o Ser Humano apresenta (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Efectivamente, segundo os mesmos autores (p. 143) o “cancro é mais que um diagnóstico, é uma experiência global que altera o significado de vida da pessoa e da família”.

1.2. Avaliação biopsicossocial

O diagnóstico médico realiza-se a partir dos sintomas, dos sinais e das descobertas provenientes de observações complementares (Macarrula et al., 2009). Efectivamente, o processo de diagnóstico ocorre desde logo através da recolha de informação junto do paciente numa entrevista clínica, bem como de uma adequada observação física, pelo médico (Macarrula et al., 2009). Assim, após a obtenção desta informação clínica, o médico prescreverá exames complementares para finalizar o diagnóstico (Macarrula et al., 2009).

Desta forma, diagnosticar uma doença engloba três fases primordiais: primeiramente, deve-se localizar o órgão de origem do tumor; em segundo lugar, deve-se colher uma amostra do tecido em questão para confirmação do diagnóstico de cancro; por fim, deve-se proceder à análise e estudo da extensão da doença, sendo que tal permitirá perceber se a doença está localizada somente naquele órgão ou, pelo contrário, encontra-se metastizada noutros órgãos (Macarrula et al., 2009).

Neste sentido, no diagnóstico do cancro os exames complementares comumente utilizados são: as técnicas de diagnóstico de imagem, as técnicas endoscópicas, as biópsias e os testes de laboratório (Macarrula et al., 2009).

Consequentemente, o diagnóstico de cancro da mama baseia-se em vários exames dentro das categorias supracitadas, tais como a mamografia, a ecografia mamária, diferentes tipos de biópsia e, ainda, através do exame ao sangue para verificar os níveis dos marcadores tumorais (Macarrula et al., 2009; Quevauvilliers & Perlemuter,

2001/2003). Todavia, o auto-exame da mama pode motivar tais exames mais complexos.

Auto-Exame da Mama. O auto-exame da mama é uma forma de exame específica que consiste na observação cuidada das mamas e na sua palpação (Núcleo Regional do Centro Liga Portuguesa Contra o Cancro [NRCLPCC], 2002), ou seja, diz respeito à observação e palpação da mama pela própria mulher todos os meses (Santos & Teixeira, 2000). Contudo, um médico ou enfermeira especialista em cuidados da mama conseguirá, através da palpação da mama, identificar a existência de um caroço e conhecer as suas características (Ogden, 2004/2004).

Este exame é recomendado a todas as mulheres, em todas as etapas da vida (Copland, 1998). Na sua realização existem 3 fases fundamentais: a observação em frente ao espelho; a palpação de pé; e, por último, a palpação deitada (Silva, s/data). O seu principal objectivo prende-se com a detecção precoce de nódulos ou alterações da mama (S/autor, 1992), que devem ser logo comunicados ao médico (Stoppard, 1992).

Este deve ser realizado uma vez por mês, logo após a menstruação, pois vai permitir que a mulher conheça as suas mamas, saiba observá-las e apalpar (NRCLPCC, 2002). Este procedimento apresenta como principais vantagens não ser invasivo e poder ser realizado pela própria mulher (NRCLPCC, 2002). Todavia, é necessário ter em conta que este exame vai perdendo sensibilidade com o aumento da idade da mulher (Marques, 2003). Além disso, esta técnica deve ser “inspeccionada” pelos médicos com as mulheres para que se sinalizem e corrijam erros existentes (Marques, 2003).

Mamografia. A mamografia é o exame radiológico das mamas em mulheres assintomáticas, a intervalos regulares (Aguillar & Bauab, 2003), com o objectivo de detectar precocemente alterações mínimas e detectar nódulos não perceptíveis à palpação (Silva, s/data).

Assim, a mamografia consiste numa imagem registada numa placa ou filme fotográfico, obtida através da exposição desta placa ou filme sob uma fonte de radiação de alta energia (raios X) (Macarrula et al., 2009). Este é um exame simples e seguro,

pois são usadas doses baixas de raios X, para obter uma imagem da mama de diferentes perspectivas (Silva, s/data). A mama é comprimida e achatada entre duas placas e pode ser examinada de cima, de lado ou de ambas as perspectivas (Ogden, 2004/2004). Neste sentido, é permitido revelar o tecido mole que possa existir (Copland, 1998), daí que não seja uma técnica indicada para mulheres jovens, pois as suas mamas são mais densas, logo, de difícil interpretação (Ogden, 2004/2004; The Steering Committee, 1998a). Desta forma, a mamografia permite verificar a extensão da lesão, bem como a existência de lesões adicionais próximas (Tiezzi, 2007).

A realização regular da mamografia tem várias vantagens, tais como: investigar e detectar a patologia mamária em fase pré-clínica e fazer a triagem relativamente ao cancro da mama, facilita a detecção de tumores que são demasiado pequenos para serem encontrados através do auto-exame da mama e potencia o aumento significativo do período de detecção precoce e, conseqüentemente, reduz as taxas de mortalidade (S/autor, 1992). Além disso, com a mamografia podem ser evidenciadas características malignas (como por exemplo: opacidade regular, estelar, espiralada ou em nebulosa, um espessamento ou retracção da pele do mamilo em relação ao tumor; microcalcificações anárquicas, sem opacificações ou com opacificações ganglionares na axila) (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003).

É de salientar que caso o exame clínico seja negativo, raramente a mamografia deve ser realizada antes dos 40 anos, excepto quando há antecedentes de história familiar de cancro da mama ou quando a mulher já teve o problema numa das mamas (Aguillar & Bauab, 2003; Silva, s/data). A partir dos 40 anos a mamografia deve ser realizada de 2 em 2 anos, contudo, poderá ser necessária a repetição da mamografia em períodos inferiores a 1 ano, caso persistam dúvidas (Silva, s/data). O mesmo autor, bem como Marques (2003) referem que a partir dos 50 anos o exame deverá ser realizado anualmente. Contudo, Aguillar e Bauab (2003) e Stoppard (1992) defendem a realização de uma mamografia de referência entre os 35 e os 39 anos.

Ecografia Mamária. A ecografia produz uma imagem idêntica à de uma radiografia, em que os padrões são produzidos por ecos de ondas sonoras reproduzindo o tecido (Copland, 1998; Macarrula et al., 2009; Ogden, 2004/2004).

O exame é indolor, já que será aplicado na mama um gel e, de seguida, o médico fará deslizar uma sonda sobre a sua superfície, esmiuçando a imagem que aparece no computador (Ogden, 2004/2004). Neste sentido, existe um pequeno objecto chamado transdutor que emite ondas ultra-sons para a área do corpo que se pretende estudar, recebendo o seu eco, e o computador transmite o eco para uma imagem (Macarrula et al., 2009).

Esta é útil para examinar as mamas das mulheres mais jovens devido à sua densidade (Copland, 1998; Ogden, 2004/2004; The Steering Committee, 1998b) e, além disso, é ainda utilizada quando existem dúvidas ou suspeitas para uma melhor clarificação (The Steering Committee, 1998b). Efectivamente, com a ecografia mamária pode-se diferenciar nódulos ou tumores evidentes ou que apareceram na mamografia e verificar se o tumor encontrado é sólido ou líquido, determinando se é benigno ou não (Macarrula et al., 2009).

Desta forma, através da ecografia, pode-se verificar as seguintes suspeitas: uma lacuna irregular ou atenuação acústica ou tumefacção com contornos desestruturados com verticalização do eixo maior em relação aos planos cutâneos (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003).

Biopsia. A biopsia consiste na extracção de uma amostra de tecido, obtida por métodos invasivos, para análise microscópica, sendo que existem diversos tipos (Macarrula et al., 2009). Existindo diversos tipos de biópsias, as mais utilizadas no cancro da mama são: a biopsia excisional, a biopsia incisional, a biopsia obtida mediante a punção-aspiração com uma agulha de reduzido calibre (PAAF), a biopsia por punção com agulha grossa/ core biopsia/ tru-cut (Macarrula et al., 2009).

A biopsia excisional, que consiste na extracção do órgão ou tumor durante a cirurgia, assume uma função diagnóstica, mas também uma função terapêutica, pois tumor pode ser completamente retirado (Macarrula et al., 2009). Por outro lado, a biopsia incisional consiste na extracção de uma parte do tecido, massa ou tumor, para obtenção de material histológico (Macarrula et al., 2009). Todavia, estes autores,

referem que muitas vezes acaba por obrigar a um outro conjunto de tratamentos pois não existe uma extracção completa do tumor.

Por sua vez, a PAAF assemelha-se a uma citologia, em que se obtêm células isoladas que depois se espalham numa lamela para estudo microscópico (Macarrula et al., 2009). Todavia, estes autores referem que este tipo de biopsia não oferece garantias de um diagnóstico correcto. Por último, a biopsia por punção com agulha grossa/ core biopsia/ tru-cut realiza-se através do uso de pistolas automáticas, mais concretamente, coloca-se inicialmente a agulha em modo de pré-disparo, através da palpação ou exame de imagem, pressiona-se o disparo e a parte interior da agulha atravessa a lesão, aspirando o tecido e recolhendo uma amostra para análise (Macarrula et al., 2009).

Análise ao sangue – Marcadores tumorais. Através de uma simples análise sanguínea pode-se verificar de uma forma indirecta o grau de funcionamento dos órgãos e de que forma estes foram afectados, bem como monitorizar as células sanguíneas durante o decorrer dos tratamentos para o cancro (Macarrula et al., 2009).

Desta forma, as análises ao sangue permitem determinar inúmeros parâmetros bioquímicos, que por sua vez têm diferentes utilidades, entre as quais: a confirmação da suspeita de um diagnóstico de um paciente com sintomas; o controlo dos parâmetros bioquímicos durante o tratamento; e por último, o diagnóstico precoce quando não existem sintomas, mas existem factores de risco (Macarrula et al., 2009). Assim, os marcadores tumorais são substâncias que podem encontrar-se em valores superiores ao normal no sangue, urina ou tecidos do corpo em pacientes com cancro (Macarrula et al., 2009), isto é, são macromoléculas que estão presentes no tumor, no sangue ou em líquidos biológicos, em que, normalmente, o seu aparecimento ou alterações indicam a origem e o crescimento de células neoplásicas (Almeida et al., 2007). Os mesmos autores referem que os marcadores tumorais podem ser produzidos pelo próprio cancro ou pelo organismo como resposta a este.

É de salientar a importância que a medição dos marcadores tumorais tem na detecção e diagnóstico de alguns cancros (Macarrula et al., 2009). Todavia, não é condição exclusiva e suficiente para que o diagnóstico ocorra com certeza (Macarrula et

al., 2009). Efectivamente, os marcadores tumorais podem apresentar-se elevados em indivíduos com situações benignas, além disso, em fases precoces da doença os valores podem não estar alterados, e os marcadores tumorais podem aumentar devido ao efeito de vários tipos de cancro (Macarrula et al., 2009).

Os marcadores tumorais são medidos, ainda, para monitorização da terapia, bem como para verificar a etapa onde se encontra a doença e para controlar a recaída (Macarrula et al., 2009). Em suma, os marcadores tumorais são úteis nas diferentes situações: auxílio no diagnóstico; descoberta do estágio da doença; avaliação da resposta terapêutica; detecção de recidivas; e, por último, prognóstico (Almeida et al., 2007).

No caso do cancro da mama, o marcador tumoral que mais se estuda é o CA 15.3 (Macarulla, Ramos & Tabernero, 2009). O estudo deste marcador prende-se sobretudo com a monitorização da terapia, principalmente quando o cancro se encontra bastante avançado, visto que este raramente sobe quando a doença se encontra em fase precoce (Macarrula et al., 2009); mas também pode ser utilizado para diagnóstico precoce de uma recidiva (Almeida et al., 2007). Este marcador tumoral pode também aumentar em outras situações cancerosas, como é o caso do cancro nos ovários, pulmão e próstata; bem como em doenças benignas da mama, endometriose, doença pélvica inflamatória, hepatite, gravidez e amamentação, entre outras (Almeida et al., 2007; Macarrula et al., 2009).

Além do marcador CA 15.3, segundo Almeida et al. (2007, p. 310), o marcador tumoral CA 27.29, por vezes, é utilizado para detectar recidivas; bem como, o marcador Catepsina D, que permite verificar a metastização, concretamente, ao nível dos “linfonodos axilares”, sendo que altos níveis deste marcador podem evidenciar um pior prognóstico.

Para além destes marcadores tumorais, existe o C-erbB-2, cuja utilização, segundo Almeida et al. (2007), é muito controversa. Contudo, os estudos que defendem o seu uso referem que se este valor estiver muito aumentado os doentes com cancro da mama

terão mais benefícios na utilização de doses elevadas de quimioterapia (QT) (Almeida et al., 2009).

Neste sentido, e tendo em conta tudo o que foi dito, o estudo dos marcadores tumorais deve ser sempre realizado com cuidado e como exame complementar de um outro conjunto de exames (Almeida et al., 2007).

O diagnóstico de um cancro da mama pode propiciar momentos de angústia, sofrimento e ansiedade (Lotti, Barra, Dias & Makluf, 2008). Assim, a avaliação, e consequentemente, diagnóstico não deve colocar de lado o impacto biopsicossocial que este pode trazer (Alfano et al., 2006).

Desta forma, deve-se avaliar o impacto que o diagnóstico de cancro da mama traz para o doente, sendo que uma das formas mais importantes de o fazer é através da avaliação da QDV (Alfano et al., 2006; Lotti et al., 2008). Efectivamente, através desta avaliação, deve-se verificar o impacto que a doença teve ao nível financeiro, ao nível dos planos laborais ou educacionais, ao nível físico (exercício físico e dieta), ao nível de planos sociais e familiares, bem como em termos de religiosidade (Alfano et al., 2006).

A avaliação de outras variáveis (psicossociais mais ou menos “clássicas” – da depressão à espiritualidade) permitirá à equipa de cuidados obter uma imagem mais compreensiva do doente ao seu cuidado com implicações ao nível da intervenção biopsicossocial a propor.

1.3. Intervenção biopsicossocial

Actualmente, existem vários tipos de tratamento aplicados ao cancro da mama. Na perspectiva da Medicina, o tratamento consiste no “conjunto de meios de qualquer tipo, higiénicos, farmacológicos, cirúrgicos ou físicos”, que pretendem curar ou avaliar os sintomas e as doenças (Macarrula et al., 2009, p. 75). Assim, existem três tipos principais de tratamento: o médico, que utiliza fármacos, mais concretamente a quimioterapia e a hormonoterapia; o cirúrgico, que recorre à cirurgia; e, por último, o físico, que usa radiações para combater a doença, como, por exemplo, a radioterapia

(Macarrula et al., 2009). Estes podem, também, ser classificados como “locais, como a radioterapia e a cirurgia ou sistémicos como a quimioterapia e a terapia hormonal” (Keitel & Kopala, 2000, citado por Ramos & Patrão, 2005, p. 295; Ogden, 2004/2004). Os tratamentos locais permitem remover, destruir ou controlar as células cancerosas numa determinada área; por outro lado, os sistémicos são utilizados para destruir /controlar as células cancerosas em todo o organismo (Ogden, 2004/2004). É de salientar que para o especialista decidir qual o tratamento a realizar vai ter em conta qual o grau e estágio do tumor (Ogden, 2004/2004).

Neste sentido, o tratamento pode pretender eliminar ou curar a doença, bem como aliviar ou oferecer um maior bem-estar ao indivíduo em questão (Macarrula et al., 2009). Porventura, estes tratamentos têm permitido aumentar a vida dos doentes oncológicos e, por vezes, chegar à cura da doença (Macedo et al., 2008).

Cirurgia. A cirurgia consiste na “manipulação mecânica das estruturas anatómicas com uma finalidade médica de diagnóstico, terapêutica ou de prognóstico” (Macarrula et al., 2009, p. 81). Realmente, a cirurgia pode realizar-se com dois objectivos distintos: um primeiro, com intenção curativa, isto é, pretende curar a doença; e um segundo, com uma intenção paliativa, quando é usada no sentido de tratar complicações que advêm da doença (Macarrula et al., 2009).

A cirurgia é, habitualmente, uma escolha para o tratamento do cancro da mama (Ogden, 2004/2004). Efectivamente, em muitos casos, a forma mais segura de terminar com um cancro localizado é, quando possível, extrai-lo juntamente com uma margem adequada do tecido próximo saudável (Rees, 2001). Neste sentido, a cirurgia poderá ser de dois tipos: conservadora (tumorectomia ou quadrantectomia) e não conservadora (mastectomia) (Scarath, Cantin & Levine, 2002).

Na cirurgia conservadora da mama existe uma remoção do tumor junto com uma parte do tecido normal e preserva-se a aparência estética da mama (Scarath et al., 2002). Neste sentido, a tumorectomia consiste na remoção do tumor e algum do tecido circundante e ainda a remoção de alguns gânglios linfáticos da axila; a quadrantectomia corresponde à remoção de um quarto da mama, juntamente com alguns gânglios

linfáticos (Ogden, 2004/2004; Tiezzi, 2007). A remoção dos gânglios linfáticos deve-se a uma questão de prevenção, já que estes têm como principal função exercer uma acção de filtragem e daí que possam deter a disseminação das células cancerosas (Stoppard, 1992). Assim sendo, se estes não estiverem afectados significa que o cancro não está disseminado a outras partes do corpo (Stoppard, 1992). Sempre que possível, os especialistas optam por este tipo de cirurgia (Copland, 1998), pois os efeitos secundários são menos sentidos do que os da mastectomia (Ogden, 2004/2004; Stoppard, 1992). Contudo, este tipo de cirurgia pode também ter os seus efeitos, como por exemplo: a perda de sensibilidade na mama, a mama pode adoptar um tamanho e forma diferente, o mamilo pode alterar-se, pode ainda existir uma cova e a mama parecer mais pequena ou esticada para o lado e, por último, algumas mulheres apresentam dor na mama após a cirurgia que acaba por durar anos (Ogden, 2004/2004).

A mastectomia, que consiste na remoção da mama inteira, incluindo o mamilo (Ogden, 2004/2004; Scarth et al., 2002), pode ser de dois tipos: a simples e a radical modificada (Ogden, 2004/2004). A mastectomia simples total implica a remoção total do seio (Ogden, 2004/2004; Stoppard, 1992), incluindo o mamilo e o excesso de pele, mas não os músculos, podendo ainda ser removidos alguns gânglios linfáticos (Ogden, 2004/2004). Na mastectomia radical modificada, a mama é removida totalmente, juntamente com uma parte do músculo da parede da mama e alguns ou todos os gânglios linfáticos da mama (Ogden, 2004/2004), isto é, consiste na ressecção de toda a mama, da pele, dos músculos peitorais e do tecido ganglionar da axila (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003).

Segundo Olivotto e Levine (2001), a mastectomia só deve ser recomendada quando as lesões são muito difusas e portanto não se consegue remover o tumor totalmente; quando a cirurgia conservadora pode causar um efeito estético inaceitável; ou quando existe uma margem de situação pouco clara após duas ou mais tentativas de excisão. Além disso, é também a melhor opção se se estiver perante um nódulo muito grande num seio pequeno; se o tumor estiver atrás do mamilo; se existirem áreas de carcinoma ductal *in situ* na mama; se a radioterapia for uma contra-indicação para a saúde da mulher em questão; e, por último, se a mulher o preferir (Ogden, 2004/2004).

É de salientar que a realização de uma mastectomia acarreta alguns efeitos secundários, entre os quais: o desequilíbrio de peso em mulheres com peitos grandes, levando a dores de costas e pescoço; a pele da área em que a mama foi removida pode ficar repuxada; a existência da sensação de rigidez; entorpecimento e formigueiro na mama, axila, ombro e antebraço, devido à danificação de alguns nervos e também o entorpecimento constante na zona da cicatriz; por último, existem algumas mulheres com os sintomas do seio fantasma, em que, por exemplo, sentem dores ou prurido como se tivessem ainda a mama (Ogden, 2004/2004).

Quimioterapia (QT). A QT consiste na utilização de medicamentos anticancerosos para matar ou atingir as células cancerosas espalhadas por todo o corpo (Ogden, 2004/2004), sendo estes medicamentos denominados de citostáticos ou citotóxicos (Macarrula et al., 2009).

Os objectivos da administração desta medicação consistem em: curar a doença, promovendo a irradiação de todas as células cancerosas; controlar a doença, impedindo a progressão da mesma; prevenir a doença, utilizando-a como medida profiláctica; e, ainda, aliviar alguns sintomas desconfortáveis em doentes que se encontram numa fase avançada da doença (Caseiro, Costa, Guerreiro & Ascensão, 1997)

Estas drogas actuam a nível celular, assim sendo, interferem no processo de crescimento e divisão das células (Caseiro et al., 1997). De facto, o crescimento e a divisão das células (normais ou tumorais) compreendem uma sequência denominada de “ciclo celular”, que termina com a divisão/multiplicação celular (Caseiro et al., 1997). A actuação da QT consiste na interrupção do ciclo celular, quer a nível das células tumorais, quer das normais (Caseiro et al., 1997; Macarrula et al., 2009).

A QT é realizada, normalmente, de 3 em 3 semanas, em ciclos de 21 a 28 dias, entre 3 meses a um ano, dependendo da situação clínica do indivíduo (Ogden, 2004/2004). É de salientar que este tipo de medicação é frequentemente administrada durante várias sessões ou ciclos (Caseiro et al., 1997). Efectivamente, a administração desta medicação em doses divididas por ciclos tem como objectivo a eliminação do máximo de células malignas em determinada fase, uma vez que, em determinado

momento, as células não se encontram todas na mesma fase (Caseiro et al., 1997) e, além disto, pretende-se dar tempo ao corpo para se reconstituir, já que a quimioterapia retarda o funcionamento da medula óssea e é importante que esta não páre totalmente (Ogden, 2004/2004).

A QT pode ser administrada em várias fase da doença, num período pré-operatório (neoadjuvante), com o objectivo de diminuir o tamanho do tumor, de forma a facilitar a cirurgia; pode também ser administrada após a cirurgia ou radioterapia (adjuvante), proporcionando a destruição de células residuais; ou após o tratamento de quimioterapia sem resposta favorável (2ª linha); e, ainda, para controlar sintomas desagradáveis ou prolongar a vida, quando a cura já não é possível (Caseiro et al., 1997; Macarrula et al., 2009; Ogden, 2004/2004).

As vias de administração são variadas (oral, intramuscular, endovenosa, intrarterial, intraperitoneal, intratecal, intrapleural, intravesical, intra-rectal e tópica), sendo a mais frequente a via endovenosa (Rees, 2001).

Apesar de todos os benefícios que a QT possa trazer, esta apresenta também muitos efeitos secundários. Estes têm a sua manifestação de forma imediata, a curto e a longo prazo (Ogden, 2004/2004; Rees, 2001), sendo que a sua intensidade e aparecimento vão depender do tipo de QT, da sua dose e da própria susceptibilidade individual (Macarrula et al., 2009). Assim, existem muitos efeitos secundários, contudo, os que ocorrem com maior frequência e a curto prazo são: a queda ou enfraquecimento do cabelo, náuseas, vómitos, fadiga, inflamação e úlceras na boca e um maior risco de infecções (Macarrula et al., 2009; Ogden, 2004/2004; Rees, 2001); é também normal ocorrer obstipação, diarreia e amenorreia (Macarrula et al., 2009; Ogden, 2004/2004; Rees, 2001; Sawka, Bowman & Levine, 2001). No que concerne aos efeitos secundários a longo prazo, é de referir a menopausa precoce induzida pela QT, que acarreta todos os sintomas de uma menopausa normal, tais como afrontamentos e oscilações de humor (Macarrula et al., 2009; Ogden, 2004/2004).

Em suma, a QT só é indicada pelo especialista quando apresenta benefícios para a pessoa doente (ACS, 2007). Assim sendo, o benefício da quimioterapia vai depender de

múltiplos factores, incluindo o tamanho do tumor, o número de nódulos linfáticos envolvidos, a presença de receptores de estrogénio ou progesterona e ainda a quantidade da proteína HER2/neu produzida pelas células cancerosas (ACS, 2007).

Radioterapia (RT). A RT é um tratamento que se faz por meios de raios X ou substâncias radioactivas, cujo principal objectivo é destruir o cancro, deixando intactas as células “boas” (Macarrula et al., 2009; Stoppard, 1992). Esta utiliza, normalmente, raios X de alta potência para parar o crescimento do cancro e tratá-lo (Ogden, 2004/2004; Rees, 2001), sendo também administrada por períodos mais longos do que os raios X para efeitos de diagnóstico (Rees, 2001). Desta forma, a RT, ao ter em conta a “sequência temporária”, pode ser: exclusiva, isto é, quando o único tratamento utilizado é a RT; adjuvante, quando é utilizada como complemento de um outro tratamento, por exemplo, a cirurgia; e, por último, concomitante, concorrente ou sincrónica, ou seja, utiliza-se a RT simultaneamente com um outro tratamento (normalmente, QT) (Macarrula et al., 2009). Por outro lado, a RT pode ainda ser classificada tendo em conta a sua finalidade (Macarrula et al., 2009). Assim, a RT pode ser radical/curativa ou paliativa, sendo que no primeiro caso o tratamento é mais demorado e apresenta um maior número de efeitos secundários (Macarrula et al., 2009).

A RT, no caso do cancro da mama, é usada para destruir as restantes células cancerosas que possam estar na mama, na sua superfície ou axila, após a cirurgia, podendo ainda ser utilizada para reduzir o tumor antes da cirurgia (o que raramente acontece) (ACS, 2007). Contudo, esta afecta também as células normais, mas estas apresentam uma maior capacidade de recuperação dos danos provocados por este tipo de radiação do que as células cancerosas (Macarrula et al., 2009; Rees, 2001). Rees (2001) refere que a terapia vai ser administrada para que as células cancerosas recebam a dose mais elevada, minimizando assim a quantidade de células normais que possam ser afectadas. Neste sentido, a quantidade de radiação e o tempo de duração será decidido tendo em conta o tipo, grau e estágio do tumor (Ogden, 2004/2004).

A RT pode ser de dois tipos: externa e interna (braquiterapia) (ACS, 2007; Ogden, 2004/2004). A externa é, usualmente, utilizada no caso de mulheres com cancro da mama (ACS, 2007; Ogden, 2004/2004). A radiação é focada, através de uma máquina

na parte exterior do corpo, na área afectada pelo cancro; normalmente, implica toda a mama e, dependendo do tamanho ou extensão, pode incluir a superfície da mama e axila (ACS, 2007; Ogden, 2004/2004). Em contrapartida, na interna é utilizada uma substância radioactiva selada nas agulhas ou cateter que é colocada directamente no ou perto do cancro (ACS, 2007; Macarrula et al., 2009; Ogden, 2004/2004). Assim sendo, o tipo de radiação vai depender do tipo e estágio do cancro a tratar, sendo que a RT normalmente dura entre 5 a 7 semanas (ACS, 2007).

A RT a mama é quase sempre recomendada depois de uma cirurgia conservadora, já que diminui a possibilidade de recidiva (ACS, 2007; Whelan, Olivotto & Levine, 2003), e, em algumas circunstâncias, após uma mastectomia (Whelan, et al., 2003) A radiação na mama deve também ser recomendada a mulheres com quatro ou mais gânglios linfáticos positivos ou quando apresentam um tumor muito largo, apesar da remoção da mama (ACS, 2007). Desta forma, tem-se vindo a comprovar que a RT é um tratamento eficaz na destruição das células do cancro da mama que possam ficar após a cirurgia (Ogden, 2004/2004).

Segundo Whelan et al. (2003), a RT deve-se iniciar o mais rápido possível após a cirurgia, não devendo passar as 12 semanas, excepto para os pacientes que são sujeitos a quimioterapia após a cirurgia.

A RT é contra-indicada em situações de gravidez, existência prévia de radiação na mama ou tórax e por incapacidade de manter uma posição direita ou o adequado afastamento do braço (Scarth et al., 2002; Whelan et al., 2003).

Este tratamento apresenta alguns efeitos secundários a curto prazo, que dependem do local onde o tratamento está a ser efectuado, como reacções da pele (irritação, vermelhidão e comichão na pele), sendo que algumas pessoas perdem o apetite e apresentam dificuldades ao nível do sistema digestivo e fadiga (Ogden, 2004/2004; Rees, 2001). A RT a longo prazo pode causar um maior número de infecções; apesar de ser raro, pode também causar segundos cancros; existem ainda estudos que apontam para uma maior probabilidade de doenças cardíacas em mulheres que receberam RT na mama esquerda (Ogden, 2004/2004; Rees, 2001).

Hormonoterapia (HT). Muitas vezes, os cancros da mama são influenciados pelas hormonas, daí que reduzir os níveis de estrogénio do corpo possa auxiliar no combate ao cancro (Macarulla, Ramos & Taberero, 2009; Ogden, 2004/2004; Stoppard, 1998). A HT pode ser usada para tratar o cancro da mama no período pré e pós-operatório, contudo, é comumente usada após a remoção do tumor para evitar que reapareça (Ogden, 2004/2004).

A HT utiliza-se para cuidar de mulheres cujas células tumorais, ao serem analisadas, demonstraram depender das hormonas femininas (estrogénio e progesterona) para crescer, pois caso contrário as células que poderiam ter ficado voltariam a reagir, desenvolvendo-se (Ogden, 2004/2004).

O tamoxifeno é a terapia hormonal mais utilizada e funciona bloqueando o estrogénio para a mama, apesar de funcionar como estrogénio noutros órgãos (Ogden, 2004/2004; Rees, 2001). Este geralmente causa afrontamentos, suores nocturnos, náusea e indigestão, aumento de peso, corrimento ou secreção vaginal e visão embaçada (Ogden, 2004/2004). Além destes efeitos, existem outros que podem ser considerados mais graves, tais como: aumento do risco de cancro uterino, embolia pulmonar e trombozes das veias profundas (Ogden, 2004/2004). Normalmente, o tamoxifeno é receitado durante 5 anos e toma-se uma vez por dia um comprimido de 20 mg (Ogden, 2004/2004; Rees, 2001).

O tamoxifeno, além dos benefícios contra o cancro, baixa o colesterol e ajuda a retardar a osteoporose (Ogden, 2004/2004). A investigação evidencia que o tamoxifeno diminui a incidência do cancro da mama invasivo ou não invasivo, assim sendo, funciona como um agente preventivo, diminuindo o risco de ter a doença (Fisher et al., 1998).

Em alguns casos, são também utilizados os inibidores da aromatase, tais como o anastrozol, que também são utilizados para bloquear a produção de estrogénio das glândulas supra-renais (fonte hormonal no período pós-menopausa) (Ogden, 2004/2004). O anastrozol parece ser mais eficaz que o tamoxifeno, apresenta menos

efeitos secundários e o seu uso prolongado não acarreta tantas preocupações com a segurança (Ogden, 2004/2004).

No caso das mulheres se encontrarem no período pré-menopausa, por vezes, remove-se cirurgicamente ou são desactivados quimicamente os ovários para reduzir o fornecimento de estrogénio às células cancerosas (Ogden, 2004/2004).

Segundo Quevauvilliers e Perlemuter (2001/2003), a HT destina-se, essencialmente, a mulheres com mais de 50 anos e pode ser: subtractiva, de castração cirúrgica e/ou aditiva de estrogénios, progestáneos, corticóides que actuam sobre as recidivas locais e sobre as metástases.

Não existe dúvida de que, em geral, a doença oncológica exige um grande tratamento e desgaste físico. Contudo, não se fica por aqui: habitualmente, alastra-se ao nível psicológico e ao nível social (Maia & Correia, 2008).

Desta forma, a adaptação do doente oncológico à doença que tem é influenciada por diferentes factores, entre os quais o apoio psicossocial que este recebe, bem como pela percepção deste (Dias, 1999). Assim sendo, segundo Seligman (1996, citado por Matos & Pereira, 2002b), além das características de cada indivíduo, fornecer psicoterapia a doentes oncológicos pode ter um impacto quer ao nível das estratégias para lidar com a situação, quer ao nível do ajustamento à doença, ao tratamento e ao prognóstico. Desta forma, o processo de gestão da doença deve ser desde o início trabalhado e acompanhado para que ocorra uma melhor adaptação (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Efectivamente, a intervenção psicológica pode propiciar um melhor ajustamento físico e emocional à doença e tratamento (McKiernan, Steggle, Guerin & Carr, 2010), existindo uma grande variedade de intervenções psicossociais que têm vindo a ser desenvolvidas para promover uma melhor adaptação e ajustamento ao cancro da mama (Zimmermann, Heinrichs & Baucom, 2007).

Tendo em conta, toda a panóplia de intervenções existentes, Zimmermann et al. (2007) defendem a seguinte divisão: psicoeducacionais, que pretendem dar informação acerca do cancro, suas características e tratamento; cognitivo-comportamentais, que objectivam ensinar técnicas para lidar com a doença e apoiar na mudança de comportamentos desajustados (por exemplo, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treino de competências, entre outras); suporte, que ambiciona aconselhar e intervir em situações de crise que ocorrem na doença; e por último, relaxamento, que pretende ensinar técnicas de relaxamento, para ajudar no combate à ansiedade.

Por outro lado, Ream (2000) salienta, também, a importância das intervenções educacionais com o doente oncológico, para que este se adapte melhor à doença podendo servir para: preparar os doentes para os tratamentos; reduzir a ansiedade; melhorar o *coping*; aumentar o auto-cuidado; ampliar o conhecimento; melhorar o controlo de sintomas e efeitos secundários associados ao cancro e aos seus tratamentos.

Realmente, existe uma variedade de intervenções psicossociais que podem ser utilizadas individualmente ou em conjunto, mas nem todas elas apresentam o mesmo grau de eficácia (Zimmermann et al., 2007). Assim sendo, e segundo Zimmermann et al. (2007), as terapias com maior eficácia comprovada são as psicoeducacionais e as cognitivo-comportamentais.

Além da intervenção psicológica e médica, o doente oncológico pode beneficiar de uma intervenção psiquiátrica, para uso de medicação objectivando combater sintomas de ansiedade, depressão, perturbações do sono, entre outras; de uma intervenção de enfermagem, com o intuito de ter apoio na execução dos cuidados propostos pelo médico; de uma intervenção dos serviços de assistência ao domicílio, para ajudar na realização das tarefas domésticas difíceis de concretizar; de uma intervenção de especialistas de reabilitação, que pretende auxiliar na recuperação de funções físicas comprometidas pela doença; de uma intervenção nutricional, pretendendo acompanhar o doente durante o percurso da doença para que não ocorra perda ou ganho de peso excessivo; de uma intervenção religiosa e espiritual, já que certos doentes alcançam maior esperança, apoio e coragem através desta; e por último, em casos extremos coloca-se à hipótese de uma intervenção ao nível dos cuidados

paliativos para proporcionar uma melhor QDV e conforto, em doentes que se encontram em fase terminal (Maia & Correia, 2008).

Capítulo II – Qualidade de Vida (QDV)

2.1. Definição de QDV (Relacionada com a Saúde)

QDV. Actualmente, mais de 50% dos cancros podem ser curados e as remissões são cada vez mais longas (Couvreur, 1999/2001). Realmente, os avanços tecnológicos e científicos têm permitido detectar mais precocemente o cancro da mama e por sua vez, têm levado a uma diminuição da mortalidade e um aumento de pessoas sobreviventes (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Consequentemente, o cancro da mama passou a ser considerado uma doença crónica (Pimentel, 2006), em que se coloca a questão da quantidade versus qualidade de vida (Ribeiro, 2002).

De facto, já que qualquer cancro está associado a perdas e o seu diagnóstico e/ou tratamento têm consequências psicológicas que acabam por se repercutir na QDV do indivíduo (Badger, Braden, Mishel, & Longman, 2004; Pimentel, 2006), manter a QDV, e se possível aumentá-la, deve ser o objectivo dos profissionais que lidam com indivíduos com cancro (Couvreur, 1999/2001).

Desde a Antiguidade que se postula a vida com qualidade, sendo que a visão aristotélica refere que a vida com qualidade estaria relacionada com sentimentos de felicidade, realização e plenitude (Bayley, 1988, Painter, 1994, citado por Belasco & Sesso, 2006; Fayer & Machin, 2000, citado por Blay & Merlin, 2006; Pimentel, 2006). Neste sentido, Wood-Dauphinee e Kuchler (1992, citado por Ribeiro, 2002, 2005a) referem que a expressão QDV foi usada por volta de 1920, relacionada com as condições de trabalho e consequências no bem-estar do trabalhador, entretanto, “desapareceu” até cerca de 1960.

A partir dos anos 60 do século XX, iniciaram-se esforços para avaliar a QDV dos indivíduos (Meneses, 2005; Pimentel, 2006; Ribeiro, 2002, 2005a). Assim, os primeiros esforços foram através do relatório da *Commission on National Goals*, a cargo do Presidente Eisenhower. Este relatório incluía indicadores ambientais e sociais de QDV, tais como educação, crescimento económico, saúde e bem-estar (Meneses, 2005; Pimentel, 2006; Ribeiro, 2002, 2005a).

Em 1964, o presidente Lyndon Johnson chamava a atenção para a avaliação desta variável, tendo em conta a opinião das pessoas (Canavarro, Simões, Pereira, & Pintassilgo, 2005; Ribeiro, 2005a; Rodríguez, Picabia, & Gregório, 2000, citado por Pimentel, 2006). Neste contexto, foram realizados diversos estudos para complementar os esforços patentes no relatório da *Commission on National Goals*, entre os quais o estudo de Liu (1975), de Campbell, Converse e Rodgers (1976) e o de Flanagan (1982) (citado por Meneses, 2005 e por Ribeiro, 2002, 2005a).

O primeiro grande estudo realizado por Campbel et al., em 1976 (“The Quality of American Life”) pretendeu conhecer a experiência da QDV dos indivíduos, através do que estes percebiam ou sentiam da sua vida e não o que os especialistas sentiam (Ribeiro, 2005a). Neste sentido, o estudo de Campbel et al., (citado por Ribeiro, 2005a, p. 96 e por Meneses, 2005) reconheceu a existência de 12 dimensões de QDV, entre as quais “comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, self, padrão de vida e trabalho”.

No estudo realizado por Flanagan (1982, citado por Ribeiro, 2005a e por Meneses, 2005) foi referida a existência de 15 dimensões de QDV: conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governos locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de uma forma activa, socializar com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação activa. Em contrapartida, Liu (1975, citado por Meneses, 2005) refere a existência de nove indicadores de QDV, em que cada um era composto por um conjunto de variáveis mensuráveis.

Assim, estes estudos seguiam duas vias: uma da percepção individual de bem-estar (Andrews & Withey, 1976, Campbell, Converse & Rodgers, 1976, citado por Ribeiro, 2005a) e uma outra com conteúdos mais mensuráveis, ignorando a percepção individual (Liu, 1975, citado por Ribeiro, 2005a).

Efectivamente, a partir destes marcos a QDV começou a ser um objecto de estudo para as ciências sociais (Ribeiro, 2005a), sendo que, em 1990, Amartya Sen publicou o livro “Quality of Life” (Nussbaum & Sen, 1995, citado por Ribeiro, 2005a).

A QDV é um conceito que implica a concepção que o próprio indivíduo faz, bem como diferentes contextos económicos, políticos, históricos e filosóficos que levam a uma nova redefinição do conceito de QDV (Santos, Martins & Ferreira, 2009).

Segundo Pais Ribeiro (2004, citado por Ribeiro, 2005b) e Ribeiro (2002), o conceito de QDV não é claro, pois está ainda longe de se chegar a uma definição consensual, de se esclarecer os elementos essenciais da QDV, de diferenciar a QDV propriamente dita do que a determina e, por último, de se possuir instrumentos consensuais para a avaliar. Este facto acontece porque, como refere McGuire (1991, citado por Ribeiro, 2005a, p. 94), “todos têm a sua própria ideia do que é a QDV, e é nisso que reside o problema”, ou seja, “todos e cada um sabem o que é a QDV” (Ribeiro, 2005a, p. 94), daí a dificuldade em discutir cientificamente este conceito. Além disso, o facto de ser estudada em diferentes contextos faz com que cada contexto adopte a expressão com objectivos diferentes (Ribeiro, 2005a), sendo que as definições de QDV espelham aspectos únicos de cada um desses contextos (Spilker, 1990 citado por Meneses, 2005).

Neste sentido, a ausência de uma definição geralmente aceite faz com que existam inúmeras definições, que nem sempre coincidem (Ribeiro, 2005a). Assim, para uma melhor compreensão do conceito, de seguida serão descritas algumas das definições propostas por diversos autores.

Patrick e Ericson (1993, citado por Ogden, 2000/2004, p. 389) defendem que a QDV é um “valor atribuído à duração da vida, na medida em que é modificado por incapacidades, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas por doenças, lesões, tratamentos ou políticas”.

Por outro lado, Grant et al. (1990, citado por Ogden, 2000/2004, p. 389) afirmam que a QDV é uma “afirmação pessoal da positividade ou negatividade dos atributos que

caracterizam a vida de cada um”. Shumaker et al. (1990, citado por Meneses, 2005, p. 40) definem QDV como “a satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal, de bem-estar”. Schipper et al. (1990, citado por Meneses, 2005, p. 40), por sua vez, definem a QDV como a “percepção do doente do efeito funcional da doença e seu tratamento sobre o próprio, tendo em consideração a expectativa”. Ainda segundo Hermann (1992, citado por Meneses, 2005, p. 40), a “QDV se refere às experiências, comportamento e estado de grupos de indivíduos que se sabe terem uma doença”.

Por sua vez, a *The World Health Organization Quality of Life Assessment* [WHOQOL], 1996, p. 5) define a QDV como a “percepção de cada indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Cramer (1994, citado por Meneses, 2005 e por Ribeiro, 2002, 2005a, 2006) defende que a QDV é um estado de bem-estar físico, social e mental e não inclui somente a ausência de doença ou incapacidade, o que corresponde à clássica definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). A QDV pode também ser definida como a percepção subjectiva da satisfação ou felicidade com a vida em diferentes domínios importantes para o indivíduo (Leidy, Revicki & Genesté, 1999, citado por Ribeiro, 2005a).

Ferrans e Powers (1992, citado por Ribeiro, 2002, 2005a, 2006) afirmam que é o sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com domínios importantes para a própria pessoa.

Segundo Calman (1984, citado por Blay & Merlin, 2006; por Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004 e por Ribeiro, 2002, 2005a, 2006), é a diferença entre expectativas pessoais e o que realmente está a acontecer na vida da pessoa. Assim sendo, para melhorar a QDV é preciso atenuar a diferença que possa existir entre a condição actual e os objectivos do indivíduo, sendo que a QDV depende do próprio indivíduo (Calman, 1984, citado por Pimentel, 2006).

Em contrapartida, Gill e Feinstein (1994, p. 624, citado por Meneses, 2005, p. 41) referem que a QDV “é uma percepção pessoal única, que representa o modo como os doentes individuais se sentem sobre o seu estado de saúde ou aspectos não médicos das suas vidas”.

Por sua vez, Bowling (1995, citado por Santos et al., 2009, p. 16) refere que a QDV é algo complexo e abstracto que apreende várias áreas e caracteriza as respostas de cada indivíduo aos “efeitos físicos, mentais e sociais da doença na vida do dia-a-dia”.

A *European Organisation for Research on Treatment of Cancer* refere que a QDV é abordada em termos de “estado funcional, sintomas específicos do cancro e do tratamento, sofrimento psicológico, interacção social, impacto financeiro/económico, estado de saúde percebido e qualidade global de vida” (Aaronson et al., 1993, citado por Ogden, 2000/2004).

Além destas definições existem outras mais pragmáticas, como é o caso da de Fallowfield (1994, citado por Meneses, 2005 e por Ogden, 2000/2004) que refere a QDV como um conjunto de funcionamento satisfatório em quatro áreas/dimensões principais (da QDV), que são: 1) a psicológica, que inclui o humor, o sofrimento emocional e a adaptação à doença; 2) a social, que engloba os relacionamentos, interesse sexual, as actividades sociais e de lazer; 3) a ocupacional, que diz respeito ao trabalho pago e não pago; e 4) a física, que se refere à mobilidade, dor, sono, funcionamento sexual e apetite.

Em contrapartida, a WHOQOL (citado por Meneses, 2005) apresenta uma abordagem diferente, que consiste num nível superior, em que há a avaliação global da QDV; de seguida, considera-se um nível com quatro domínios que incluem a saúde física, o psicológico, as relações sociais e o meio; por sua vez, cada domínio divide-se em “facetas” (e.g. físico – dor, energia, sono; psicológico – pensamento, estima, imagem corporal; relações sociais – relações pessoais, apoio social, actividade sexual; meio – segurança, lar, finanças, serviços).

Analogamente, Shumaker, Anderson e Czajkowski (1990, citado por Meneses, 2005) refere a existência de seis dimensões que determinam a QDV: funcionamento cognitivo, social, físico e emocional, produtividade pessoal e intimidade. Por sua vez, Frisch (1994, citado por Meneses, 2005) refere a existência de 16 áreas na QDV, que são: saúde, auto-estima, objectivos e valores, dinheiro, trabalho, tempos livres, aprender, criatividade, serviços voluntários, amor, amigos, filhos(as), família, casa, vizinhança e comunidade.

Por sua vez, existem diversos autores que defendem que a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QDVRS) abarca as seguintes dimensões: estado físico e desempenho; estado psicológico e bem-estar; interacções sociais; e factores económicos e/ou vocacionais (Pimentel, 2006). Contudo, Cella (1990, citado por Pimentel, 2006) amplia a quantidade de dimensões que a QDVRS engloba, referindo: bem-estar emocional, espiritualidade, sexualidade, desempenho social, vida familiar, desempenho ocupacional, comunicação, alimentação, capacidade funcional, estado físico, satisfação com o tratamento, orientações futuras, aspecto geral do estado de saúde e da vida. Em 1996, Fitzpatrick (citado por Pimentel, 2006) aumentou a lista, incluindo a capacidade do indivíduo controlar a saúde, a auto-estima, a imagem corporal e a sensação de conseguir prever os sintomas.

Ainda autores como Secchi e Strepparava (2001, citado por Pimentel, 2006) ou Ferrel e Dow (1997, citado por Bloom et al., 2004 e por Pinto & Ribeiro, 2006) defendem também que a QDV é composta por diferentes domínios (físico, psicológico, social e espiritual), sendo influenciada pela personalidade do doente e seus aspectos cognitivos, é um construto subjectivo, que se liga à atribuição que o doente faz em relação à sua doença; e é um conceito dinâmico, porque muda ao longo do tempo.

No âmbito desta variedade de definições, tornou-se pertinente encontrar um ponto comum (Meneses, 2005). Assim sendo, Schipper et al. (1990, citado por Meneses, 2005, p. 43) refere “que das concepções sobre QDV se salientam cinco principais: (a) uma abordagem psicológica; (b) uma abordagem custo-benefício; (c) uma abordagem centrada na comunidade; (d) uma abordagem funcional; e (e) a lacuna de Calman”.

A primeira abordagem centra-se na percepção individual da doença (Barondess, 1979, citado por Meneses, 2005), na experiência da doença e não na sua existência (Ribeiro, 1994, citado por Meneses, 2005). A abordagem custo-benefício consiste na “percepção pessoal que o doente tem da sua capacidade funcional em áreas que valoriza”, isto é, tem em conta a “quantidade vs. qualidade de vida” (Meneses, 2005, p. 43). A abordagem centrada na comunidade é composta por vários níveis, isto é, a “QDV parte de parâmetros fisiológicos e estende-se por parâmetros de personalidade e sociais, alargando-se à comunidade; considera-se o impacto da doença na comunidade” (Meneses, 2005, p. 44). A abordagem funcional salienta a harmonia entre aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais, para que o indivíduo e a sua vida se adaptem às sequelas da doença (Meneses, 2005). Por último, a lacuna de Calman, tal como referido anteriormente, defende que a QDV consiste “na lacuna entre as expectativas do doente e aquilo que conseguiu realizar, de modo que quanto menor é a lacuna, maior é a QDV” (Meneses, 2005, p. 44; Santos et al., 2009).

Sintetizando, Calman (1987, citado por Fleck, 2008) refere que a definição de QDV apresenta algumas implicações, tais como: (a) só poder ser descrita pelo próprio indivíduo; (b) ser fundamental ter em conta vários aspectos da vida; (c) ligar-se aos objectivos e metas pessoais do próprio indivíduo; (d) a capacidade de identificar e atingir os objectivos relaciona-se com a melhoria; (e) os objectivos podem ser mudados através da doença e do tratamento; (f) os objectivos têm de ser realistas, para que a pessoa consiga manter a esperança de atingi-los; (g) é preciso existir acção (através do crescimento pessoal ou ajuda dos outros) para que diminua a lacuna entre a realização dos objectivos e expectativas, quer pela realização ou redução das expectativas, como já foi anteriormente referido; e, por último, (h) a lacuna que possa existir entre expectativas e realidade pode ser o impulso para algumas pessoas.

Em suma, os autores supracitados convergem no sentido da QDV ser composta por vários domínios/dimensões, sendo que a QDV vai depender do funcionamento e vivência destes últimos.

No âmbito da investigação levada a cabo na área da QDV observa-se a existência de alguns modelos integradores (Meneses, 2005). Assim, passar-se-á a descrever alguns a título de exemplo.

Segundo Fleck (2008), a QDV pode ser concebida de acordo com dois modelos diferentes. Assim, pode falar-se do modelo da satisfação e do modelo funcionalista (Fleck, 2008). O primeiro modelo prende-se com a relação directa entre QDV e a satisfação com os vários domínios da vida realçados como importantes pelo próprio indivíduo (Fleck, 2008). O modelo funcionalista defende que para o indivíduo apresentar uma boa QDV é necessário que este desempenhe satisfatoriamente o seu papel social e funções (Fleck, 2008). Assim, para este modelo a doença é um problema que interfere na execução de todos os papéis que o indivíduo desempenha na sociedade (Mckenna, Whalley, 1998, citado por Fleck, 2008).

Shumaker, Anderson e Czajkowski (1990, citado por Meneses, 2005) apresentam um modelo em que os factores moderadores da QDV foram divididos em três categorias: os contextuais, os interpessoais e os intrapessoais.

Um outro modelo, desenvolvido por Spilker (1990, citado por Meneses, 2005), defende que os aspectos clínicos são purificados através dos valores e crenças dos doentes, exercendo, assim, influência sobre os vários domínios da QDV. Neste sentido, “as alterações clínicas positivas ou negativas são julgadas por comparação com outros benefícios ou problemas do tratamento e com outros tratamentos que o indivíduo recebeu” (Spilker, 1990, citado por Meneses, 2005, p. 66). Assim, Spilker (1990, citado por Meneses, 2005, p. 67) refere que “as reacções adversas diminuem a QDV do indivíduo e os benefícios de eficácia marcados geralmente aumentam-na, mas sublinha que há excepções”. Estas excepções ocorrem porque os valores individuais do doente vão influenciar a avaliação. Assim, torna-se pertinente avaliar um ou mais domínios da QDV de um dado doente, para se poder avaliar e explicar de que forma os benefícios e/ou reacções adversas foram filtradas por todo o conjunto de valores, crenças e julgamentos do indivíduo doente. Em suma, de acordo com este modelo o médico não é um bom preditor do resultado de um tratamento sobre a QDV de um doente (Spilker, 1990, citado por Meneses, 2005).

Wilson e Cleary (1995, citado por Meneses, 2005) desenvolveram um outro modelo que faz referência à existência de cinco níveis: factores fisiológicos e biológicos, sintomas, funcionamento, percepções de saúde geral e, por último, QDV geral. Assim, a avaliação do primeiro nível enfatiza a função de todos os órgãos e sistemas de órgãos, bem como das células (Wilson & Cleary, 1995, citado por Meneses, 2005). Em contrapartida, a avaliação dos sintomas refere-se ao organismo como um todo, em que a descrição dos sintomas é influenciada por um conjunto de factores demográficos e culturais (Wilson & Cleary, 1995, citado por Meneses, 2005). O terceiro nível de avaliação, isto é, as medidas de funcionamento, diz respeito à avaliação da capacidade do indivíduo para executar determinadas tarefas, em que os sintomas são determinantes do funcionamento, bem como as características do indivíduo e do meio (Wilson & Cleary, 1995, citado por Meneses, 2005). Por sua vez, as percepções da saúde geral são influenciadas pelo funcionamento, bem como pelas características do indivíduo e do seu meio (Wilson & Cleary, 1995, citado por Meneses, 2005). Finalmente, a QDV global vai sofrer a influência das percepções de saúde geral, das características do indivíduo e meio e ainda de factores não médicos (Wilson & Cleary, 1995, citado por Meneses, 2005). É ainda de salientar que cada nível do modelo apresenta “um número crescente de *inputs* que não podem ser controlados pelo médico ou sistema de cuidados de saúde tradicional” (Wilson & Cleary, 1995, citado por Meneses, 2005, p. 69). Contudo, este modelo sofreu inúmeras críticas pela sua ênfase no funcionalismo, por confundir saúde e QDV e por não ter um marco teórico rigoroso (Léplege & Hunt, 1997, citado por Belasco & Sesso, 2006).

É de referir ainda o “modelo” crítico de Leventhal e Colman (1997, citado por Meneses, 2005) que defendem que os modelos descritivos de QDV não têm em conta a diferença entre medidas de funcionamento e QDV, ou então, os domínios avaliam o desempenho e não a QDV. Neste sentido, a representação que um indivíduo tem de uma certa doença vai perturbar a “saliência, significado e importância dos domínios envolvidos na formação de juízos sobre QDV” (Leventhal & Colman, 1997, citado por Meneses, 2005, p. 70). Assim, os autores deste modelo salientam que o facto de se separar a QDV de determinantes como o funcionamento físico e a emoção negativa não rejeita a importância de avaliar estes domínios. Em suma, Leventhal e Colman (1997, citado por Meneses, 2005, p. 70) referem que este tipo de abordagem: “(a) fornece uma compreensão mais aprofundada da QDV; (b) melhora a definição do processo; e (c)

fornece uma plataforma para desenvolver e testar intervenções psicológicas e médicas para melhorar a QDV”.

Analogamente, Ribeiro (2005a) refere a existência de dois modelos principais para explicar a QDV: o modelo tradicional, denominado de “Abordagem Multifacetada”, e o modelo denominado de “Abordagem Processual-Causal”. Segundo o mesmo autor, o primeiro modelo refere-se à união de vários indicadores de saúde independentes, sem ligação entre eles, mas existindo um grande consenso acerca deles, enquanto que o segundo refere-se à QDV como uma sequência causal que resulta de interações entre a morbilidade e factores psicológicos. Em suma, o primeiro modelo vê a QDV e morbilidade como variáveis dependentes sem relação entre si, enquanto o segundo modelo refere que a QDV correlaciona-se com a morbilidade (Ribeiro, 2005a).

Por fim, através da literatura consultada pode se concluir que a QDV pode ser definida como a forma que o indivíduo percepção a sua vida, naquele momento, tendo em conta os diferentes contextos onde se encontra inserido.

De facto, transcorrer de uma diversidade de definições de QDV, tem ocorrido o desenvolvimento de inúmeros instrumentos de avaliação para diferentes populações (e.g., idosos, crianças, entre outros), para populações com doenças específicas (e.g., diabetes, cancro da mama, artrite, entre outros) e ainda para a população em geral (Ogden, 2000/2004). Assim, verifica-se um aumento de estudos que relacionam a QDV e doenças específicas (Baker & Smith, 1992, citado por Meneses, 2005), em concreto as doenças crónicas, que são 80% de todas as doenças (Rodin & Salovey, 1989, citado por Meneses, 2005).

QDVRS. Actualmente, o conceito QDV é cada vez mais encontrado na literatura relacionada com a saúde e doenças, sendo que o “grande salto” ocorreu na década de 90 (Meneses, 2005; Ribeiro, 2005a). Neste sentido, o conceito de QDV propagou-se a contextos de saúde, onde, normalmente, é apelidado de “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QDVRS) (Meneses, 2005; Ribeiro, 2005a). Consequentemente, na área da saúde pode-se falar em duas tendências referentes à QDV: a QDV como conceito mais geral e a QDVRS (Belasco & Sesso, 2006; Seidl & Zannon, 2004). A primeira tem

um sentido mais amplo e a segunda refere-se a aspectos intimamente ligados aos sintomas da doença e com o tratamento (Ribeiro, 2002; Seidl & Zannon, 2004).

Assim, também no campo da saúde o conceito QDV está ainda em fase de “clarificação, aceitação e integração” (Ribeiro, 2005a, p. 99). Desta forma, vários autores (Van Dam, Sommers & Van Beck-Couzijn, 1981, Meeberg, 1993, Gill & Feinstein, 1994, citado por Ribeiro, 2005a) referem que muitos artigos que utilizam o conceito QDV acabam por não o definir.

Baker et al. (1993, citado por Meneses, 2005) referem que a QDV atribuída à saúde apresenta uma relação com a QDV geral, pois a satisfação com a saúde é indicativa da QDV do sujeito. Pelo contrário, Amir, Roziner, Knoll e Neufel (1999, citado por Meneses, 2005) defendem que a QDV é um elemento da definição de saúde. Contudo, segundo Bowling (2001) e Ware (1987, citado por Meneses, 2005), a perspectiva mais usada é a de que saúde é um dos domínios da QDV e não sinónimo. Efectivamente, este domínio acompanha outros, como família, trabalho e nível económico (Meneses, 2005; Ribeiro, 2005b). Em suma, “a saúde passa a ser considerada como um recurso e não um objectivo, uma dimensão da qualidade de vida” (Ribeiro, 1998, citado por Miguel, Carvalho, & Baptista, 2000, p. 126).

Assim, o sistema de cuidados de saúde pretende ampliar o domínio da saúde (Ware, 1987, citado por Meneses, 2005). Segundo Parreira (2006), a nível individual, a QDV é vista, muitas vezes, como saúde. Este facto vai de encontro ao que Couvreur (1999/2001) defende, isto é, quanto melhor for a saúde melhor será a QDV e vice-versa. Contudo, Justo (2002) defende que a QDV pode-se manter em doentes que lutam contra a progressão de uma doença.

Consequentemente, Gil e Feinstein (1994, citado por Meneses, 2005) defendem que é importante distinguir QDV de QDVRS, contudo Jacoby (2000, citado por Meneses, 2005) refere que muitas vezes torna-se difícil separar os conteúdos da QDV e da QDVRS.

Neste sentido, Schipper, Clinch e Power (1990, citado por Meneses, 2005 e por Ribeiro, 2005a, 2005b) defendem a existência de algumas características da QDV no campo da saúde, designadamente: (a) multifactoriedade, ou seja, a QDV abrange mais que um domínio, pois a QDV representa várias experiências pessoais e como foram relacionadas e percebidas atendendo às várias dimensões; (b) a avaliação auto-administrada, isto é, só a própria pessoa é que pode interpretar a QDV que está a ser avaliada; (c) variação temporal, já que a QDV varia com o tempo, e, por isso, torna-se pertinente ter em atenção os momentos em que ocorre a avaliação ao longo do tratamento; e (d) subjectividade, pois a QDV baseia-se na percepção pessoal da pessoa avaliada e vai depender dos valores, crenças, julgamentos, preferências, expectativas e percepções pessoais, sendo uma avaliação subjectiva. Assim sendo, “considera-se que o conceito de QDV possui características que o tornam significativamente diferente das variáveis tradicionalmente tidas em consideração no sistema de cuidados de saúde” (Schipper et al., 1990, citado por Meneses, 2005, p. 46), isto é, a QDVRS é multidimensional, subjectiva e individual (Pimentel, 2006; Velikova, Stark & Selby, 1999).

Neste sentido, o trabalho em questão perspectiva a QDV¹ como os aspectos da saúde que são influenciados positiva ou negativamente pela doença diagnosticada e o seu tratamento (Cella et al., 1993). Assim, a QDVRS abrange a maneira como as pessoas percebem a sua saúde e advém de factores relacionados com a incapacidade e disfunção (Pimentel, 2006). Este facto vai de encontro ao que Patrick e Erikson (1993, citado por Fleck, 2008, p. 22) referem que a QDVRS é: “o valor atribuído à duração da vida modificada por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento.” Contudo, frequentemente a QDVRS define-se, somente, tendo em conta o funcionamento físico, emocional e social, o que se torna de todo inadequado, pois indivíduos com limitações ao nível destes três tipos de funcionamento podem possuir uma elevada QDV (Patrick, 2008). Porventura, ao avaliar a QDVRS, é possível ter-se um conhecimento global dos efeitos da doença e das terapêuticas usadas (Pimentel, 2006). Assim, avaliar a QDVRS é importante, pois permite avaliar a ideia que o doente tem dos “efeitos somático e psicossocial induzidos pela terapêutica” (Pimentel, 2006, p. 31).

¹ De salientar que o autor define QDV, contudo a definição enquadra-se melhor na QDVRS.

2.2. A avaliação da QDV em contextos de Saúde/Doença

Hoje em dia, existem ainda muitas questões por resolver na investigação sobre QDV (Bowling, 2001), nomeadamente em contextos de Saúde/Doença. Uma delas remete exactamente para a avaliação do construto, o que decorre da falta de consenso em termos de definição do mesmo.

Neste sentido, apesar da ambiguidade dos conceitos QDV e QDVRS, pode-se alegar que a cura ou o atenuar dos sintomas prende-se com a melhoria da QDV dos doentes (Fallowfield, 1994, Lydick & Yawn, 2000, citado por Meneses, 2005). Efectivamente, o objectivo actual dos cuidados de saúde é melhorar a QDVRS e não somente obter a cura, melhoria ou palição (Pimentel, 2006). Desta forma, a QDVRS pretende ser um indicador útil em contextos de saúde, com o intuito de “compreender as reacções do indivíduo à doença e a sua adaptação ao processo terapêutico, levando a uma monitorização da eficácia dos tratamentos aplicados” (Martins, 2006, citado por Santos et al., 2009, p. 22).

Realmente, segundo Stewart et al. (1989, citado por Meneses, 2005, p. 35) “o impacto das doenças crónicas sobre a QDV é substancial, varia com a doença e, ..., envolve todos os aspectos de funcionamento e bem-estar avaliados; b) em cada grupo de doença há uma variação substancial ao nível do funcionamento e bem-estar; e c) na prática clínica, a comorbilidade é comum ..., devendo ser tomada em consideração por rotina nos estudos de doenças crónicas específicas”.

A investigação sobre a QDV no âmbito destas doenças iniciou-se na década de 1940, com o estudo de Karnofsky e Burchenal sobre o cancro (Jacoby, 2000, Perrine et al., 1995, citado por Meneses, 2005), sendo que a escala utilizada se pode considerar como uma das primeiras escalas de medição baseada na observação do clínico da funcionalidade do doente (Ribeiro, 2002, 2005a). Contudo, segundo Jacoby (2000, citado por Meneses, 2005), só na década de 70 é que o termo foi inserido no *Index Medicus*.

Realmente, o aumento das doenças crónicas e, conseqüentemente, de intervenções dirigidas a estas foi importante para que a avaliação da QDV se tornasse pertinente em contextos clínicos, mais concretamente na avaliação dos cuidados médicos (Campos & Johnson, 1990, citado por Meneses, 2005). Assim, o conceito de QDV e sua avaliação ultrapassou a dimensão física e passou a incluir outras dimensões, bem como a espelhar o ponto de vista do doente (Ribeiro, 2005a).

É de salientar que, devido à ambigüidade do conceito, as medidas de QDV são muitas vezes apelidadas de estado de saúde, de estado funcional ou capacidade de desempenho (Rand, 1993a, 1993b, citado por Meneses, 2005; Bergner, 1989, Fries & Spitz, 1990, Guyatt, Feeny & Patrick, 1993, citado por Ribeiro, 2005a). Neste sentido, Boeling (1995a, citado por Ribeiro, 2005a, p. 101) refere que “a QDV no campo da saúde se refere à percepção dos efeitos do estado de saúde na capacidade para viver uma vida plena”. Assim sendo, em contextos clínicos, as medidas de QDV devem medir o impacto de uma circunstância e do seu tratamento a nível da função física, social e psicológica, tendo em conta a percepção do próprio doente (Baker, 1995, Devinsky, 1995, Hays et al., 1995, Kellet, Smith, Baker & Chadwick, 1997, Leventhal & Colman, 1997, Perrine et al., 1995, citado por Meneses, 2005), o que leva a que factores económicos e ambientais não sejam inseridos na avaliação da QDV (Devinsky, 1995, citado por Meneses, 2005). Contudo, a validação dos instrumentos de QDV nestes contextos baseia-se ainda muito nos resultados médicos, que é o que se pretende não fazer (Devinsky et al., 1997, citado por Meneses, 2005).

Tendo em conta que a QDV é, em geral, vista como composta por mais que um domínio, coloca-se a questão se esta há-de ser avaliada através de “uma medida ou item único ou de várias medidas/sub-escalas... que permitam o estabelecimento de um perfil” (Feinstein, 1993, Spilker, 1993, citado por Meneses, 2005, p. 47).

Neste sentido, existem diversas medidas desenvolvidas para avaliar a QDV, que podem ser unidimensionais ou multidimensionais (Ogden, 2000/2004). As medidas unidimensionais avaliam a QDV, tendo em conta um aspecto concreto, podendo ser utilizadas individualmente ou juntamente com as outras (Ogden, 2000/2004). Em contrapartida, as multidimensionais avaliam a QDV no seu sentido mais lato (Ogden,

2000/2004). Contudo, todas estas medidas têm sido criticadas por serem muito abrangentes, mas ao mesmo tempo também por terem um foco muito restrito, podendo suprimir aspectos da QDV importantes para um indivíduo concreto (Ogden, 2000/2004). Neste sentido, mais recentemente, os investigadores têm vindo a desenvolver medidas individuais de QDV, onde se pede ao sujeito para classificar o seu estado de saúde² e definir as dimensões a ser consideradas (Ogden, 2000/2004). Todavia, não se pode negligenciar a variabilidade intrínseca que cada indivíduo atribui as suas preferências em relação à QDV.

Paralelamente, segundo Jaeschke e Guyatt (1990, citado por Meneses, 2005, p. 72), os instrumentos de QDV usados na prática e investigação clínica têm como principais objectivos: “(a) discriminar indivíduos num *continuum* de saúde, doença ou incapacidade; (b) predizer o resultado ou o prognóstico; e (c) avaliar alterações num sujeito ao longo do tempo”. Consequentemente, os instrumentos podem ser classificados em discriminativos, preditivos e de avaliação (Duarte & Ciconelli, 2006; Jaeschke & Guyatt, 1990, citado por Meneses, 2005).

A extensão da medida é uma questão que também se coloca, podendo as medidas breves apresentar dois problemas: os efeitos de tecto e chão (Meneses, 2005). Em consequência, Hays (1995, citado por Meneses, 2005) refere que este tipo de medida poderá ser utilizado como rastreio inicial, sendo depois acompanhada por medidas mais compreensivas para aqueles que ultrapassem o ponto de corte. É, também, necessário que o instrumento seja prático para cada contexto específico, sendo que nos contextos clínicos a escolha de um instrumento longo pode levar a respostas incompletas ou a respostas dadas sem a devida reflexão (Devinsky, 1993, Wiebe & Derry, 2000, citado por Meneses, 2005).

Existe ainda o problema da cotação, sendo questionável até que ponto é que a QDV deve ser apresentada com um único valor (Feinstein, 1993, citado por Meneses, 2005). Um valor único não indica os diferentes resultados nos diversos domínios nem os resultados nos diferentes componentes de um domínio (Spilker, 1990, citado por

² Mais uma vez, reitera-se a falta de consenso na definição da QDV, mais concretamente, na relação QDV/ (estado de) saúde (cf. Meneses, 2005).

Meneses, 2005). Adicionalmente, é de referir que também são atribuídos diferentes resultados aos vários domínios, dependendo: “das crenças dos doentes, influenciadas pela natureza e gravidade da sua doença, *background*, religião, entre outros factores” (Spilker, 1990, citado por Meneses, 2005, p. 49). Em suma, um domínio pode dar mais informação acerca da situação clínica do que a combinação dos vários domínios (Spilker, 1990, citado por Meneses, 2005). Assim, decidir utilizar um valor único ou não irá, essencialmente, depender dos objectivos da avaliação (Meneses, 2005).

É de salientar que seja qual for a medida ou medidas a utilizar, estas deverão ser administradas ao próprio, porque, actualmente, considera-se que é efectivamente importante a percepção pessoal do indivíduo (Bowling, 2001; Hays et al., 1995, Ribeiro, Meneses, et al., 1998, Spilker, 1993, citado por Meneses, 2005). Todavia, apesar da prioridade dada à percepção do indivíduo, não se pode pôr de lado a necessidade de se desenvolver medidas suplementares para os casos em que os indivíduos se encontram incapazes de responder (Bowling, 2001).

Neste âmbito, Fallowfield (1994, citado por Meneses, 2005) refere que os instrumentos para preenchimento por parte do médico, normalmente, são breves e apresentam poucos itens psicossociais. Além disso, os médicos muitas vezes enfatizam os dados fisiológicos, dando pouca importância aos psicossociais (Schipper et al., 1990, citado por Meneses, 2005). Em suma, actualmente, existem instrumentos que consideram a perspectiva individual por oposição à definição de QDV por parte do investigador/profissional de saúde (Bowling, 2001). Contudo, não se pode deixar de referir que avaliar a QDV, por vezes, é necessário recorrer às respostas de outros significativos (e.g. pais) que é o caso das crianças, pois estas podem apresentar dificuldades em perceber certos itens e em diferenciar os diversos estados emocionais (Goodwin, Boogs & Pole, 1994).

Ao nível da avaliação, é ainda de enfatizar que se deve ter especial atenção se o instrumento usado é de auto-relato (Schipper et al., 1990, citado por Meneses, 2005). Estes são, muitas vezes, utilizados e escolhidos porque apresentam “custo-eficiência em relação a outras técnicas de avaliação comportamentais, fácil cotação, aplicabilidade a uma ampla gama de populações e a capacidade de recolher dados sobre múltiplas

dimensões da QDV” (Shumaker et al., 1990, citado por Meneses, 2005, p. 52). Realmente, as medidas de auto-relato são muito utilizadas, pois apresentam menos custos e tempo dispendido no seu preenchimento (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993). Todavia, é necessário ter uma particular atenção, já que normalmente, verifica-se um menor número de itens respondidos, bem como falta de compreensão e interpretação em alguns itens (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993).

É ainda de ter em conta a questão da referência temporal, pois as “medidas de QDV devem, ou podem, variar com o tempo, como resultado de alterações em qualquer dos ou todos os seus componentes” (Meneses, 2005, p. 53), por exemplo, um problema físico, seja uma doença ou uma deficiência, pode alterar a QDV (Couvreur, 1999/2001).

Paralelamente, quando se pretende avaliar alterações ocorridas em resultado de uma intervenção, deve-se evitar instrumentos cujas questões se prendam com traços difíceis de mudar (Orley, 1994, citado por Meneses, 2005). Assim, deve-se ter em conta a sensibilidade à mudança de um instrumento (Baker, et al., 2000, citado por Meneses, 2005), para isso é importante escolher um instrumento que consiga controlar os efeitos de tecto e chão (Lydick & Yawn, 2000, citado por Meneses, 2005).

Torna-se também importante verificar as propriedades psicométricas das medidas de QDV, pois esta é uma entidade subjectiva (Bowling, 2001; Devinsky, 1993, Kaplan, 1985, Wiebw & Derry, 2000, citado por Meneses, 2005).

É de salientar, ainda, que as medidas que pretendem avaliar a QDV podem ser genéricas ou específicas (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003; Makful, Dias & Barra, 2006; Meneses, 2005; Montazeri, 2008). Assim, segundo Dantas et al. (2003) e Meneses (2005), as medidas genéricas aplicam-se a todas as doenças e a indivíduos sem doença, enquanto as específicas dirigem-se a indivíduos com uma doença em particular. Elas estão associadas a diferentes objectivos, pois as primeiras medidas permitem comparar a QDV entre indivíduos afectados por diferentes doenças/saudáveis, enquanto as segundas possibilitam estabelecer um perfil e estudar mais aprofundadamente indivíduos com uma determinada patologia (Dantas et al., 2003; Meneses, 2005; Pimentel, 2006).

Assim, segundo Bennett (2000/2002), as medidas específicas são mais sensíveis às mudanças em situações clínicas exclusivas do que as gerais. Contudo, as medidas específicas também acabam por perder aspectos mais gerais e não têm o êxito esperado na avaliação de factores como o suporte social, o *coping*, a satisfação com a vida e o humor (Bennett, 2000/2002). O mesmo autor refere que as medidas específicas impedem também que haja uma comparação entre vários grupos de pacientes. Neste âmbito, existem ainda autores que defendem a divisão das medidas específicas em específicas para a doença e específicas dos sintomas causados pela doença (Langenhoff et al., 2001). As específicas da doença avaliam a QDV de grupos com um diagnóstico específico, enquanto o segundo tipo avalia especificamente os sintomas provenientes de um processo de doença que podem afectar a QDV (Langenhoff et al., 2001).

Actualmente, verifica-se uma propensão para utilizar estes dois tipos de análise em conjunto (Meneses, 2005), pois ambas apresentam vantagens e desvantagens (Bennett, 2000/2002). Assim, a medida ideal apresentaria características específicas combinadas com escalas resultantes de medidas mais gerais (Bennett, 2000/2002), ou seja, seria um instrumento modular ou uma bateria de escalas (Duarte & Ciconelli, 2006).

Analogamente, Leydy et al. (1998, citado por Meneses, 2005) defendem a existência de quatro tipos de medidas da QDV, que são: as globais, as genéricas, as específicas da condição e de utilidade. Segundo eles, as globais pretendem avaliar o constructo mais amplo de QDV e as outras pretendem demonstrar a multidimensionalidade da QDV (Leydy et al., 1998, citado por Meneses, 2005).

Tendo em conta os modelos da satisfação e funcionalista supracitados, as medidas de QDV podem, ainda, ser classificadas como de satisfação ou funcionais; efectivamente, Orley (1994, citado por Meneses, 2005) refere que as medidas funcionais são mais utilizadas como medidas de QDV, contudo, segundo ele, seriam as medidas de satisfação as que exploram verdadeiramente a QDV.

As medidas de QDV diferem, também, no que diz respeito ao modo como foram desenvolvidas (Meneses, 2005). Assim, “os instrumentos são construídos numa cultura

e língua e depois traduzidos para outras línguas” (sequencial); ou “é identificado um conjunto comum de itens relevantes para várias culturas, ainda que o trabalho se desenvolva primeiro numa língua (habitualmente, Inglês) antes de ser traduzido para outras línguas” (paralelo); ou “é estabelecido um painel de peritos internacionais e um conjunto de centros, sendo que todos contribuem para a definição de todos os aspectos considerados necessários e com itens a incluir no instrumento” (simultâneo) (Power et al., 1999, citado por Meneses, 2005, p. 61).

Do mesmo modo, as medidas específicas podem-se desenvolver de diferentes modos: a) desenvolvimento de raiz, b) adaptação de outro instrumento, através da adaptação de itens ou aumentando o instrumento, ou c) combinando diferentes instrumentos entre si (Leydi et al., 1998, citado por Meneses, 2005).

Em suma, escolher uma medida de QDV adequada vai depender, essencialmente, da amplitude da questão e da natureza das diferenças que se tentam avaliar (Langfitt, 1995, citado por Meneses, 2005). Além disso, a sobreposição de escalas que não são de QDV com as que são leva a que a sua escolha seja realizada levando em linha de conta os objectivos do estudo (Bowling, 2001; Ribeiro, 2005b).

Neste contexto, a avaliação da QDV é um aspecto importante para os profissionais de saúde que lidam com doentes oncológicos (Pimentel, 2006), devendo-se ter em conta que duas avaliações de QDV não são iguais, pois a avaliação denota uma experiência individual (Patrick, 2008). Assim, cada indivíduo apresenta uma identidade física, emocional e espiritual (Patrick, 2008), daí que a QDV só possa ser alcançada pelo doente quando este se tornar activo, accionando todos os recursos físicos, psíquicos, espirituais, sociais e financeiros que tem disponíveis (Abreu & Koifman, 2002). Diferentes profissionais (e não só) podem, conseqüentemente, ajudar os indivíduos neste âmbito. Para o efeito, é importante clarificar que variáveis estão relacionadas com/influenciam a QDV de determinados grupos de indivíduos.

2.3. QDV no cancro da mama

O cancro da mama aparece em diferentes idades e apresenta diferentes estádios de desenvolvimento, existindo para cada um deles existe um protocolo de tratamento (Ribeiro, 2002). Assim, emerge uma complexidade quando se pretende conhecer a QDV ou, mais concretamente, identificar as componentes da QDV do doente (Ribeiro, 2002). Desta forma, nos últimos 30 anos, tem-se verificado o aparecimento exponencial de estudos de QDV no cancro da mama (Moreira et al., 2008). Todavia, segundo Paskett et al. (2008), a revisão da literatura continua a demonstrar a necessidade de investigar variáveis culturais e sócio-económicas que ajudem a distinguir a quantidade e qualidade de sobrevivência.

De facto, existem estudos que comparam a QDV de mulheres sobreviventes de cancro da mama com mulheres saudáveis, não encontrando diferenças entre os grupos (Bower et al., 2000, Ganz et al., 1998, citado por Bardwell et al., 2004; Ganz et al., 1998, citado por Tomich & Helgeson, 2002). Efectivamente, de uma forma geral, tem-se constatado que a QDV global após alguns anos do diagnóstico, é boa (Ashing-Giwa, Ganz & Petersen, 1999; Bloom et al., 2004; Tomich & Helgeson, 2002).

Todavia, contrariamente, a estes estudos, no de Robb et al. (2007) verificou-se a existência de uma diminuição da QDV nas mulheres com cancro da mama quando comparadas com mulheres saudáveis com características semelhantes. Também Dorval et al. (1998) realizaram um estudo com 227 mulheres com cancro da mama e verificaram que estas apresentavam uma pior QDV em relação ao grupo de controlo utilizado. Neste âmbito, Ribeiro (1999, citado por Ribeiro, 2002) comparou, na população portuguesa, a QDV de 96 mulheres submetidas a mastectomia com um grupo de mulheres com características demográficas idênticas mas sem doenças, verificando que existiam diferenças estatisticamente significativas em sete das oito dimensões avaliadas. Analogamente, Tomich e Helgeson (2002) referem que as mulheres com cancro da mama apresentam pior QDV no domínio/funcionamento físico, bem como Dorval et al. (1998) e Paskett et al. (2008).

A maior parte das investigações demonstram que as mulheres relatam menor QDV e menos saúde do que os homens (Kaplan, Anderson, & Wingard, 1991, citado por Miguel et al., 2000). Contudo, normalmente, as mulheres sobreviventes de cancro da mama apresentam uma boa QDV quando comparadas com a população saudável (Arndt et al., 2004, Ganz et al., 2002, Gibson & Parker, 2003, citado por Pinto & Ribeiro, 2006; Bloom et al., 2004; Tomich & Helgenson, 2002).³ Contudo, a existência de outras patologias que levam a uma comorbilidade, relaciona-se com uma pior QDV (Makful, Dias & Barra, 2006).

Assim, compreender a noção de QDV e saber avaliá-la, não sendo tarefas fáceis, não é ainda suficiente para a promover. Neste contexto, a relação entre a percepção da QDV dos doentes e as suas características sócio-demográficas e clínicas poderá ser muito útil.

Idade. A QDV em mulheres com cancro da mama é, normalmente, boa, mas diminui em mulheres com menos de 35 anos, particularmente naquelas que entram na menopausa precocemente (Grunfeld, Dhesy-Thind, & Levine, 2005). Contudo, há autores que referem que as mulheres mais novas, apesar de “evidenciarem um sentimento de maior perda”, são também aquelas que referem mais “consequências positivas, tal como viver a vida intensamente” (Pinto & Ribeiro, 2006, p. 41). Também Bloom et al. (2004), Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto e Gurgel (2009), Shapiro et al. (2001) e Zebrack, Yi, Petersen, e Ganz (2007) constataram nos seus estudos que as mulheres mais velhas apresentam melhores *scores* de QDV do que as mulheres mais novas. Outros estudos vieram também confirmar a existência de uma menor QDV nas mulheres mais novas (Bower et al., 2000, Parker et al., 2003, citado por Bardwell et al., 2004; Danhauer, Crawford, Farmer & Avis, 2009; Engel et al., 2003; King et al., 2000, Vacek et al., 2003, citado por Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007; Pandey et al., 2006).

Por outro lado, Davies, Kinman, Thomas e Bailey (2008) referiram que as mulheres mais novas apresentavam valores mais elevados na QDV geral. Todavia, no

³ Algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas relevantes no âmbito do cancro da mama não serão (muito) exploradas, tendo em consideração os limites de extensão do presente trabalho e os seus objectivos (cf. Capítulo IV).

estudo realizado por Costa, Meneses e Pimentel (2009a) não se verificou qualquer relação entre o valor global da QDV e a idade.

Consequentemente, como refere Garicochea, Morelle, Andrighetti, Cancellà, Bós e Werutsky (2009), habitualmente, mulheres com diagnóstico de cancro da mama até aos 40 anos apresentam um pior prognóstico da doença.

Também, Fehlauser, Tribius, Mehnert e Rades (2005) referem que as mulheres mais velhas com cancro da mama apresentam pior QDV no domínio físico. Davies, Kinman, Thomas e Bailey (2008) corroboram-nos. Os mesmos autores referem, ainda, que as mulheres mais novas apresentam melhores resultados no domínio emocional.

Contrariamente, um outro estudo verificou não existirem diferenças significativas ao nível deste domínio, tendo em conta a idade das mulheres com cancro da mama (Fehlauser et al., 2005). Por sua vez, Ashing-Giwa, Ganz e Petersen (1999) verificam a existência de uma QDV mais pobre no domínio social.

Escolaridade. No que refere à escolaridade Davies, Kinman, Thomas e Bailey (2008) verificaram que as mulheres com mais qualificações apresentavam valores mais elevados na QDV geral. Também, King et al. (2000, citado por Makful, Dias & Barra, 2006) constataram que quanto maior a escolaridade, melhor seria a QDV. Num outro estudo realizado por Sales, Paiva, Scandiuzzi e Anjos (2001), embora, a maioria das participantes apresenta-se uma avaliação da QDV boa, uma das características presentes nas piores avaliações de QDV era a baixa escolaridade.

Tempo de diagnóstico. O tempo de diagnóstico é também importante, pois estudos como o de Bloom et al. (2004) referem que 5 anos após o diagnóstico as mulheres avaliam a sua saúde⁴ como sendo boa ou excelente. No mesmo sentido, Tomich e Helgenson (2002) concluíram que a QDV era similar entre um grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama (com mais de cinco anos) e um grupo de controlo saudável. Neste âmbito, é ainda de referir o estudo de Ganz et al. (1996, citado

⁴ No estudo de Bloom et al. (2004) avaliou-se à QDV quantitativamente e qualitativamente através da percepção de saúde das participantes, sendo que se verifica mais uma vez a divergência da utilização dos conceitos Saúde/QDV.

por Bloom et al., 2004), que refere que só após um ano de diagnóstico é que é possível encontrar melhorias na QDV das mulheres. Contrariamente, Holzner et al. (2001) referem existir uma diminuição da QDV ao longo da vida. Por sua vez, Costa et al. (2009a) não verificaram a existência de uma relação entre QDV e tempo de diagnóstico.

Tipo de tratamento. Segundo Ribeiro (2002), o tipo de tratamento tem impacto na QDV. Este facto foi já constatado em vários estudos, alguns dos quais se passam a citar.

Num estudo realizado por Kiebert, Haes e Van de Velde (1991, citado por Ribeiro, 2002 e por Rebelo et al., 2007), verificou-se que um tratamento conservador do cancro da mama acarreta um impacto benéfico na QDV a médio e longo prazo, o que não acontece quando se realiza uma mastectomia.

Num outro estudo, realizado por Ribeiro e Santos (2000, citado por Ribeiro, 2002 e por Rebelo et al., 2007), e em que se comparou a QDV de mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia vs. a cirurgia conservadora, concluiu-se que as últimas apresentavam uma QDV estatisticamente superior em cinco das oito dimensões avaliadas. Assim, segundo Ribeiro (2001, citado por Patrão & Leal, 2004), existe um impacto expressivo quando a mulher é submetida a uma mastectomia, contrariamente às mulheres submetidas a cirurgia conservadora. Neste sentido, Dorval, Maunsell, Deschênes e Brisson (1998), Lotti (2008) e Pandey et al. (2006) referem também que as mulheres que foram submetidas a cirurgia conservadora apresentam melhor QDV do que as que foram submetidas a mastectomia. Outros autores verificaram também que as doentes sujeitas a mastectomia apresentavam piores valores de QDV, mais concretamente, ao nível da imagem corporal, vida sexual, limitações no trabalho e nas actividades diárias e nas mudanças de hábitos (Engel et al., 2004, Ganz et al., 2004, citado por Silva, 2008). Também Lotti (2008) refere que as mulheres que realizaram mastectomia apresentam valores mais baixos no funcionamento físico. Por outro lado, Hätl et al. (2003, citado por Arndt, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2008) defendem que as mulheres sujeitas a um tratamento conservador apresentam um melhor funcionamento físico e social do que as mulheres sujeitas a mastectomia, após os 4 anos de diagnóstico.

Em contrapartida, Ganz (1992) realizou um outro estudo onde comparou mulheres que realizaram mastectomia e mulheres que realizaram cirurgia conservadora. Assim, este autor concluiu que as mulheres que realizaram cirurgia conservadora não apresentavam melhor QDVRS do que as que realizaram mastectomia. Também, Costa et al. (2009a), Hughes (1993, citado por Moyer, 1997), Janni et al. (2001, citado por Makful, Dias & Barra, 2006), Nissen et al. (2001) e Steeg, Vries e Roukema (2007) concluíram que não existiam diferenças significativas na QDV entre mulheres submetidas a mastectomia e mulheres submetidas a cirurgia conservadora. Analogamente, ao pretender verificar se existiam diferenças no domínio psicológico/emocional, tendo em conta o tipo de cirurgia, estas não foram encontradas (Ganz et al., 2004, citado por Lotti, 2008).

As divergências constatadas nos estudos revistos tornam clara a necessidade de continuar a aprofundar a investigação neste domínio. Paralelamente, fazem com que se pondere até que ponto outras características poderão ter um papel mais importante na compreensão da ou intervenção na percepção da QDV de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia do que as variáveis sócio-demográficas e clínicas. No próximo capítulo foca-se exactamente uma variável com potencial a este nível – a espiritualidade.

Capítulo III – Espiritualidade

3.1. Definição de Espiritualidade (Relacionada com a Saúde)

A espiritualidade é, como a QDV, uma variável extremamente importante na experiência de pacientes com cancro (Shapiro et al., 2001). Segundo o mesmo autor, esta funciona como um “amortecedor” dos efeitos negativos deste evento causador de *stress*. Efectivamente, Pargament (1997, citado por Dalton, Elias & Wandersman, 2001) refere que a espiritualidade pode ser uma ajuda na vivência de uma situação incontroável e, por vezes, incompreensível. Contudo, segundo Dalton et al. (2001), a espiritualidade pode trazer efeitos positivos, mas não se pode esquecer que pode também acarretar efeitos negativos. Apesar desta dualidade de efeitos que podem advir da espiritualidade não se pode deixar de considerar esta dimensão como algo inerente e identificativo do indivíduo (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Assim, a espiritualidade é uma característica que define o Ser Humano e caracteriza toda a sua evolução (Sousa & Cruz, 2009).

No que concerne à sua etiologia, a palavra espírito deriva da palavra latina “spiritus”, que significa “respirar, ar, vida ou coragem” (Baker, 2003). O conceito de espiritualidade, ligado à saúde, existe desde os primórdios da História, onde o poder de curar uma doença estava entregue a quem “lidava com o espírito” (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007, p. 47). Assim, a cura ou doença era, muitas vezes, atribuída a aspectos religiosos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Segundo Morberg (2002), até meados de 1960, só uma pequena parte do estudo científico realizado abordava a espiritualidade. O mesmo autor refere ainda que o posterior interesse deve-se em parte a Maslow, que por esta altura funda a Psicologia Transpessoal ou Espiritual, acrescentando na sua hierarquia de necessidades a necessidade de auto-realização.

Actualmente, a espiritualidade passou a ter em conta todos os aspectos da vida e experiência humana (Gomez & Fisher, 2003, citado por Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008). Efectivamente, a espiritualidade é universal, pois a maioria das pessoas a

apresentam (Sousa & Cruz, 2009). Todavia, torna-se muito individualizada, já que cada pessoa tem a sua própria espiritualidade e vive-a de uma forma única (Miller & Thorensen, 2006; Sousa & Cruz, 2009).

Segundo Moniz e Cabral de Frias (2009), a espiritualidade é algo que os seres humanos buscam incessantemente durante toda a sua vida, para que possam encontrar um significado e propósito para a sua existência. Contudo, a espiritualidade desvenda-se de uma forma mais lúcida aquando do diagnóstico e vivência de uma doença grave, que coloca a vida em perigo (Moniz & Cabral de Frias, 2009). Analogamente, Frias (2001, citado por Sousa & Cruz, 2009, p. 246) refere que a espiritualidade é “uma ponte entre a perda de esperança e a procura da vida com significado”, sendo esta uma importante base para ultrapassar uma doença grave.

Porventura, actualmente, ainda se discute o papel da Espiritualidade nos contextos de Saúde/Doença, pois esta varia ao longo do tempo (Rippentrop, 2005) e existe quem defenda que este construto não deve ser estudado cientificamente (Miller & Thoresen, 2003). Consequentemente, não existe um consenso sobre o conceito de espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Wheelwe & Hyland, 2008). Contudo, segundo Rippentrop (2005), a espiritualidade, mais concretamente, o rezar, a religião e/ou crenças espirituais parecem ser estratégias de *coping* importantes. Assim, Fabrega (2000, citado por Rocha, Panzini, Parglender, & Fleck, 2008) defende que a espiritualidade e a religiosidade sempre foram aliadas nos indivíduos doentes e em sofrimento.

Neste sentido, segundo Hathaway, Scott e Garver (2004, citado por Meneses, 2006), apesar da importância e do reconhecimento desta variável, nem sempre os psicólogos a avaliam ou a têm em conta na sua intervenção. Neste sentido, existem duas posições principais em relação a este tema, que são: a) a negligência, ou seja, considera-se este assunto sem importância ou fora da área de interesse; e b) a oposição, em que se descreve as experiências religiosas como presença de diversas psicopatologias (Chatters, 1998, Levin, 1998, Sims, 1994, citado por Rocha et al., 2008; Pargament, 1998, Sims, 1994, citado por Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Sims, 1994, citado por Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Então, segundo Pargament et al.

(1992, citado por Panzini et al., 2007, p. 105; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2008, p. 177), a espiritualidade seria “o factor esquecido na saúde física e mental”.

Realmente, o plano espiritual pode ou não ser significativo para um indivíduo doente, daí que seja importante delinear um trabalho de equipa centralizado no doente, tendo em conta a procura (incessante) do seu bem-estar (Almeida & Melo, 2002). Assim, quando o plano espiritual assume uma função importante no indivíduo doente, isto é, quando é parte integrante do indivíduo (Benko & Silva, 1996) não se pode intervir despreendendo-se desta faceta, pois muitos doentes procuram a cura que a ciência não consegue através dos caminhos espirituais (Camon, 2002). Efectivamente, a psicoterapia (e as outras terapias) tem como objectivo a mudança, sendo, assim, é necessário ver a pessoa no global, incluindo a experiência religiosa e espiritual (Martins, 1995), pois esta pode funcionar como fonte de alívio ou desconforto, como solução de problemas ou como causa de *stress*, dependendo sobretudo da forma como a pessoa lida com esta dimensão (Pargament, et al., 1998, citado por Panzini et al., 2007, 2008).

Espiritualidade não é o mesmo que religiosidade, por isso deve ser distinguida (Dapueto, Servente, Francolino & Hahn, 2005; Meneses, 2006; Mytko & Knight, 1999), contudo, nas investigações recentes nem sempre existe essa distinção (Miller & Thorensen, 2003). Assim, torna-se pertinente distinguir religião/religiosidade de espiritualidade.

A religião prende-se sobretudo com a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo (Fleck et al., 2003; Rocha et al. 2008), sendo uma realidade multidimensional (Martins, 1995), enquanto a espiritualidade não se vincula necessariamente a uma prática religiosa (Camon, 2002; Fleck et al., 2003; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Enquanto a religiosidade engloba “crenças específicas, tradições, rituais e contextos sócioétnicos”, a espiritualidade, por sua vez, abarca “significados pessoais, projectos de vida e sentimentos/sensações de transcendência” (Meneses, 2006, p. 207; Miller & Thorensen, 2006; Ücker, Calvetti, & Nunes, 2007). Assim sendo, a religião é um conjunto de crenças e práticas religiosas associadas a um Deus e a espiritualidade é a procura do significado de algo transcendente (Balboni et al., 2007; Dapueto et al., 2005; O’ Hanlon, 2006).

Na espiritualidade, os significados pessoais, projectos de vida e sentimentos/sensações de transcendência podem existir em pessoas com diferentes ou sem crenças/práticas religiosas (Meneses, 2006; Vaughan, Wittine & Walsh, 1998, citado por Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004), pressupondo questões sobre o significado da vida e razão de viver (Rocha et al., 2008). Neste sentido, a espiritualidade deve ser vista como um espaço multidimensional, em que cada indivíduo tem a sua localização (Larson, Swyers & McCullough, 1997, citado por Miller & Thorensen, 2006).

Por sua vez, a religiosidade pressupõe a existência de uma religião ou rituais místicos (Meneses, 2006; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), ou seja, é a medida em que a pessoa acredita, segue e pratica uma religião concreta (Rocha et al., 2008). Assim sendo, a religião pode ser considerada uma parte da espiritualidade (Zavala et al., 2008).

Em suma, a principal diferença entre estes dois conceitos é o facto de, na religiosidade, existir “um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo” (Rocha et al., 2008, p. 93), pois pode-se encontrar alguém com a sua necessidade espiritual satisfeita sem praticar qualquer tipo de doutrina religiosa (Lourenço, 2004; Pereira, 2009). Além disso, alguns autores (Moberg, 1979, Hiatt, 1986, Reed, 1987, Elkins et al., 1988, Ley & Corless, 1988, citado por Brady et al., 1999; Pereira, 2009) defendem que a espiritualidade é mais universal e inclui mais conceitos que a religiosidade. Desta forma, os indivíduos apresentam recursos espirituais, mesmo quando não adoptam nenhuma religião ou argumentam não possuir crenças espirituais (O’Hanlon, 2006).

Assim, actualmente, a espiritualidade é um termo complexo e amplo, sob o qual se encontra a religião e as necessidades do espírito humano (manifestações da espiritualidade) (Cohen et al., 2000, citado por Connely & Light, 2003). Neste âmbito, pode-se então fazer referência a dois tipos de dimensões: uma interna, que é a espiritualidade, e outra externa, que é a religião; sendo que a espiritualidade é o apoio que cada indivíduo tem para ultrapassar situações de crise (Lourenço, 2004).

A espiritualidade, tal como a QDV, têm sido alvo de várias tentativas de definição que diferem bastante entre si (Hill & Pargament, 2003; Miller & Thorensen, 2003; Pais

Ribeiro & Pombeiro, 2004), havendo assim uma dificuldade em encontrar uma definição consensual e uma articulação precisa deste conceito (Baker, 2003; Schultz, 2005; Speck, 2005).

Então, segundo Mueller et al. (2001, citado por Meneses, 2006, p. 207), a espiritualidade é o “complexo de qualidades únicas de um indivíduo, direccionando a existência e dando significado às experiências humanas”. Analogamente, Baker (2003) refere-se à espiritualidade como a transcendência ou capacidade de superar aspectos contingentes da vida e da saúde. Também, Muldoon e King (1995, citado por Ben-Arye, Steinmetz & Ezzo, 2007, por Brady et al., 1999 e por Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004) referem-se à espiritualidade como a forma pela qual as pessoas compreendem e vivem a sua vida, tendo em conta o seu significado e valores, ou então, como refere Mueller, Plevak e Rummans (2001, citado por Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004), é um processo de experiência que apresenta diversas características (procura de significado e propósito, transcendência, relações e valores).

No mesmo sentido, Hill et al. (2000, citado por Worthington & Sandage, 2001) referem que a espiritualidade é uma experiência dinâmica de significado pessoal e transcendência, enquanto Burkhard (1989, citado por Buttery & Robertson, 2005) descreve a espiritualidade como uma interconexão harmoniosa, com um fim místico. Nareyanesamy (1999, citado por Buttery & Robertson, 2005; Nareyanesamy et al., 2004) postula que a espiritualidade está enraizada na sensação que faz parte da integração da constituição fisiológica-biológica da espécie humana, potencialmente presente em todos os indivíduos, e que se manifesta em paz interior e força, emergentes da percepção da relação com o transcendente ou com aquilo que o sujeito valoriza como supremo.

Segundo a OMS (WHOQOL, 1996, citado por Meneses, 2006), a espiritualidade inclui um conjunto de construtos, tais como: transcendência, ligação, propósito e valores (e.g., fé, perdão, gratidão, amor, entre outros). Hansen (1993, citado por Benko & Silva, 1996) refere ainda que a espiritualidade é uma força unificadora que funciona como facilitadora de desenvolvimento e dá uma orientação à vida do dia-a-dia, bem como um significado à existência do indivíduo sem ter em conta a sua religião.

Segundo Pais-Ribeiro e Pombeiro (2004, p. 758), apesar de diferentes, estas definições partilham a importância da espiritualidade, como contexto que permite “encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves”, o que, tendo em conta Pinto e Pais-Ribeiro (2007, p. 48), acaba por se verificar nos indivíduos que têm de se adaptar a um diagnóstico de cancro, isto é, “manter a auto-estima, ... apoio emocional, esperança, ... influenciar o bem-estar psicológico e interpessoal”.

Deste modo, Koenig, McCullough e Larson (citado por Peterman et al., 2002) defendem que as definições mais recentes incluem dimensões como a procura pessoal de significado e propósito de vida, com ligação à dimensão de transcendência e existência, e ainda às experiências e sentimentos associados a esta procura e ligação. Corroborando esta ideia, Dapuetto et al. (2005) conceptualizam a espiritualidade como uma procura pessoal de significado e objectivos na vida, existindo a crença numa dimensão transcendente/existencial.

Em suma, a espiritualidade é única em cada indivíduo, cada um tem diferentes necessidades espirituais, sendo esta dimensão uma parte daquilo que cada um é durante a sua existência (Lourenço, 2004), isto é, a espiritualidade é um processo dinâmico, pessoal e experiencial (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Assim, o National Institute of Healthcare Research (citado por George, Larson, Koenig & McCullough, 2000) identificou dez domínios chave da religião e/ou espiritualidade que apresentavam no mínimo uma ligação com a saúde, sendo estes: a preferência espiritual/religiosa ou afiliação; história espiritual/religiosa; participação religiosa/espiritual; práticas privadas espirituais/religiosas; suporte espiritual/religioso; *coping* espiritual/religioso; valores e crenças espirituais/religiosas; compromisso espiritual/religioso; motivação espiritual/religiosa para a regulação e reconciliação nas relações; e, por último, as experiências espirituais/religiosas.

Neste sentido, uma das estratégias de *coping* comumente utilizada é o recurso à prece e/ou reza (p.e., Gall & Cornblat, 2002, Koenig, 2002, citado por Weaver & Flannelly, 2004). Estes autores e Lourenço (2004) defendem ainda que quer o paciente

esteja ou não ligado a uma religião, a fé é o elemento que dá sentido à vida e é parte integrante da espiritualidade. Assim, a fé deve ser entendida como uma crença numa realidade superior, mas também como esta é vivida pelo indivíduo (Martins, 1995). Neste sentido, tem-se conceptualizado a espiritualidade como um mecanismo de *coping* focado nas emoções, contudo, existem autores que defendem tratar-se de *coping* focado no problema, pois esta permite às pessoas enfrentar as ameaças (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

No caso específico da Oncologia, a “utilização” da espiritualidade como mecanismo de *coping* tem sido associada a uma melhor adaptação psicossocial, especialmente após o diagnóstico, e a uma capacidade de apreciar a vida, mesmo na presença de sintomas negativos (e.g., Carver et al., Kaczorowsky, 1989, citado por Weaver & Flannelly, 2004). Efectivamente, as variáveis espirituais e religiosas são importantes factores de *coping* em pacientes com cancro (e.g., Halstead & Fernsler, 1994, Post-White et al., 1996, citado por Brady et al., 1999) e podem modificar a reacção ao diagnóstico e o resultado do tratamento (Ferrell et al., 1992, Reed, 1992, Andrykowski et al., 1993, 1996, citado por Brady et al., 1999).

Neste sentido, a dimensão espiritual depende de três componentes que se prendem com três necessidades, que são: a) descobrir significado, razão e realização na vida (condição essencial para viver); b) ter esperança e vontade para viver; e, por último, c) ter fé em si, nos outros e em Deus (Ross, 1995, citado por Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold & Targ, 1999, por Fleck et al., 2003 e por Panzini et al., 2007, 2008).

Ainda no que diz respeito às necessidades espirituais, é de salientar que estas concentram-se no objectivo de vida da pessoa e qual o seu sentido (Lourenço, 2004). Assim, segundo Lourenço (2004), algumas das necessidades espirituais seriam: a) necessidade de um significado para a vida, isto é, cada um analisa as diferentes situações da sua vida procurando compreendê-las; b) necessidade de amor e relacionamento, ou seja, a vida da cada pessoa é influenciada verticalmente por valores superiores/divinos e horizontalmente pelas relações humanas; c) necessidade de perdão, que acontece quando o indivíduo procura um significado para as suas diferentes experiências de vida e sente culpa, necessitando por isso de procurar perdão para esta

culpa; e, por último, d) necessidade de ter esperança, mais concretamente, o indivíduo deseja um futuro bom através de uma esperança que se deve basear em factos reais.

Fryback e Reinert (1999, citado por Panzini et al., 2007, 2008) também referiram a existência de três conceitos relacionados com a dimensão espiritual, mais concretamente: a crença numa força superior, o reconhecer a mortalidade e a actualização do Eu através do amor próprio, aceitação e o encontro de significado quer na doença quer na saúde.

A investigação da espiritualidade em contextos de saúde levou ao aparecimento do conceito de Bem-estar Espiritual (BEE) (Gouveia et al., 2008). Segundo Fisher (1999, citado por Gouveia et al., 2008, p. 423), o BEE é uma “forma de estar dinâmica que se reflecte na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana”, ou seja, consigo próprio, com os outros, com o ambiente (relações com o mundo físico e biológico, através de sentimentos de admiração e união com a natureza) e com algo ou alguém transcendente ao ser humano. Assim, a saúde espiritual seria a dinâmica e desenvolvimento do BEE, tendo em conta todos os domínios atrás referidos (Fisher, 1999, citado por Gouveia et al., 2008). Paralelamente, a OMS (1998, citada por Peres, Simão, & Nasello, 2007a) refere-se ao BEE como sendo uma dimensão do estado de saúde, juntamente com a dimensão física e psíquica.

Também Lin e Bauer-Wu (2003, citado por Manning-Walsh, 2005) apresentaram uma definição de BEE: este seria uma experiência subjectiva que incorporaria a saúde emocional e as preocupações com o significado da vida. Analogamente, Ellison (1983, citado por Cotton et al., 1999) refere que o BEE é um construto multidimensional que incorpora a dimensão existencial e a dimensão religiosa. Por sua vez, Volcan et al. (2003) referem que este é a percepção subjectiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença ou fé.

Segundo Ellison (1983, citado por Ücker, 2007), o BEE apresenta dois elementos, mais concretamente, o bem-estar religioso, relacionado com Deus, e o bem-estar existencial, que se liga ao sentido e satisfação com a vida. Analogamente, Edmondson, Park, Blank, Fenster e Mills (2008) referem que o BEE apresenta dois conceitos

diferentes: o bem-estar existencial e o bem-estar religioso. Assim, segundo os mesmos autores, o primeiro refere-se ao sentimento de que a vida tem um objectivo, um significado, um propósito e valor; enquanto o segundo reporta-se ao sentimento de conforto derivado de uma ligação com um poder superior que é eterno e sagrado.

Neste sentido, o BEE inclui atributos como optimismo, paz (Miller, Manne, Taylor, Keates & Dougherty, 1996, citado por Manning-Walsh, 2005), significado e propósito de vida (Ferrel et al., 1998, McSherry, 1998, Walton, 1999, citado por Manning-Walsh, 2005), coerência consigo, com os outros, com a natureza e com uma força superior (McSherry, 1998, Walton, 1999, citado por Manning-Walsh, 2005), conforto na fé ou crenças (Hill & Pargament, 2003). Assim, o BEE está associado com indicadores de bem-estar, tais como auto-estima, assertividade e significado/propósito na vida (Mickley et al., 1992, Koenig, 1997, citado por Cotton et al., 1999). Também Dapuetto et al. (2005) referem que o BEE é, por vezes, utilizado como uma estratégia para obter uma melhor QDV. Contudo, este pode, ainda, ser visto como uma consequência de uma melhor QDV (Dapuetto et al., 2005).

Neste sentido, para dar resposta à necessidade de bem-estar espiritual do indivíduo, é importante ter em conta todo o tipo de alterações psicológicas e fisiológicas que possam existir (Bolander, 1999, citado por Lourenço, 2004), bem como o seu desenvolvimento espiritual vertical, isto é, de ordem religiosa e ainda o seu desenvolvimento espiritual horizontal, ou seja, de ordem psicossocial ou o desenvolver da sua fé (Hoffmann, Muller, & Frasson, 2006; Lourenço, 2004).

A espiritualidade é assim uma dimensão importante para lidar com uma doença crónica, pois esta aparece quando existe necessidade de reencontrar um significado para a vida (Rocha et al., 2008). Segundo Kenny e O'Neil (1998, citado por Rocha et al., 2008) e Garner et al. (1991, citado por Mytko & Knight, 1999), a espiritualidade pode ainda ser importante na diminuição de estados depressivos e ansiosos, bem como no aumento do bem-estar e a esperança, daí a relevância do estudo desta variável. Do mesmo modo, Lin e Bauer-Wu (2003, citado por Ben-Arye et al., 2007) defendem que o BEE em indivíduos com cancro avançado está correlacionado com a redução da ansiedade e desespero e aumenta a habilidade para lidar com a doença.

Neste sentido, a espiritualidade tem sido associada às causas mais diversas de mortalidade, percentagem de sobreviventes de doentes cirúrgicos, depressão, ansiedade, percentagem de suicídios e promoção de estilos de vida saudáveis, assumindo, deste modo, um papel importante enquanto preditor de saúde (Graham, Furr, Flowers, & Burke, 2001, Harris, McCullough, & Larson, 1999, Levin & Vanderpool, 1989, Plante & Sherman, 2001, citado por Edmondson et al., 2005).

Em suma, por todos os aspectos apresentados, a espiritualidade é uma dimensão importante do Homem, que, juntamente com todas as outras dimensões (biológica, emocional, intelectual e social), fazem dele um ser único (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Assim, no presente trabalho, a espiritualidade será tratada como a forma pela qual as pessoas compreendem e vivem a sua vida, tendo em conta o seu significado e valores, como defende Muldoon e King (1995, citado por Ben-Arye, Steinmetz & Ezzo, 2007, por Brady et al., 1999 e por Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

3.2. A avaliação da Espiritualidade em contextos de Saúde/Doença

A espiritualidade é um conceito central de avaliação na área da saúde, pois oferece informação sobre um conjunto de aspectos relativos a adaptação à doença (Fleck et al., 2003). Contudo, apesar da importância de avaliar este conceito, tal nem sempre é fácil, pois existem “dificuldades conceituais e de desenvolvimento de questões...do ponto de vista psicométrico” (Fleck, 2000, p. 38), ou seja, este conceito é abstracto e aberto a várias interpretações por parte dos indivíduos (Speck, 2005), o que por sua vez leva a uma falta de definição e delimitação das diferenças principais entre espiritualidade e religião (Zavala et al., 2008).

Efectivamente, avaliar e operacionalizar a espiritualidade é um desafio; assim, torna-se necessário usar: a) medidas multidimensionais que reflectam os efeitos da espiritualidade nos diferentes domínios da vida; b) o emparelhamento de pares que reflectam a dinâmica da espiritualidade e do vazio espiritual; c) itens que permitam interpretar e expressar de diferentes formas a espiritualidade, tendo em conta a cultura, ideologia ou prática religiosa; e, por último, d) técnicas inovadoras que reduzam o domínio das medidas de auto-relato (Ho & Ho, 2007), pois este tipo de medidas

apresenta limitações, tais como não ser facilmente compreensível por parte dos indivíduos com um nível educacional baixo e algumas populações clínicas, o que pode levar a que as pessoas respondam ao acaso (Hill & Pargament, 2003).

Analogamente, ao avaliar a espiritualidade não se pode desprezar todas as especificidades desta, como, por exemplo, as diferenças culturais e as diferenças interindividuais que advém deste conceito (Gorsuch & Miller, 2006), bem como os variados domínios que contém (Bekelman et al., 2010). Assim, esta-se perante um construto complexo e multifacetado de difícil definição e medição (Bekelman et al., 2010).

Inicialmente, a variável espiritualidade/religiosidade era avaliada em função do tipo de religião que a pessoa seguia, se era praticante ou não, frequência dos cultos (Fleck et al., 2003), importância da religião e percepção individual de religiosidade (Panzini & Bandeira, 2007). Contudo, estas estratégias são limitadas (Fleck et al., 2003), pois apresentam uma baixa fidelidade e acabam por atenuar a relação que possa existir entre espiritualidade e as variáveis de saúde atraentes para investigação (Hill & Pargament, 2003). Efectivamente, muitas das escalas que avaliam a espiritualidade foram desenvolvidas na América do Norte, onde a religiosidade tende a ser alta, o que, por sua vez, leva à presença de itens que reflectem a religião ou levam a uma interpretação dual da espiritualidade (Wheeler & Hyland, 2008).

Assim, tendo em conta todos estes factos, foram sendo desenvolvidas medidas mais “fortes” que avaliavam um maior número de características espirituais, existindo metodologias de teor quantitativo (escalas, inventários, questionários e índices) e de teor qualitativo (entrevistas com questões abertas e estudos de caso) (Ganzevoort, 1998, Koenig et al., 2001, citado por Panzini & Bandeira, 2007). Em suma, foram desenvolvidas metodologias de avaliação específicas para avaliar a espiritualidade (Peres, Arantes, Lessa, & Caous, 2007b), como é o caso dos instrumentos usados no presente estudo.

Desta forma, os instrumentos que pretendem avaliar a espiritualidade incidem, normalmente, sobre variáveis relacionadas com este conceito, tais como: religiosidade

intrínseca e extrínseca, BEE, bem-estar existencial, experiências espirituais, envolvimento espiritual, *coping* religioso, crenças e práticas (e.g., Hatch et al., 1998, Pargament et al., 1998, citado por Mytko & Knight, 1999).

Contudo, apesar da existência de instrumentos de avaliação da espiritualidade, verifica-se que dificilmente se encontram instrumentos de fácil aplicação, que tenham em conta os aspectos mais genéricos presentes nas diferentes religiões e, por último, que consigam ter em conta as especificações de cada uma das religiões (Fleck et al., 2003). É ainda de salientar que muitas vezes os instrumentos que existem são desenvolvidos nos Estados Unidos da América, o que leva a questionar até que ponto são válidos para estudar a variável em causa, pois a prática religiosa é diferente de cultura para cultura (Fleck et al., 2003).

Além disso, segundo Büssing, Ostermann e Matthiessen (2005), a mensuração e aplicabilidade da espiritualidade ou religiosidade persiste um problema, pois a maioria dos autores avalia as crenças de um grupo religioso específico e questiona acerca da relação com Deus. Assim, este tipo de avaliação só tem em conta alguns indivíduos (Büssing et al., 2005).

Efectivamente, a avaliação da espiritualidade é uma questão vasta e complexa (Volcan et al., 2003): se, por um lado, existe o preconceito destes temas não puderem ser estudados cientificamente; por outro lado, a definição de diferentes conceitos como corpo, mente, espírito e alma é complexa (Leão & Neto, 2007). Assim, Volcan et al. (2003) referem que o BEE torna-se um dos aspectos da espiritualidade a ser avaliado. Neste sentido, ao desenvolver medidas para avaliar este construto, é necessário ter em conta a componente vertical e horizontal já referidas (Volcan et al., 2003).

3.3. Espiritualidade no cancro da mama

A espiritualidade é vista como uma variável importante no que diz respeito à atribuição de um significado ao sofrimento inerente à doença crónica de que o indivíduo padece e ainda como recurso esperançoso na mudança do estado de saúde (Greenstreed, 2006, citado por Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Efectivamente, existem estudos que

defendem que esta variável é muito importante na recuperação de doenças, como o cancro da mama (Sarna, 1993, citado por Bloom et al., 2004). Assim, são vários os estudos que demonstram a relação de influência da espiritualidade na saúde física, mental e social. Assim, estudos neste contexto verificaram que a espiritualidade contribui para o bem-estar físico, mental e social (Volcan et al., 2003).

Torna-se, ainda, pertinente referir que as mulheres apresentam maiores índices de espiritualidade do que os homens (Büssing et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Wink & Dillon, 2002), o que se pode dever a uma maior participação feminina na organização e actividades religiosas (Burke, 1999, Hout & Graley, 1987, McFadden, 1996b, Stokes, 1990, Stolzenberg et al., 1995, citado por Wink & Dillon, 2002). Existem ainda estudos que comparam a espiritualidade de mulheres sobreviventes de cancro da mama com mulheres saudáveis, mostrando que as mulheres sobreviventes apresentam uma menor espiritualidade do que em mulheres saudáveis com características idênticas (Robb et al., 2007). Paralelamente, num estudo realizado por Hoffmann et al. (2006), as mulheres com o diagnóstico de cancro da mama apresentaram um BEE moderado.

Contudo, apesar do importante progresso no desenvolvimento de investigações sobre espiritualidade e saúde, faltam ainda elementos relativamente ao papel dos dados sócio-demográficos e clínicos.

Idade. É importante ter em conta que o ser humano vivencia a espiritualidade de forma diferente ao longo do ciclo de vida. Neste sentido, Lourenço (2004) explica que a criança nasce sem fé ou crenças espirituais, esta é influenciada por modelos, valores e pela formação inculcada pela família e toda a cultura subjacente ao seu contexto. Segundo a mesma autora, na adolescência desencadeia-se o desenvolvimento de valores morais que assumem um importante papel. Para este desenvolvimento, o adolescente procura e explora activamente as várias experiências espirituais, em que o grupo de pares exerce uma grande importância (Lourenço, 2004). Por último, no estágio adulto, o sujeito apela ao pensamento para tomar decisões respeitando normas/valores éticos, morais ou particulares, baseando-se em princípios como a autonomia, justiça, dignidade, beneficência e fidelidade (Lourenço, 2004).

No que respeita à segunda metade do estágio adulto, Wink e Dillon (2002) referem dois modelos gerais de desenvolvimento espiritual. O primeiro modelo interpreta o desenvolvimento espiritual como o resultado positivo do processo de maturação (Wink & Dillon, 2002). Em contrapartida, o segundo modelo de desenvolvimento espiritual conceptualiza a ligação entre a espiritualidade e o amadurecimento etário como consequência da existência de dificuldades e não em consequência do processo de maturação (Wink & Dillon, 2002).

É de salientar que os modelos não são mutuamente exclusivos, porque um défice pode desencadear o desenvolvimento, sem estar necessariamente relacionado com o processo de maturação ou com a ligação entre a espiritualidade e o amadurecimento etário (McFadden, 1996a, citado por Wink & Dillon, 2002). Apesar de diferentes, ambos apresentam uma premissa subjacente igual, ou seja, o envelhecimento está associado a uma maior vivência espiritual (Wink & Dillon, 2002).

Efectivamente, existem estudos que demonstram a existência de um maior “uso” da espiritualidade com o aumento da idade das mulheres (Futterman & Koenig, 1995, Pargament et al., 1995, citado por Kim, Heinemann, Bode, Sliwa & King, 2000; Kaczorowski, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999; Panzini et al., 2008; Peterman et al., 2002), pois a espiritualidade pode ajudar as pessoas mais velhas a encontrar um significado para as suas vidas e a desenvolver novos objectivos que tragam uma sensação de realização, apesar de todas as mudanças impostas pela doença crónica (Baker, 2003; Fryback & Reinert, 1999, Tanyi, 2002, citado por Low & Molzahn, 2007). Todavia, no estudo de Costa, Meneses e Pimentel (2009b) não se encontrou qualquer relação entre BEE e espiritualidade.

Escolaridade. Neste campo, a literatura diverge quanto a existência de uma associação entre BEE e escolaridade. Assim, existem diversos autores que verificaram uma relação entre BEE e uma maior escolaridade⁵ (Büssing et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002). Contrariamente, Kim et al. (2000), no seu estudo

⁵ De salientar, que os estudos referidos não se realizaram objectivamente com mulheres com cancro da mama. Desta forma, o estudo de Mytko e Knight (1999) Peterman et al. (2002) foram realizados com doentes com cancro e o de Büssing et al. (2005) com doentes com diversas patologias.

com pacientes a realizar reabilitação no hospital, não encontrou qualquer relação entre BEE e escolaridade.

Tempo de diagnóstico. Num estudo transversal, realizado por Kaczorowski (1989, citado por Mytko & Knight, 1999), verificou-se que pacientes com cancro apresentavam baixos níveis de BEE entre o diagnóstico inicial e cinco anos após o diagnóstico. Contrariamente, outros estudos em mulheres com cancro da mama verificaram que, após o diagnóstico, existe um apoio das crenças religiosas, com os pacientes a relatarem altos níveis de espiritualidade e religiosidade aquando da aproximação da cirurgia e uma descida da religiosidade/espiritualidade um mês após a cirurgia (Carver et al., 1993, Northouse, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999). Também, Costa et al. (2009b) não encontraram qualquer relação entre BEE e tempo de diagnóstico.

Em suma, o que foi apresentado até ao momento sobre espiritualidade e QDV leva a supor uma relação íntima entre os dois construtos. Tal será abordado de seguida.

3.4.Espiritualidade e QDV

A importância do papel da espiritualidade, no âmbito da saúde, verifica-se nos dados empíricos apresentados em relação à saúde e QDV. Assim, a investigação de diversos autores, tem demonstrado que a Espiritualidade exerce uma função importante e essencial na QDV, saúde, progressão da doença e cura (e.g. Gallagher, Wadsworth & Stratton, 2002, Pais Ribeiro et al., 2004, citado por Meneses, 2006; Robbins et al., 2001, citado por Panzini, 2008). Também Balboni et al. (2007), Ferriss (2002, citado por Panzini et al., 2008), Flannelly e Inouye (2001, citado por Panzini et al., 2008) e Hill e Pargament (2003) defendem a existência de uma relação entre espiritualidade e QDV.

Mueller et al. (2001, citado por Peres et al., 2007a) executaram uma revisão da literatura existente sobre a relação entre espiritualidade, saúde física e mental e QDV. Concluíram que a maioria dos estudos verificaram que quanto maior o envolvimento religioso e espiritualidade, maior os índices apresentados de saúde física e mental e QDV. Da mesma forma, Hill e Pargament (2003) e o National Cancer Institute (2008,

citado por Wildes et al., 2009) defendem que existe uma relação entre espiritualidade e bem-estar físico e bem-estar mental.

Num estudo, realizado por Volcan et al. (2003), verificou-se que, em doentes crónicos, quanto maior a espiritualidade, melhor a QDV. No mesmo sentido foi o estudo realizado por Riley et al. (1998, citado por Cotton et al., 1999, por Kim et al., 2000 e por Krupski et al., 2006), que concluíram que os pacientes com doença crónica que não apresentavam espiritualidade relatavam pior QDV. Analogamente, Laubmeier et al. (2004, citado por Pestana, Estevens, & Conboy, 2008), num estudo realizado com indivíduos que apresentavam uma doença oncológica, concluíram que elevados índices de BEE correspondiam a uma melhor QDV. Ainda no âmbito da doença oncológica, Fitchett et al. (1996, citado por Cotton, 1999) realizaram um estudo em que concluíram que o BEE estava associado com uma maior QDV, verificando que o BEE era um bom preditor da QDV dos indivíduos com cancro em diferentes estádios da doença. Neste âmbito, Cotton et al. (1999, p. 433) realizaram um estudo com mulheres que apresentavam cancro da mama e concluíram que quanto mais a mulher se sentisse “spiritually well”, mais reportava uma melhor QDV. Analogamente, Costa et al. (2009b) verificaram que existia uma relação entre QDV e BEE.

Paralelamente, Hoffmann (2006, citado por Ücker et al., 2007), num estudo que realizou com mulheres com cancro da mama, verificou que quanto maior o BEE, maior o bem-estar existencial. Neste sentido, a investigação tem vindo a demonstrar que o BEE está associado positivamente à QDV (Büssing et al., 2005), logo, existe uma associação entre BEE e QDV (Bekelman et al., 2010; Dapuetto et al., 2005).

Assim, como referem Peres et al. (2007a), a espiritualidade é um factor com importante contribuição na saúde e QDV de muitos indivíduos. Efectivamente, Levine e Targ (2002, citado por Büssing et al., 2005 e por Krupski et al., 2006), num estudo com mulheres com cancro da mama, verificaram a existência de uma correlação positiva entre espiritualidade e QDV, pois a espiritualidade apresenta-se relacionada com o domínio físico e emocional da QDV.

Brady et al. (1999) e Cella et al. (1999, citado por Panzini et al., 2007, 2008) verificaram a existência de uma correlação positiva significativa entre BEE e QDV numa amostra de doentes oncológicos com diferentes tipos de neoplasia. Também Gioiella et al. (1998, citado por Panzini et al., 2007, 2008 e por Stefanek, McDonald, & Hess, 2005) verificaram esta relação em pacientes com diferentes tipos de neoplasias ginecológicas. Fryback e Reinert (1999, citado por Panzini et al., 2007, 2008) estudaram ainda 10 mulheres com cancro e concluíram que aquelas que encontraram um significado para a sua doença (espiritualidade) apresentavam melhor QDV. Num estudo realizado, tendo como suporte o estudo de Brady et al. (1999), concluiu-se também que o BEE estava associado positivamente à QDV geral (Whitford, Olver, & Peterson, 2008). Morgan, Gaston-Johansson e Mock (2006) realizaram um estudo com mulheres com cancro da mama e verificaram uma relação entre BEE e QDV: quanto maior o BEE, melhor QDV apresentavam.

Segundo Visser, Garsen e Vingerhoets (2010), diversos estudos indicam a existência de uma relação entre espiritualidade e uma melhor QDV, o que vai de encontro aos estudos supracitados. Efectivamente, a espiritualidade parece ter um efeito positivo no conjunto de todos os doentes crónicos, em que altos níveis de QDV geral indicam altos níveis de espiritualidade (Zavala et al., 2008).

A literatura revista, cuja síntese se apresentou, bem como a experiência de estágio académico, a realização da Monografia de Licenciatura e a discussão com peritos estiveram na base do trabalho de campo que de seguida se apresenta.

Capítulo IV - Contribuição Empírica

4.1. Objectivos, hipóteses e variáveis do estudo

O presente estudo tem como objectivos⁶: a) comparar a QDV de mulheres submetidas a mastectomia *versus* cirurgia conservadora; b) explorar a relação entre QDV e idade; c) explorar a relação entre QDV e escolaridade; d) explorar a relação entre QDV e tempo de diagnóstico; e) comparar o BEE de mulheres submetidas a mastectomia *versus* cirurgia conservadora; f) explorar a relação entre BEE e idade; g) explorar a relação entre BEE e escolaridade; h) explorar a relação entre BEE e tempo de diagnóstico; e i) explorar a relação entre BEE e QDV em mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia. Por último, pretende-se, ainda, identificar as características dos elementos da amostra que apresentam pior QDV e pior BEE e explorar a relação entre as respostas a dois instrumentos de avaliação da espiritualidade.

Assim, na sequência dos objectivos supracitados, as hipóteses a considerar neste estudo são:

1. A QDV das mulheres submetidas a cirurgia conservadora é superior à das mulheres que realizaram mastectomia (Dorval et al., 1998; Kiebert et al., 1991, citado por Ribeiro, 1999, por citado por Rebelo et al., 2007; Ribeiro & Santos, 2000, citado por Ribeiro, 2002, por citado por Rebelo et al., 2007)⁷;

2. A QDV das mulheres mais novas com cancro da mama será menor do que a das mulheres mais velhas (Bloom et al., 2004; Bower et al., 2000, Engel et al., 2003,

⁶ Apesar da existência de outras variáveis, relevantes no âmbito do cancro da mama (por exemplo, situação profissional, estado civil, outras doenças, comorbilidade), optou-se por não explorar a sua relação com a QDV e/ou o BEE devido à grande dispersão de elementos pelas diferentes categorias de cada uma das variáveis em causa.

⁷ Apesar desta hipótese ter sido colocada tendo em conta os diferentes estudos mencionados existem outros estudos que demonstram a ausência de diferença, tais como os de Ganz, Scahg, Lee, Polinsky e Tan (1992), Hughes (1993, citado por Moyer, 1997), Nissen et al. (2001) e Steeg, Vries e Roukema (2007).

Parker et al., 2003, citado por Bardwell et al., 2004; Grunfeld et al., 2005; Zebrack et al., 2007; King et al., 2000, Vacek et al., 2003, citado por Rebelo et al., 2007)⁸;

3. A QDV será mais elevada quanto maior a escolaridade apresentada pelas mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia (Davies et al., 2008; King et al., 2000, citado por Makful, Dias & Barra, 2006);

4. A QDV será mais elevada quanto mais tempo tiver passado desde o diagnóstico de cancro da mama (Bloom, et al., 2004; Ganz et al., 1996, citado por Bloom et al., 2004; Tomich & Helgenson, 2002);

5. O BEE das mulheres mais velhas com cancro da mama será maior do que das mulheres mais novas (Futterman & Koenig, 1995, Pargament et al., 1995, citado por Kim et al., 2000; Kaczorowski, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999; Panzini et al., 2008; Peterman et al., 2002)⁹.

6. O BEE será mais alto quanto maior à escolaridade das mulheres com cancro da mama (Büssing et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002);

7. O BEE será mais baixo quanto mais tempo tiver passado desde o diagnóstico de cancro da mama (Carver et al., 1993; Northouse, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999; Kaczorowski, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999); e

8. Existe uma relação entre QDV e BEE, sendo que quanto maior o BEE melhor a QDV de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia (Brady et al., 1999; Büssing et al., 2005; Cella et al., 1999, citado por Panzini et al., 2007, 2008; Cotton et al., 1999; Fitchett et al., 1996, citado por Cotton et al., 1999; Gioiella et al., 1998, citado por Panzini et al., 2007, 2008; citado por Stefanek et al., 2005; Laubmeir et al., 2004,

⁸ Apesar desta hipótese ter sido colocada tendo em conta os diferentes estudos mencionados existem outros estudos que nos demonstram a ausência de diferença, tais como os de Davies, Kinman, Thomas e Bailey (2008).

⁹ Apesar de esta hipótese ter sido colocada tendo em conta os diferentes estudos mencionados, existem outros estudos que demonstram a ausência de diferença, tais como os de Futterman e Koenig (1995) e Pargament et al. (1995, citado por Kim et al., 2000).

citado por Pestana et al., 2008; Morgan et al., 2006; Whitford et al., 2008; Zavala et al., 2008);

No que toca ao objectivo relativo à comparação do BEE de mulheres submetidas a mastectomia *versus* cirurgia conservadora, não foi encontrada literatura que suportasse uma hipótese. Contudo, tendo em conta a literatura consultada, será de supor pelas características do procedimento cirúrgico e consequências, que as mulheres que realizaram mastectomia apresentem níveis mais baixos de BEE.

Da mesma forma, no que respeita ao objectivo sobre as características dos elementos da amostra com pior QDV, espera-se, com base nos objectivos/hipóteses supracitados e na literatura consultada que estes tenham realizado mastectomia, sejam mais jovens que a média da amostra total, que a maioria não esteja activa profissionalmente, seja casada e apresentem valores médios de tempo de diagnóstico abaixo da amostra total, bem como menor escolaridade e apresentem outras doenças.

Por outro lado, no que concerne ao objectivo sobre as características dos elementos da amostra com pior BEE, crê-se, com base nos objectivos/hipóteses supramencionados que estes tenham realizado mastectomia, sejam mais jovens que a média da amostra total e apresentem valores médios de tempo de diagnóstico acima da amostra total, bem como maior escolaridade.

No que se relaciona com o objectivo que pretende explorar a relação entre as respostas a dois instrumentos de avaliação da espiritualidade, espera-se a existência de uma correlação não perfeita entre os dois instrumentos, visto que diferentes definições de espiritualidade/BEE estão na base dos diferentes instrumentos.

Assim, as variáveis principais do presente estudo são a QDV e o BEE e as variáveis secundárias são: o tipo de cirurgia, a idade, a escolaridade e o tempo de diagnóstico.

4.2. Método

4.2.1. Participantes

A amostra em estudo é uma amostra não probabilística sequencial de conveniência, obtida em dois Hospitais do Litoral Norte do País¹⁰ (Hospital A e Hospital B). Assim, todas as doentes que possuíam as características pretendidas para o presente estudo foram consideradas elegíveis para serem convidadas a participar no mesmo (Ribeiro, 1999).

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino, maior de idade, ter cancro da mama, ter sido submetida a cirurgia, o último tratamento realizado (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia) ter ocorrido pelo menos há um ano e que a doença não estivesse em progressão.

Assim, a amostra deste estudo é constituída por 45 utentes, do sexo feminino, de um Hospital do Litoral Norte de Portugal (Hospital A) e por 15 utentes, de um outro Hospital do Litoral Norte de Portugal (Hospital B), com cancro da mama. As restantes características sócio-demográficas da amostra total¹¹ encontram-se expressas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

Caracterização Etária e Educacional da Amostra (N=60)¹²

Variáveis sócio-demográficas	M	DP	Mínimo	Máximo	Amplitude
Idade	55,72	11,105	34	81	47
Escolaridade	5,22	2,906	0	14	14

¹⁰ Não se pretende, nem nunca se pretendeu, com este estudo comparar os grupos oriundos dos diferentes hospitais. Contudo, devido à dificuldade em construir a amostra, optou-se por utilizar, juntamente com os novos dados, a amostra de um outro trabalho realizado pela autora deste (Costa, M. (2008). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Mulheres com Neoplasia da Mama*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciado em Psicologia Clínica).

¹¹ Em anexo, pode-se verificar as características sócio-demográficas da amostra, em função do Hospital de origem (cf. Anexo A).

¹² Em anexo, pode-se verificar as características etárias e educacionais da amostra, em função do Hospital de origem (cf. Anexo A).

Tabela 2*Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N=60)*

Variáveis Clínicas	n	%
Situação Profissional		
Empregada a tempo inteiro	6	10,0
Desempregada	1	1,7
Reforma antecipada	7	11,7
Reforma não antecipada	7	11,7
Pensão de invalidez	24	40,0
Baixa Médica	11	18,3
Doméstica	4	6,7
Estado Civil		
Casada	40	66,7
União de facto	1	1,7
Viúva	9	15,0
Solteira	4	6,7
Divorciada	5	8,3
Separada	1	1,7

Como se pode verificar na Tabela 1, o grupo de participantes é bastante heterógeneo em relação à idade. Adicionalmente, a amostra apresentava uma escolaridade média abaixo do ensino obrigatório actual, o que vai de encontro ao facto da maioria das mulheres apresentar profissões do sector primário ou secundário (cf. Anexo B). É de salientar ainda que a maioria não se encontrava a exercer a sua profissão de forma activa e eram casadas (Tabela 1).

No que diz respeito às características clínicas da amostra, estas são descritas nas Tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3*Caracterização Clínica da Amostra (N=60)¹³*

Variáveis Clínicas	n	%
Tipo de Cirurgia		
Mastectomia	30	50
Cirurgia Conservadora	30	50

¹³ Em anexo, pode-se verificar as características clínicas da amostra, tendo em conta o hospital de origem (cf. Anexo C).

Tabela 3*Caracterização Clínica da Amostra (N=60) (continuação)*

Variáveis Clínicas	n	%
Reconstrução		
Sim	4	6,7
Não	56	93,5
Terapêuticas antineoplásicas		
Quimioterapia		
Sim	44	73,3
Não	16	26,7
Radioterapia		
Sim	40	66,7
Não	20	33,3
Hormonoterapia		
Sim	51	85,0
Não	9	15,0
Outras doenças		
Sim	41	68,3
Não	19	31,7
Medicação		
Sim	55	91,7
Não	5	8,3
Consulta de Psicologia Individual		
Frequência		
Sim	9	15,0
Não	51	85,0
Frequência Actual		
Sim	1	1,7
Não	8	13,3
Consulta de Psicologia em Grupo		
Frequência		
Sim	45	75,0
Não	15	25,0
Frequência Actual		
Sim	30	50,0
Não	15	25,0

Tabela 4

Caracterização do Tempo de Diagnóstico e de Consulta de Psicologia da Amostra (N=60)¹⁴

Variáveis Clínicas	M	DP	Mínimo	Máximo	Amplitude
Tempo de diagnóstico (meses)	42,90	24,374	12	132	120
Consulta de Psicologia Individual					
Duração (meses)	5,0	2,0	2	8	6
Cessação (meses) (N=7)	13,86	10,590	6	36	30
Consulta Psicologia Grupo					
Duração (meses)	17,11	6,042	6	24	18
Cessação (meses) (N=5)	12	3,586	9	18	9

Tabela 5

Caracterização da Amostra do Hospital B Relativamente às Novas Variáveis (N=15)

Variáveis Clínicas	n	%
Outro tipo de apoio		
Sim	5	33,3
Não	10	66,7
Religião		
Sim	15	100,0
Tipo de Religião		
Católica	15	100,0
Praticante		
Sim	9	60,0
Não	6	40,0

No que diz respeito às variáveis clínicas, e de acordo com os critérios de inclusão, a totalidade da amostra realizou cirurgia (mastectomia, $n=30$; cirurgia conservadora, $n=30$), sendo que a maioria após esta cirurgia, não realizou reconstrução mamária. As principais razões para a não realização da reconstrução mamária prendem-se sobretudo co questões de saúde, bem como pelo receio de estar perante uma nova cirurgia. Pode-se ainda verificar, pela análise das tabelas, que a maioria da amostra realizou os três tipos de tratamento (QT, RT, HT). É de referir ainda que a maioria das participantes

¹⁴ Em anexo, pode-se verificar as características clínicas da amostra em termos de tempo de diagnóstico e de Consulta de Psicologia, tendo em conta o Hospital de Origem (cf. Anexo C).

apresentava outras doenças, sendo referenciadas as seguintes: osteoporose ($n=20$), hipertensão ($n=27$), diabetes ($n=13$), dislipidemia ($n=15$), asma brônquica ($n=3$), incontinência urinária ($n=2$), hipertiroidismo ($n=1$), artroses ($n=5$), angina hepática ($n=1$), angina de peito ($n=1$), anemia ($n=1$), doença degenerativa ($n=1$), arritmia cardíaca ($n=1$), problemas renais ($n=1$) e patologia pulmonar intersticial ($n=1$). No que diz respeito à medicação, a maiorias participantes consumia fármacos, sobretudo psicofármacos, fármacos de terapia hormonal ou fármacos relacionados com as doenças supracitadas.

Este levantamento das comorbilidades torna-se pertinente porque a existência de outros problemas de saúde pode reflectir-se na QDV do indivíduo (Meneses, 2006; Vacek et al., 2003, citado por Pinto & Ribeiro, 2006). Pode-se, ainda, verificar que a maioria da amostra tivera apoio psicológico em formato grupal e nove haviam tido também apoio individual, antes de participarem no presente estudo. Por último, verificase bastante heterogeneidade no que toca ao tempo após o diagnóstico de cancro da mama (cf. mínimo e máximo).

No que concerne a amostra do Hospital B, pode-se verificar (cf. Tabela 5), que a maioria não procurou outro tipo de apoio que não o profissional que todas as participantes tinham uma religião, a Católica, ainda que só 9 se assumissem como praticantes.

4.2.2. Material¹⁵

Os instrumentos utilizados na presente investigação são: um Questionário Sócio-demográfico e Clínico (elaborado para permitir a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra); o “The Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast” (FACT–B), que pretende avaliar a QDV em mulheres com cancro da mama; a “The Functional Assessement of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale” (FACIT-Sp-12), que pretende avaliar a espiritualidade, mais concretamente o BEE. Por

¹⁵ Por questões éticas, e por indicação da orientadora, é facultado um exemplar do protocolo e respectivas autorizações, em dossier separado, apenas aos membros do júri da presente Dissertação. Os comprovativos das autorizações obtidas no hospital A não são anexados, pois não foram obtidos pela autora do estudo, mas pelo responsável de um estudo mais amplo, no qual este se enquadra (Prof. Doutor Francisco Pimentel). As autorizações do hospital B encontram-se no dossier em causa.

último, nas utentes do Hospital B foi, ainda, aplicada a “Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde” (EAECS).

A) Questionário Sócio-demográfico e Clínico¹⁶

Os itens que constituem o Questionário Sócio-demográfico e Clínico foram: a idade, escolaridade, profissão, situação profissional, estado civil, tempo de diagnóstico, progressão da doença, cirurgia (realização, tipo, data, reconstrução mamária, sua data e motivos). As participantes foram ainda questionadas acerca dos tratamentos a que tinham sido submetidas devido à sua doença (tipo - quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, início e fim). Abordou-se ainda a existência e “tipo” de outras doenças (diagnosticadas), a medicação que tomavam e o acompanhamento em Consulta de Psicologia individual ou de grupo (duração e cessação).

Por sua vez, no Hospital B, as doentes responderam, ainda, a itens¹⁷ sobre outro tipo de apoio/qual(ais), religião/estatuto enquanto praticante; indicações da medicação que estes elementos tomavam; e, por último, o local de apoio psicológico (individual ou em grupo), caso se justificasse.

B) The Functional Assessment of Chronic Illness- Therapy (FACIT)

FACIT é uma organização dos Estados Unidos da América que pretende melhorar a forma de lidar com o cancro e com todos os problemas que lhe estão associados, por isso tenta aumentar a taxa de sobrevivência e a QDV (Ribeiro, 2002). Contudo, “o FACIT não visa exclusivamente o estudo do cancro” (Ribeiro, 2002, p. 92). Efectivamente, desde 1987 que se dedica mais a esta doença, tendo principiado o desenvolvimento do Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G), que já vai na versão 4.0 (Ribeiro, 2001). O FACT-G é uma medida de auto-relato (Winstead-Fry & Schultz, 1997), que foi desenvolvida usando uma entrevista semi-estruturada com pacientes e profissionais de Oncologia para a criação dos itens finais (Cella et al., 1993). Este é um questionário de QDV com 27 itens, que se dividem por quatro domínios: “Bem-estar físico” (PWB-7 itens), “Bem-estar familiar/social” (SWB-

¹⁶ É de salientar que os itens 10,12,14,15,17,18,20 e 21, que dizem respeito as datas de realização dos diferentes tratamentos e da reconstrução caso ela tenha existido foram recolhidos para verificar se as participantes estavam de acordo com os critérios de inclusão da amostra, bem como o item 7 que pretendia averiguar a progressão da doença.

¹⁷ A inclusão destes itens tornou-se pertinente pela experiência prévia de investigação, bem como pela literatura consultada e pela discussão com peritos em espiritualidade.

7 itens), “Bem-estar emocional” (EWB-6 itens) e “Bem-estar funcional” (FWB-7 itens) (Dapueto et al., 2003, 2005; Ribeiro, 2001). Os *scores* para cada sub-escala variam entre 0 e 28 para PWB, SWB e FWB e entre 0 e 20 para EWB (Weitzner et al., 1995). O *score* total do FACT-G é a soma de PWB, SWB, EWB e FWB, que varia entre 0 e 108 (Dapueto et al., 2005; Webster et al., 2003).

A resposta a cada uma das afirmações é dada através da concordância ou discordância com a afirmação (Ribeiro, 2002), através de uma escala de tipo likert com a pontuação de 0 a 4 pontos (Dapueto et al., 2005; Davies et al., 2008; Winstead-Fry & Schultz, 1997).

O FACT-G demonstrou altos coeficientes de fidelidade e validade (Winstead-Fry & Schultz, 1997). Num estudo, o *alpha de Cronbach* da escala total foi de 0,89 e o das sub-escalas variou entre 0,69 e 0,82 (Winstead-Fry & Schultz, 1997). A realização do teste-reteste com um intervalo entre 3 a 7 dias revelou uma correlação de 0,92 para a escala total e de 0,82 a 0,88 para as diferentes sub-escalas (Winstead-Fry & Schultz, 1997). Para verificar a validade convergente, os autores realizaram uma comparação das correlações entre o FACT-G e o Functional Living Index-Cancer (0,79), o Eastern Cooperative Oncology Group- Performance Status Rating Scale (0,56) e o Brief Profile of Mood States (0,65) (Winstead-Fry & Schultz, 1997). Neste sentido, ficou demonstrada uma boa validade convergente (Winstead-Fry & Schultz, 1997). Segundo Cella et al. (1993), o FACT-G apresenta a capacidade de discriminar os pacientes com base no estágio da doença, no desempenho e na hospitalização, o que suporta a sensibilidade da escala.

O FACT-G é considerado apropriado para usar em pacientes com qualquer tipo de cancro e também pode ser usado e é válido noutras condições de doença crónica e na população em geral (Webster et al., 2003).

A partir do FACT-G foram desenvolvidas escalas específicas que completam ou referem-se a aspectos importantes do cancro (quer do tratamento, quer da doença) que não estão presentes na escala geral (Ribeiro, 2002).

FACIT apresenta módulos para os seguintes cancros: Mama, Bexiga, Cérebro, Colo-rectal, Sistema Nervoso Central, Colo do útero, Esófago, Cabeça e Pescoço, Hepatobiliar, Pulmões, Ovário, Próstata e ainda os seguintes ligados ao tratamento: Transplante de medula, Modificadores da resposta biológica, Neurotoxicidade e Taxane (Ribeiro, 2002).

Estas escalas foram desenhadas para avaliar o tratamento do cancro e fornecer dados específicos sobre a evolução da doença e dos tratamentos (Ribeiro, 2002). Efectivamente, estas escalas são funcionais, pois a primeira preocupação é monitorizar os tratamentos e têm como principal vantagem o seguimento clínico dos doentes (Ribeiro, 2002).

O **FACT-B** consiste no **FACT-G** mais uma subescala específica acerca do cancro da mama (Brady et al., 1997; Holzner et al., 2001). Esta subescala específica do cancro da mama apresenta 10 itens (Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003), que abordam áreas como a sexualidade, aparência, efeitos laterais dos tratamentos e *stress*/doença (Cotton et al., 1999). Este foi desenvolvido dando importância aos valores dos pacientes e rapidez na administração (Brady et al., 1997). Em termos de resposta, o **FACT-B** segue os mesmos critérios do **FACT-G** (Ribeiro et al., 2003).

O *score* total do **FACT-B** é obtido através da soma das quatro dimensões, mais a subescala específica para o cancro da mama, em que quanto mais elevado o resultado obtido melhor será a QDV, sendo que este pode variar entre 0 e 144 (Danhauer et al., 2009; Webster et al., 2003).

O **FACT-B** foi testado duas vezes durante o período de dois meses para avaliar a sensibilidade da escala à mudança (Brady et al., 1997). Neste sentido, foi demonstrada uma sensibilidade significativa para o total do **FACT-B** e ainda para **PWB**, **FWB** e “Preocupações adicionais” (**BCS**) (Brady et al., 1997). O **FACT-B** apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,90$) e as sub-escalas também (o *alpha de Cronbach* variou entre 0,63 e 0,86) (Brady et al., 1997). Segundo Brady et al. (1997), existe evidência que suporta a fidelidade, bem com a validade convergente e divergente do

FACT-B. Assim, o FACT-B tem demonstrado uma boa validade e fidelidade, quer para a versão original, quer para as variadas traduções existentes (Holzner et al., 2001).

A análise dos valores de *alpha* de Cronbach, na amostra do presente estudo, revela uma boa consistência interna para o valor global da escala (0,867). Da mesma forma, a maioria das subescalas do FACT-B no presente estudo apresentam, também, valores satisfatórios (excepto, a EWB que apresenta um valor de 0,490), sendo que a dimensão mais consistente é PWB (cf. Anexo D) (Guéguen, 1999).

Efectivamente, o FACT-B é apropriado para usar em ensaios clínicos na área da Oncologia, bem como na prática clínica (Brady et al., 1997). Este apresenta como principais vantagens: a facilidade de administração, rapidez no preenchimento e boas qualidades psicométricas (Brady et al., 1997). Contudo, o FACT-B apresenta como limitação o facto de não avaliar aspectos importantes dos sobreviventes, tais como o medo de recidiva, a função sexual, as mudanças na imagem corporal e o risco genético para outros membros da família (Pearce, Sanson-Fisher, & Campbell, 2007).

O FACIT-Sp-12 foi desenvolvido com o contributo dos pacientes com cancro, psicoterapeutas e especialistas religiosos/espirituais (Peterman et al., 2002). Neste sentido, foi pedido que descrevessem os aspectos da espiritualidade e/ou fé que contribuíssem para a QDV, para conseguir chegar aos itens finais (Peterman et al., 2002). Esta escala encontra-se validada para um conjunto de línguas e culturas (Zavala, Maliski, Kwan, Fink & Litwin, 2008).

O FACIT-Sp-12 é uma escala de 12 itens que foi desenvolvida pelos investigadores que desenvolveram o FACT-B e mede o bem-estar espiritual (Bekelman et al., 2010; Dapuetto et al., 2005; Manning-Walsh, 2005). Os itens cobrem questões como: ter uma razão para viver, encontrar um propósito ou significado na vida, encontrar força ou conforto na fé e o efeito da doença sobre a fé (Cotton et al., 1999).

Inclui uma escala de resposta de tipo *likert*, que oscila entre 0 (nem um pouco) até 4 (muitíssimo) (Manning-Walsh, 2005). Quanto mais elevados se apresentarem os *scores*, maior o bem-estar espiritual (Manning-Walsh, 2005), sendo que o *score* global

da escala varia entre 0 e 48 (Bekelman et al., 2010; Dapuetto et al., 2005; Zavala et al., 2008).

Através de uma rotação *varimax*, foram identificados três factores para o FACIT-Sp 12 com valores acima de 1.0 (3.2., 3.2., 1.5) (Canada, Murphy, Fitchett, Peterman, & Schover, 2007; Peterman et al., 2002). Contudo, o terceiro factor compreendia apenas dois itens com termos negativos; assim, foi decidido separar os itens em dois factores/subescalas para possibilitar uma melhor interpretação (Canada et al., 2007; Peterman et al., 2002).

Neste sentido, o FACIT-Sp-12 apresenta duas subescalas: Significado/Paz e Fé/Crenças (Cotton et al., 1999; Dapuetto et al., 2005; Noguchi et al., 2004). É de salientar que estes dois factores podem não ajudar os pacientes, caso estes estejam perante doenças severas e perigosas para a sua vida (Büssing et al., 2005). A primeira subescala contém oito itens e pretende aceder ao significado, ao sentimento de paz e objectivos de vida (Bekelman et al., 2010; Noguchi et al., 2004; Peterman et al., 2002; Zavala et al., 2008). A outra subescala contém quatro itens e avalia vários aspectos da relação entre a doença e a fé/crenças espirituais (Bekelman et al., 2010; Noguchi et al., 2004; Peterman et al., 2002).

Esta escala (FACIT-Sp-12) apresenta uma boa validade de conteúdo e de construto (Brady et al., 1999; Peterman et al., 2002), sendo que a validade de construto foi avaliada, juntamente com uma medida de bem-estar (Webster, 2000, citado por Manning-Walsh, 2005).

O FACIT-Sp-12 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,87$) (Cella, 1997, citado por Cotton et al., 1999; Fitchett et al., citado por Manning-Walsh, 2005), bem como as suas duas sub-escalas (0,81-0,88) (Peterman et al., 2002). A análise dos valores de *alpha* de Cronbach, na amostra do presente estudo, revela uma boa consistência interna para o valor global da escala (0,865). Paralelamente, as duas escalas apresentam também uma boa consistência interna (0,860; 0,754) (cf. Anexo D).

Contudo, esta escala apresenta três limitações (Peterman et al., 2002). A primeira é o aparecimento de diferenças demográficas significativas nos *scores* da escala (Peterman et al., 2002). Além disso, o *score* total e das subescalas padecem dos efeitos de tecto (Peterman et al., 2002). Por último, a escala não inclui construtos importantes para o sentido da espiritualidade de algumas pessoas, tais como generosidade, perdão e amor (Peterman et al., 2002).

Apesar das limitações, a escala apresenta também vantagens, como o facto de ser breve, fiel e ainda ser uma medida de avaliação válida para a espiritualidade, especialmente útil para avaliar o papel da espiritualidade não religiosa na QDV (Peterman et al., 2002).

Em suma, o sistema de medição FACIT oferece várias vantagens ao investigador (e ao clínico) que procura avaliar a QDV de pessoas com diversas doenças crónicas, incluindo o cancro (Webster et al., 2003). Segundo Webster et al. (2003), a primeira vantagem seria o facto do conteúdo dos itens ser determinado pela combinação da informação de especialistas e doentes. A segunda vantagem seria as várias centenas de estudos publicados pormenorizadamente, muitos deles reportando os estudos que acompanharam a validação das diferentes escalas (Webster et al., 2003). O FACIT apresenta, ainda, como vantagem, *scores* comparativos válidos para a população normal e para a população com uma doença crónica¹⁸ (Webster et al., 2003). Por último, o FACIT apresenta o desenvolvimento de um corpo de pesquisas que ilustram diferenças clínicas significativas e mudanças nos *scores* das escalas FACIT, ajudando a determinar o tamanho da amostra e a interpretar os resultados dos estudos (Webster et al., 2003).

C) Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS)

Esta escala foi criada por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), originalmente em Português Europeu. Para proceder à sua construção, os autores analisaram itens de diferentes instrumentos que avaliavam a dimensão espiritual (Quality of Life-Cancer Survivor e a subescala do instrumento da World Health Organization Quality of Life Questionnaire), bem como dados clínicos obtidos através de entrevistas a doentes com cancro (Pinto &

¹⁸ Tal não se verifica para a população portuguesa.

Pais-Ribeiro, 2007). De salientar, que os autores pretendiam construir uma escala simples e curta, o que constitui uma das suas vantagens (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

As respostas a esta pequena escala constituída por 5 itens são obtidas através de uma escala do tipo *likert* com 4 alternativas, que se situam entre o “não concordo” (1 ponto) e o “plenamente de acordo” (4 pontos) (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Segundo os autores da escala, esta é composta por dois factores que explicam 75,23% da variância total, sendo que 50,01% é explicado pelo primeiro factor e o restante pelo segundo. Desta forma, o primeiro factor denomina-se “crenças” (dimensão vertical) englobando “a valorização das crenças espirituais/religiosas na atribuição de sentido à vida”, correspondendo aos itens 1 e 2 da escala (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007, p. 50). Por sua vez, o segundo factor nomeia-se por “esperança/optimismo” (dimensão horizontal) abarcando “itens que correspondem a um sentimento positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança” (item 3) e, ainda, por uma “redefinição de valores de vida”, patentes nos itens 4 e 5 (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007, p. 50).

Esta escala apresenta uma boa consistência interna, quer para a escala global ($\alpha=0,74$), quer para o factor crenças ($\alpha=0,92$), quer para o factor esperança/optimismo ($\alpha=0,69$), denotando uma boa fidelidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Efectivamente, a escala, na amostra do presente estudo, manifesta também uma boa consistência interna quer ao nível global ($\alpha=0,862$), quer ao nível das duas dimensões (0,903; 0,656) (cf. Anexo D).

No que concerne a validade, os autores analisaram a correlação entre a escala criada e outras medidas, que pretendem avaliar construtos idênticos, mas também estratégias de *coping* (algumas do Brief COPE), QDV (QLQ-C30), o papel funcional e o afecto positivo (PANAS). Desta forma, Pinto e Pais-Ribeiro (2007) verificaram que a EAECs apresentava uma boa validade de construto.

Em suma, ainda segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007), esta escala apresenta duas dimensões espirituais, mais concretamente, uma vertical, ligada à relação com o transcendente, e uma horizontal, relacionada com a esperança e o sentido da vida.

4.2.3. Procedimento

Ao ser levantada a questão de investigação, foi ponderado quais seriam os melhores instrumentos a utilizar¹⁹. Neste sentido, depois de se decidir que seria o FACT-B, o FACIT-Sp-12 e a EAECs (cf. vantagens e limitações anteriormente sintetizadas), foi pedida autorização aos autores para a sua utilização, explicando o objectivo da investigação e em que âmbito seria realizada.

Seguidamente, tendo em conta o local da recolha de dados, foi elaborado um Protocolo de Investigação para submeter à instituição em causa, nomeadamente à sua Comissão de Ética. No que se refere, ao Hospital A, tendo em conta que parte dos dados aqui apresentados foram recolhidos na continuação de um estudo proposto pelo Director do Serviço de Oncologia da instituição daquela altura, estes pedidos já tinham sido realizados anteriormente pelo mesmo. No que respeita ao Hospital B, o Protocolo de Investigação foi aprovado.

Para a realização da avaliação, o *setting* foi cuidadosamente preparado, com o intuito de que as pessoas que participassem no estudo estivessem com o menor constrangimento social por falarem com um psicólogo, para assegurar a liberdade de participação e garantir a confidencialidade dos dados recolhidos. Contudo, no Hospital B nem sempre foi possível garantir todas estas condições, já que por vezes os dados foram recolhidos no Gabinete de Enfermagem e sucediam-se algumas interrupções.

No que respeita ao Hospital A, foi marcada uma Consulta de Psicologia para as potenciais participantes. Neste sentido, as que se encontravam a ser seguidas em Consulta de Psicologia foram previamente contactadas no grupo, para indagar a

¹⁹ Inicialmente, pensou-se em utilizar somente o FACIT-Sp 12. Contudo, devido à dificuldade em compreender alguns itens no estudo anterior, colocou-se à questão se a EAECs seria mais acessível, visto que também era mais pequena (cf. Anexo D). Desta forma, procedeu-se à um "Cognitive Debriefing" simplificado com 3 pessoas, sendo pedida a sua interpretação para os dois instrumentos e qual o mais acessível (cf. Anexo E).

disponibilidade de cada uma delas. Por outro lado, as que já tinham tido alta foram contactadas por carta, com marcação de uma Consulta de Psicologia (*follow-up*). No Hospital B, a recolha de dados ocorreu quando as doentes se deslocavam ao Hospital para uma Consulta Externa, em que lhes era explicado o objectivo da investigação e perguntado se estas estariam disponíveis para participar na mesma. Para que fosse possível aceder às mulheres com cancro da mama do Hospital B foi solicitada uma lista, em que posteriormente informaram-me das datas das consultas seguintes.

Com a intenção de garantir uma prática ética fundamentada, teve lugar a obtenção do consentimento informado, segundo as directrizes de Ribeiro (1999). Assim, para obter o consentimento informado por parte das participantes, foi-lhes explicado o objectivo do estudo, como se iria proceder a recolha dos dados e explicado e garantido o anonimato e confidencialidade, bem como o carácter voluntário da participação. Foi também solicitado a cada participante que colocasse quaisquer dúvidas para não existir respostas ao acaso, foi, ainda, reforçado o carácter voluntário de participação e a não existência de consequências pela recusa em participar, e a possibilidade de terminar a colaboração antes do final, sem qualquer consequência para a própria (Ribeiro, 1999).

Tendo em consideração a baixa escolaridade existente na população-alvo, o preenchimento dos instrumentos foi sempre realizado pelo investigador, mais concretamente, a autora do presente estudo. Em cada administração, a investigadora leu a instrução e forma de preenchimento da respectiva escala (Almeida & Freire, 2003). A administração do protocolo seguiu a seguinte ordem: Questionário Sócio-demográfico e Clínico, FACT-B e FACIT-Sp-12, sendo que, no Hospital B, após a administração destes questionários, procedia-se, ainda, ao preenchimento da EAECS.

É de referir que na administração do FACIT-Sp-12 as participantes demonstraram algumas dificuldades em compreender alguns dos itens, daí que a linguagem fosse simplificada, como se pode verificar na Tabela 6. De salientar que esta simplificação só ocorreu após a leitura consecutiva por duas vezes do que se encontrava no questionário e as participantes continuarem sem compreender o que se perguntava.

Tabela 6*Descrição dos Itens Simplificados do FACIT-Sp-12*

Item do FACIT-Sp 12	Item simplificado
“Custa-me sentir paz de espírito”	Custa sentir paz/ bem-estar
“Sinto que a minha vida tem um propósito”	Sente que a sua vida tem um objectivo/fim
“Sinto-me em harmonia consigo mesmo(a)”	Sente-se bem/em paz consigo mesmo
“A minha vida tem sido produtiva”	A sua vida tem dado frutos/alcançou os seus objectivos.
“Falta sentido e propósito em minha vida”	Falta fim/objectivo/significado a sua vida

Posteriormente, os dados recolhidos foram estatisticamente tratados recorrendo a um programa informático específico para o efeito: *Statistical Package for the Social Sciences* ([SPSS] versão 17.0), para estabelecer uma análise e discussão dos resultados.

4.3. Apresentação e discussão dos resultados

Antes de mais, convém referir que as hipóteses e objectivos foram testados recorrendo ao teste *t* de *Student* (amostras independentes), correlação de *Pearson* e *Regressão Linear* (Bisquerra, Sarriera & Martinez, 2004; Pestana & Gageiro, 2003).

Antes de passar à análise dos resultados que vão de encontro aos objectivos do estudo e permitem confirmar ou infirmar as hipóteses levantadas, caracteriza-se QDV e BEE geral da amostra (cf. Tabela 7).

Tabela 7*Caracterização da QDV e BEE da Amostra (N=60)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
FACT-B total	91,10	17,127	32	119	87
PWB	18,62	5,582	7	28	21
SWB	19,55	4,232	7	26	19

Tabela 7*Caracterização da QDV e BEE da Amostra (N=60) (continuação)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
EWB	14,20	3,772	3	22	19
FWB	17,82	4,568	5	27	22
BCS	21,03	5,227	5	30	25
FACIT-Sp total	34,72	7,484	13	48	35
Significado/Paz	23,30	5,667	7	32	25
Fé/Crenças	11,42	2,919	4	16	12

Dado que o FACT-B não tem pontos de corte, mas o valor máximo é 144, pode-se concluir que a amostra apresentou uma QDV moderada, de acordo com o indicador global e os indicadores relativos aos factores, considerando os valores mínimos e máximos possíveis (PWB, 0-28; SWB, 0-28; EWB, 0-24; FWB, 0-28; BCS, 0-36).

Estes dados vão, de certo modo, de encontro à literatura que refere que, normalmente, as mulheres sobreviventes de cancro da mama, após terminarem todos os tratamentos, não apresentam diferenças na QDV quando comparadas com a população saudável (Arndt et al., 2004, Ganz et al., 2002, Gibson & Parker, 2003, citado por Pinto & Ribeiro, 2006; Bloom et al., 2004).

No que diz respeito ao FACIT-Sp-12, uma vez que o instrumento usado também não tem pontos de corte, mas o valor máximo é 48, pode-se concluir que a amostra apresentou um nível de BEE moderado, de acordo com o indicador global e os parciais (Significado/Paz, 0-32; e Fé/Crenças, 0-16).

Caracteriza-se, ainda, a Espiritualidade avaliada através da EAECs, nas 15 participantes que responderam à escala em questão (cf. Tabela 8).

Tabela 8*Caracterização da Espiritualidade da Amostra Avaliada Através da EAECs (N=15)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
Total EAECs	15,27	3,807	9	20	11
Dimensão vertical da EAECs	6,67	1,718	4	8	4
Dimensão horizontal da EAECs	8,60	2,261	5	12	7

Tendo em conta, que a EAECS não apresenta pontos de corte mas o valor máximo para a escala é de 20, para a dimensão vertical é de 8 e para a horizontal é de 12, pode-se referir que os valores encontrados são moderados.

Relativamente ao objectivo a) e hipótese 1 - A QDV das mulheres submetidas a cirurgia conservadora é superior à das mulheres que realizaram mastectomia -, esta não foi confirmada, uma vez que os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas na QDV geral (e nos seus domínios) em função do tipo de cirurgia realizada (cf. Anexo F), diferenças essas encontradas em estudos anteriores (Dorval et al., 1998; Kiebert et al., 1991, citado por Ribeiro, 1999, citado por Rebelo et al., 2007; Ribeiro & Santos, 2000, citado por Ribeiro, 2002, citado por Rebelo et al., 2007).

Neste ponto, é de sublinhar que as investigações relativamente às diferenças na QDV em função do tipo de cirurgia divergem. No presente estudo, como nos estudos de Costa et al. (2009a), Ganz et al. (1992), Hughes (1993, citado por Moyer, 1997), Nissen et al. (2001) e Steeg et al. (2007), não se verificaram diferenças.

Estes resultados talvez possam ser explicados pelo “facto” das mulheres submetidas a mastectomia acreditarem que através da realização desta cirurgia poderão apresentar um maior controlo e, conseqüentemente, uma maior prevenção de recidivas, daí não existirem diferenças na QDV entre estes dois grupos (Trill & Goyanes, 2003, citado por Rebelo et al., 2007). Outras explicações possíveis para os resultados encontrados prendem-se com a existência de outras doenças na amostra deste estudo, pois 41 das participantes apresentavam mais doenças, além do cancro da mama. Assim sendo, Trentham-Dietz et al. (2003, citado por Pinto & Ribeiro, 2006) e Engel et al. (2003) defendem que a comorbilidade não relacionada com o cancro influencia mais a QDV do que aspectos específicos do cancro que os doentes tiveram. Assim, no caso da amostra avaliada, pode-se supor que a existência de outras doenças será mais importante para a QDV do que o tipo de cirurgia realizada, visto que os indivíduos com cancro são mais susceptíveis de padecer de doenças, como, por exemplo, osteoporose, dislipidemia, entre outras (Portilla et al., 2008).

Além disso, segundo Seligman (1996, citado por Matos & Pereira, 2002b), fornecer psicoterapia a doentes oncológicos tem um grande impacto, quer ao nível das estratégias para lidar com a situação, quer ao nível do ajustamento à doença, ao tratamento e ao prognóstico. Efectivamente, o apoio psicológico e as técnicas psicológicas podem trazer benefícios, melhorando a QDV dos doentes oncológicos (Ogden, 2000/2004), o que pode explicar os resultados encontrados, pois 45 das doentes foram alvo de intervenção psicológica em grupo. Este tipo de intervenção está, claramente, comprovada como tendo efeito na melhoria do bem-estar do doente, mas também em termos de mudanças fisiológicas e taxas de sobrevivência (Fawzy & Fawzy, 1994, Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981, Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989, citado por McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2002).

Segundo Makful, Dias e Barra (2006), quanto mais velhas as mulheres com cancro da mama forem, melhor QDV apresentam, mesmo que submetidas a mastectomia. Desta forma, a média da idade da amostra é de 55,72 anos o que porventura poderá explicar não existirem diferenças entre as mulheres submetidas a mastectomia e a cirurgia conservadora.

De salientar, ainda, que mais de metade da amostra é casada, o que, segundo a literatura, é um preditor de melhor QDV (Makful, Dias & Barra, 2006), podendo ser (outra) uma explicação para os resultados encontrados. A maioria das mulheres casadas da amostra deixou transparecer durante a aplicação do protocolo de que a sua relação seria estável e teria sido um grande suporte na sua doença, assim, o facto de ter “tirado uma mama” pode não ter sido o suficiente para abalar a sua relação e, consequentemente, revelar diferenças relativamente as mulheres que não o fizeram.

Por último, uma outra explicação possível remete para todo o tratamento a que as mulheres com cancro da mama foram submetidas, pois este é visto como responsável por inúmeras alterações na vida do indivíduo (Silva & Santos, 2008). Assim sendo, todo o tratamento a que as mulheres sujeitas à cirurgia conservadora foram submetidas pode ter sido tanto ou mais traumatizante do que a realização da mastectomia e, consequentemente, conduzir à não existência de diferenças entre estes dois grupos.

No que toca ao objectivo b) e à hipótese 2 - A QDV das mulheres mais novas com cancro da mama será menor do que a das mulheres mais velhas -, esta não foi confirmada, pois os resultados mostram que não existe uma correlação linear estatisticamente significativa entre a QDV e a idade (cf. Anexo F), ao contrário dos estudos realizados por Bloom et al., (2004), Bower et al., (2000), Engel et al. (2003), Grunfeld et al. (2005), King et al., Vacek et al. (2000, 2003, citado por Rebelo et al., 2007), Parker et al. (2003, citado por Bardwell et al., 2004), Shapiro et al. (2001) e Zebrack et al. (2007).

Efectivamente, a análise da literatura efectuada leva a crer que as mulheres mais novas apresentam uma pior QDV do que as mais velhas, principalmente as mulheres com menos de 35 anos, particularmente aquelas que entram na menopausa precocemente (Grunfeld, Dhesy-Thind, & Levine, 2005). Contudo, os resultados encontrados não indicam uma correlação entre a QDV e a idade. Este facto pode relacionar-se com a idade média da amostra, que é de 55,72 anos, sendo que a porção maior de doentes apresenta a idade igual ou superior a 50 anos ($n=40$).

Outra justificação plausível relaciona-se com o facto das mulheres com cancro da mama mais novas, normalmente, apresentarem uma função social pobre e daí apresentarem uma pior QDV (Engel et al., 2003). Contudo, no presente estudo, a função social pobre pode ser colmatada pela intervenção psicológica em grupo a que 45 das participantes foram submetidas, pois este trabalho em grupo permite o aumento das relações sociais, bem como benefícios na melhoria da QDV dos doentes oncológicos (McIntyre et al., 2002).

Além disso, a presença de comorbilidade pode apresentar um importante significado clínico para os resultados encontrados (Robb et al., 2007).

Apesar da hipótese não ter sido confirmada, foi possível verificar uma relação entre a idade e a sub-escala referente ao cancro da mama do FACT-B, mais concretamente, a medida que um aumenta o outro, também, aumenta. Este facto pode ocorrer devido as questões que constituem esta subescala, pois estas são muito focadas nas alterações ao nível da imagem corporal (por exemplo, “Sinto-me incomodada com a

queda de cabelo”; “Sinto-me incomodada com a alteração de peso”) e, como a literatura refere, as mulheres mais jovens apresentam uma maior dificuldade em adaptar-se a estas alterações (Cohen et al., 2000, citado por Makful, Dias & Barra, 2006). Além disso, as mulheres mais velhas têm tendência a valorizar menos a feminilidade, bem como a ter menos complexos e dificuldades com a imagem corporal (Makful, Dias & Barra, 2006).

No que concerne, ao objectivo C e à hipótese 4 - A QDV será mais elevada quanto maior a escolaridade apresentada pelas mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia -, esta não foi confirmada, pois os resultados mostram que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre QDV e escolaridade (cf. Anexo F), ao contrário dos estudos realizados por Davies et al. (2008) e King et al. (2000, citado por Makful, Dias & Barra, 2006).

Estes resultados podem ser explicados considerando a escolaridade, pois no presente estudo, e apesar do máximo de escolaridade ser de 14 anos, a média é de 5,22 anos e o maior efectivo situa-se nos 4 anos de escolaridade ($n=29$).

No que diz respeito, à hipótese 3 - A QDV será mais elevada quanto mais tempo tiver passado desde o diagnóstico de cancro da mama -, esta não foi confirmada, uma vez que os resultados mostram que não existe uma correlação linear estatisticamente significativa entre QDV e tempo de diagnóstico (cf. Anexo F), ao contrário dos estudos realizados por Bloom et al. (2004) e Ganz et al. (1996, citado por Bloom et al., 2004).

Estes resultados podem ser explicados considerando o tempo de diagnóstico, pois os estudos de Bloom et al. (2004) e Ganz et al. (1996, citado por Bloom et al., 2004) foram realizados com mulheres que apresentavam o diagnóstico há mais de cinco anos. Em contrapartida, no presente estudo, apesar do mínimo de tempo ser de 1 ano e o máximo de cerca de 11 anos, verifica-se uma média 42.90 meses passados desde o diagnóstico, que corresponde a cerca de 3 anos e meio. Assim, este facto pode relacionar-se com os resultados encontrados.

É ainda de salientar que Holzner et al. (2001) referem que passados dois anos do diagnóstico é comum não se verificar uma melhoria acentuada da QDV, pois problemas

como dor, fadiga, medo de recidiva, incapacidade de adaptar-se à doença e tratamento persistem por um longo período de tempo após o diagnóstico. Também, Gotay et al. (1998, citado por Rebelo et al., 2007), ao realizarem uma revisão da literatura, concluíram que cinco anos após o diagnóstico existem ainda muitas mulheres com cancro da mama que experienciam consequências negativas do cancro ou do tratamento no dia-a-dia. Estes factos vão de encontro à amostra do presente estudo, pois a maioria das mulheres encontra-se neste período de tempo.

Como já foi referido, a comorbilidade pode ter também aqui um papel preponderante, pois, como referem Pinto e Ribeiro (2006), a avaliação da QDV realizada cinco anos após o diagnóstico indicando-a como moderada ou como boa, prende-se sobretudo com a inexistência de outras doenças ou complicações crónicas. Além disso, os mesmos autores defendem que quando as mulheres com cancro da mama se encontram empregadas, este facto pode ser um predictor de uma melhor QDV a longo prazo. Estes dois aspectos não se verificam na amostra estudada, pois a maioria apresentava outras doenças crónicas e só uma pequena porção se encontrava empregada ($n=11$).

Todavia, apesar de a hipótese não ter sido confirmada, pode-se verificar que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o domínio do bem-estar físico (PWB) e o tempo de diagnóstico, mais concretamente, quanto maior o tempo de diagnóstico menor o bem-estar físico. Tal pode dever-se às limitações inerentes aos tratamentos a que estas mulheres com cancro da mama estiveram/estavam sujeitas, pois podem persistir ou surgir novos sintomas ao longo do tempo, como, por exemplo, dor, inchaço, entre outros; ou ainda pelos sintomas que advêm da menopausa induzida precocemente (Bloom et al., 2004).

No que respeita, o objectivo e) comparação do BEE de mulheres submetidas a mastectomia *versus* cirurgia conservadora - não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que vai contra o esperado (cf. Anexo G).

Efectivamente, os doentes oncológicos apresentam um elevado sofrimento pelo facto de ter uma doença grave, apresentando um conjunto de limitações funcionais, familiares, profissionais e sociais; porque os tratamentos trazem efeitos colaterais e ainda porque as vivências de uma doença deste tipo propiciam o desenvolvimento de situações depressivas ou o agravamento caso haja uma pré-existência destas (Justo, 2001). Neste sentido, o tipo de cirurgia pode não se relacionar com o BEE, pois este último pode ser mais utilizado como estratégia “a pensar” na sobrevivência.

Em relação, ao objectivo f) e à hipótese 5 - O BEE das mulheres mais velhas com cancro da mama será maior do que o das mulheres mais novas -, esta não foi confirmada, ao contrário do constatado nos estudos de Kaczorowski (1989, citado por Mytko & Knight, 1999), Panzini et al. (2008) e Peterman et al. (2002), sendo que também não se verificou qualquer correlação para as diferentes dimensões.

Todavia, os resultados encontrados vão de encontro aos estudos de Futterman e Koenig (1995) e Pargament et al. (1995, citado por Kim et al., 2000), que não encontraram relação entre o BEE e a idade. Este facto pode relacionar-se com a idade média da amostra, que é de 55,72 anos, sendo que a porção maior de doentes se encontra nos 50 anos ($n=40$), não sendo possível verificar uma relação num contínuo.

Contudo, pode também estar relacionado com as mudanças na espiritualidade, muitas vezes atribuídas à idade, estarem interligadas com outras variáveis, tais como o tipo de *coping* utilizado nas diferentes mudanças de saúde e o tipo de função social que, normalmente, a mulher tem no caso do cancro da mama (Kim et al., 2000).

Outra justificação plausível para os resultados encontrados prende-se com o facto das doentes com diferentes idades darem uma importância maior a diferentes dimensões da espiritualidade, mais concretamente, as doentes mais velhas reportariam uma grande prática religiosa e as mais novas reportariam maiores crenças religiosas (Mytko & Knight, 1999).

No que toca, ao objectivo g) e à hipótese 6 - O BEE será mais alto quanto maior à escolaridade das mulheres com cancro da mama (Büssing et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002) -; esta não foi confirmada, o que vai contra o esperado.

Estes resultados podem ser explicados, considerando a escolaridade, pois no presente estudo e apesar do máximo de escolaridade ser de 14 anos, a média é de 5,22 anos e o maior efectivo situa-se nos 4 anos de escolaridade ($n=29$).

Tendo em conta o objectivo h) e a hipótese 7 - O BEE será mais baixo quanto mais tempo tiver passado desde o diagnóstico de cancro da mama -, esta não foi confirmada²⁰, pois os resultados mostram que não existe uma correlação linear estatisticamente significativa entre BEE e tempo de diagnóstico (cf. Anexo G), ao contrário dos estudos realizados por Carver et al. (1993, citado por Mytko & Knight, 1999) e Kaczorowski e Northouse (1989, citado por Mytko & Knight, 1999).

De novo, estes resultados podem ser explicados, considerando o tempo de diagnóstico, pois no presente estudo, apesar do mínimo de tempo ser de 1 ano e o máximo de cerca de 11 anos, verifica-se uma média de 46,53 meses após o diagnóstico, que corresponde cerca de 4 anos. Assim sendo, os primeiros cinco anos após o diagnóstico são cruciais para os médicos darem a situação como estável e diminuir a probabilidade de recidiva (Fehaluer, Tribius, Mehnert & Rades, 2005), podendo assim o BEE manter-se moderado ou elevado, durante este tempo, facilitando uma melhor adaptação à doença e ao próprio medo de recidiva. Paralelamente, o BEE pode manter-se moderado ou elevado, pois como refere o item do FACIT-Sp 12 a doença fortaleceu a sua fé/crenças espirituais.

Além de todas as explicações supracitadas, é ainda necessário ter-se em conta que na administração do FACIT-Sp-12 as participantes demonstraram algumas dificuldades em compreender alguns dos itens, daí que a linguagem fosse simplificada.

²⁰ Era de esperar que a hipótese não fosse confirmada, visto que se o BEE e a QDV apresentam uma correlação linear estatisticamente significativa positiva, logo em termos de diagnóstico era esperado que o BEE fosse aumentando como a QDV, senão a relação teria de ser negativa.

Neste sentido, os resultados encontrados no que diz respeito ao BEE podem ter sofrido influência, pois os itens foram simplificados à luz da compreensão do investigador.

Por último, tendo em conta o objectivo i) e à hipótese 8 - Existe uma relação entre BEE e QDV, sendo que quanto maior o BEE melhor a QDV de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia, esta foi confirmada. Verificou-se, através do recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, a existência de uma correlação positiva forte/alta, estatisticamente significativa (Bisquerra et al., 2004), entre o BEE e a QDV (cf. Tabela 9), o que significa que quanto maior o BEE apresentado pelas mulheres melhor será a QDV apresentada.

Tabela 9

Correlação Entre BEE e QDV

	Significado/Paz		Fé/Crenças		FACIT Sp-12 total	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
PWB	0,463	0,000	-0,094	0,475	0,314	0,015
SWB	0,670	0,000	0,372	0,003	0,653	0,000
EWB	0,473	0,000	0,236	0,070	0,450	0,000
FWB	0,783	0,000	0,447	0,000	0,767	0,000
BCS	0,437	0,000	0,189	0,148	0,405	0,010
FACT-B total	0,761	0,000	0,281	0,030	0,686	0,000

Este resultado vai de encontro à relação que a literatura refere existir entre o BEE e a QDV (Brady et al., 1999; Büssing et al., 2005; Cella et al., 1999, citado por Panzini et al., 2007, 2008; Cotton et al., 1999; Fitchett et al., 1996, citado por Cotton et al., 1999; Gioiella et al., 1998, citado por Panzini et al., 2007, 2008; citado por Stefanek et al., 2005; Laubmeir et al., 2004, citado por Pestana et al., 2008; Morgan et al., 2006; Whitford et al., 2008; Zavala et al., 2008). Efectivamente, se analisar os resultados de uma forma mais pormenorizada, verifica-se que todas as subescalas do FACT-B correlacionam com o total do FACIT Sp-12, bem como com a subescala Significado/Paz. Contudo, verifica-se que as subescalas PWB, EWB e BCS não apresentam correlação linear com a subescala Fé/Crenças, o que, em parte vai de encontro ao estudo realizado por Wildes et al. (2009), bem como ao estudo de Zavala et

al. (2008). Efectivamente, já era de esperar que as subescalas PWB, EWB e BCS não se correlacionassem com o FACIT-Sp12, pois referem-se a aspectos mais individuais e pessoais da QDV de cada uma das mulheres com cancro da mama. Enquanto, que as subescalas FWB e SWB aludem, mais ao externo, concretamente em termos sociais. Desta forma, será importante privilegiar às áreas sociais e de apoio comunitário para que o flagelo do cancro da mama possa cada vez mais ser uma área à intervir não só profissionalmente, como também comunitariamente (em sociedade).

Tabela 10

Análise de regressão linear para a QDV

Preditores (VI's)	Beta	t	p
Significado/Paz	0,88	7,57	0,02
Fé/ Crenças	0,36	3,10	0,09

Modelo: $R^2=0,973$; $F=36,393$; $gl=2$; $p=0,03$

Tendo como objectivo compreender a influência que o BEE tem na QDV, visto que estes apresentam uma correlação linear estatisticamente significativa, realizou-se uma análise de regressão linear. Nesta análise, foram testados modelos para a explicação do BEE na QDV, sendo assumidas como variáveis predictoras as duas dimensões do BEE. É de salientar, que estes modelos foram testados para a amostra total.

Os resultados da análise de regressão para a amostra total permitem validar o modelo estudado, verificando que as variáveis predictoras, quando consideradas em conjunto, explicam significativamente a QDV, nomeadamente 97,3% da QDV.

Quando considerados isoladamente, as variáveis predictoras não são todas significativas para a QDV. Assim, o preditor com coeficiente *Beta* significativo é a dimensão Significado/Paz (0,36). Este coeficiente é positivo, indicando que este preditor varia no mesmo sentido que a QDV (Tabela 10), sendo portanto uma variável importante na explicação da QDV. Em suma, a dimensão Significado/Paz mostra-se importante na explicação da QDV, indo de encontro a toda a literatura já supracitada.

Tendo em conta, que os resultados encontrados foram na maioria divergentes da literatura e do esperado, torna-se particularmente pertinente identificar as características das participantes da amostra que apresentem resultados mais baixos em termos de QDV e BEE. Desta forma, para realizar esta análise e tendo em conta que o FACT-B e o FACIT-Sp12 não apresentam pontos de corte, optou-se por considerar todos os elementos da amostra que apresentavam valores abaixo dos pontos médios das escalas. Assim, serão considerados todos os elementos da amostra que apresentam um *score* global igual ou menor a 72 no FACT-B e todos os elementos com um *score* global igual ou menor a 24.

Ora, apenas 7 participantes apresentaram um valor igual ou menor a 72 no FACT-B, o que, por si só, pode ser uma explicação para os resultados encontrados, pois a maioria da amostra apresentou resultados acima do ponto médio da escala (tendo em conta o valor mínimo e máximo desta).

Tabela 11

Caracterização da QDV das Participantes com pior QDV (N=7)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
FACT-B total	58,71	13,708	32	69	37
PWB	10,00	2,517	7	15	8
SWB	14,43	5,094	7	21	14
EWB	9,57	3,823	3	14	11
FWB	12,57	5,381	5	18	13
BCS	12,14	4,670	5	17	12

Como se pode verificar através da Tabela 11 o valor global médio da QDV desta subamostra situa-se muito abaixo do ponto médio da escala, bem como abaixo da média da amostra total. Esta situação repete-se para os diferentes domínios da QDV avaliados pelo FACT-B, sendo que os domínios em que se encontra valores mais baixos são o PWB e a BCS.

Como se pode constatar através da análise das tabelas em anexo (cf. Anexo H), as participantes que apresentaram pior QDV apresentavam, em geral, algumas

características referidas na literatura. Desta forma, a maioria ($n=6$) não se encontrava a trabalhar de forma activa, o que, segundo Pinto e Ribeiro (2006), pode ser um factor que influencia negativamente a QDV. Adicionalmente, 5 das 7 participantes realizaram mastectomia, o que, segundo vários autores, pode levar a resultados mais baixos na QDV (Dorval et al., 1998; Kiebert et al., 1991, citado por Ribeiro, 1999, citado por Rebelo et al., 2007; Ribeiro & Santos, 2000, citado por Ribeiro, 2002, citado por Rebelo et al., 2007). Pode-se, ainda, verificar mais uma vez a importância da comorbilidade, sendo que 6 participantes apresentavam outras doenças (Pinto & Ribeiro, 2006; Robb et al., 2007). No que respeita a idade, pode-se verificar que a sua média é inferior à da amostra total, o que, por sua vez, vai de encontro à literatura que refere que as mulheres mais novas apresentam menor QDV (Bloom et al., 2004; Bower et al., 2000; Engel et al., 2003; Grunfeld et al., 2005; King et al., Vacek et al., 2000, 2003, citado por Rebelo et al., 2007; Parker et al., 2003, citado por Bardwell et al., 2004; Shapiro et al., 2001; e Zebrack et al., 2007). Também no que respeita a escolaridade, as participantes com menor QDV apresentavam um valor médio inferior ao da amostra total, resultado este que vai de encontro a literatura que defende que mulheres com maior escolaridade apresentam melhor QDV (Davies et al., 2008; King et al., 2000, citado por Makful, Dias & Barra, 2006). Neste âmbito, seria de esperar que as mulheres com pior QDV apresentassem valores médios de tempo de diagnóstico abaixo da amostra total, o que não aconteceu. Em suma, ao estudar de uma forma mais profunda as participantes do estudo com menor QDV, pode-se verificar que possuem algumas características que a literatura apresenta como preditoras de uma pior QDV.

No que respeita ao FACIT-Sp 12, apenas 5 participantes apresentaram um valor igual ou menor a 24, o que, por si só, pode explicar os resultados encontrados, pois a maioria da amostra apresentou resultados acima do ponto médio da escala (tendo em conta o valor mínimo e máximo desta).

Tabela 12*Caracterização do BEE das Participantes com Pior BEE (N=5)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
Significado/Paz	13	4,637	7	17	10
Fé/Crenças	6,40	1,517	4	8	4
FACIT-Sp total	19,40	5,030	13	224	11

Verifica-se, através da Tabela 12, que o valor global médio de BEE desta subamostra situa-se muito abaixo do ponto médio da escala, bem como abaixo da média da amostra total. Esta situação repete-se para os dois domínios de BEE avaliados pelo FACIT-Sp 12.

No que respeita a idade era esperado que os elementos da subamostra fossem mais jovens, do que a amostra total – este facto ocorreu, contudo a diferença é mínima (0,02) (Kaczorowski, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999; Panzini et al., 2008; Peterman et al., 2002). Em relação, ao tempo de diagnóstico era esperado, que a subamostra apresentasse valores médios superiores à amostra total – sendo, que não se verificou esta característica (Carver et al., 1993, citado por Mytko & Knight, 1999; Kaczorowski & Northouse, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999). No que concerne, a escolaridade previa-se que esta fosse maior do que a da amostra total – o que aconteceu, todavia com uma diferença mínima (0,02) (Davies et al., 2008; King et al., 2000, citado por Makful et al., 2006). Em relação, ao tipo de cirurgia também constatou-se que a maioria não tinha realizado mastectomia.

No que respeita, ao último objectivo, relativo à relação entre as respostas ao FACIT Sp-12 e as respostas da EAECs, verificou-se que existe uma correlação linear estatisticamente significativa forte/muito alta²¹ (Bisquerra et al., 2004) entre os resultados totais, mas também entre as subescalas e entre os totais e as subescalas (cf. Tabela 13).

²¹ O Coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas que pode oscilar entre -1 e 1, em que quanto mais o valor se aproxima da unidade, mais perfeita será a correlação (Pestana & Gageiro, 2003).

Tabela 13*Correlação entre o FACIT-Sp 12 e a EAECS*

	Significado/Paz		Fé/Crenças		FACIT Sp-12 total	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1ª dimensão da EAECS	0,794	0,000	0,894	0,000	0,898	0,000
2ª dimensão da EAECS	0,639	0,010	0,833	0,000	0,770	0,001
Total da EAECS	0,738	0,020	0,898	0,000	0,863	0,000

Desta forma, pode-se concluir que existe uma relação entre BEE e Espiritualidade, tal como são avaliados pelos instrumentos em apreço. Todavia, a aplicação do questionário a três pessoas da população geral num “Cognitive Debriefing” simplificado indicam uma preferência pela EAECS, pois, segundo estes, esta escala é mais fácil e mais rápida de responder (cf. Anexo E), ainda que optar por esta implique perda de informação; o que é corroborado pelas correlações calculadas.

Após a realização deste estudo, ficam ainda várias questões por responder, por exemplo associadas às limitações do mesmo. De facto, na realização do presente estudo, foram encontradas algumas limitações que o poderão ter condicionado. Entre elas, o número reduzido de elementos da amostra, que seria essencial aumentar, procurando, assim, generalizar (com as devidas ressalvas – cf. Hospitais de origem) os dados obtidos, e a inexistência de alguns dados sócio-demográficos e clínicos (como por exemplo, o estágio da doença, que implicava o acesso ao processo das doentes), a recolher subgrupos mais homogêneos/comparáveis entre si – por exemplo, situação profissional.

Paralelamente, em próximos estudos seria pertinente: a) adicionar variáveis como índices de sintomatologia depressiva e de ansiedade, pois Barbosa e Ribeiro (2000) defendem que a existência de sintomatologia grave deste tipo leva a um menor nível de QDV; b) considerar a existência de uma menopausa precoce derivada do cancro da mama e seus tratamentos, já que quando tal ocorre verifica-se também uma menor QDV (Grunfeld & Dhesy-Thind, 2005); c) avaliar a alexitimia, pois, segundo Stanton et al. (2000, citado por Patrão & Leal, 2004), as mulheres que melhor expressam as suas emoções apresentam uma melhor QDV do que as que não as expressam; d) explorar melhor o tratamento, mais concretamente se as senhoras que realizaram mastectomia

apresentavam diferenças na QDV, tendo em conta a realização de reconstrução ou não (Nissen et al., 2001) para isso seria necessário aumentar o número de efectivos que realizaram reconstrução; e) incluir a percepção do estatuto sócio-económico, pois Bardwell et al. (2004) refere também a existência de diferenças ao nível da QDV em função desta variável; f) identificar a existência de linfaedema ou dor, que podem ocorrer derivado da doença, já que podem indicar uma menor QDV (Beaulac et al., 2002, Rietman et al., 2004, citado por Pinto & Ribeiro, 2006); g) focar as práticas espirituais/afiliação religiosa, já que parece existir uma relação entre estas e o BEE apresentado (Mass & Dobson, 2006), pois a religião é muitas vezes procurada para complementar o apoio recebido pela família e os profissionais de saúde (Hoffmann et al., 2006). Este último aspecto supracitado foi tido em conta, no novo protocolo. Contudo, devido ao baixo efectivo não foi possível verificar a associação em questão.

Além das variáveis, poderia ser pertinente avaliar aspectos como o medo de recidiva, a função sexual, as mudanças na imagem corporal e o risco genético para outros membros da família, já que o FACT-B não os avalia e estes aspectos podem, também, levar à existência de diferenças ao nível da QDV (Pearce, Sanson-Fisher, & Campbell, 2007). O FACIT-Sp-12 também não inclui construtos importantes para o sentido da espiritualidade de algumas pessoas, tais como generosidade, perdão e amor (Peterman et al., 2002), daí que fosse importante poder avaliar estes construtos.

Além disso, a utilização do próprio FACT-B pode ser considerada uma limitação, pois, apesar de todas as suas vantagens (muitas das quais citadas previamente), Pearce et al. (2007) referem que este deveria ser utilizado para avaliar os efeitos imediatos do tratamento e diagnóstico, contudo, na presente amostra um dos critérios de selecção era o último tratamento ter terminado, pelo menos, há um ano. Assim, numa próxima investigação, torna-se pertinente procurar utilizar um outro instrumento para verificar até que ponto os resultados encontrados no presente estudo não estão relacionados com a utilização do FACT-B.

No âmbito das limitações do estudo pode-se, também, referir as dificuldades encontradas em introduzir estes conceitos num estudo empírico, pois, e como já referido aquando da síntese da revisão bibliográfica realizada, estes construtos são de difícil

operacionalização. Além disso, a baixa escolaridade apresentada pelas participantes tornou-se uma dificuldade à realização deste estudo, bem como a dificuldade em arranjar novo efectivo, para que se pudessem, de algum modo, generalizar as conclusões encontradas.

Ainda que a administração assistida em contexto de entrevista individual tenha sido escolhida para garantir a compreensão de todos os itens e opções de resposta (cf. complexidade e abstracção dos conceitos), esta poderá também ter contribuído para algum viés nas respostas (desejabilidade social).

Por último, a extensão do protocolo poderá ter levado a algum viés, especialmente, nas participantes mais idosas que, por vezes, mostravam algum cansaço.

Conclusão

O rumo do cancro da mama tem vindo a mudar. Efectivamente, apesar da sua elevada incidência e mortalidade pode-se referir que estes valores começam a diminuir devido aos avanços alcançados pela ciência.

Neste sentido, a espiritualidade e a QDV são variáveis extremamente importantes na experiência de pacientes com cancro (Shapiro et al., 2001). Apesar da falta de um consenso geral sobre estes dois conceitos, a literatura tem demonstrado a existência de uma relação entre QDV e espiritualidade (Panzini et al., 2007).

Neste estudo, constatou-se uma correlação linear positiva forte/alta e estatisticamente significativa entre o BEE e a QDV. Assim, quanto maior o BEE apresentado pelos sujeitos da amostra melhor a sua QDV, o que vai ao encontro de outros estudos.

Ainda, no presente estudo, na exploração de possíveis relações entre o BEE ou a QDV e idade, a escolaridade, o tempo de diagnóstico e o tipo de cirurgia não se verificam relações estatisticamente significativas. Alguns dos resultados encontrados espelham a divergência que ocorre na literatura acerca da relação entre estas variáveis, como é o caso por exemplo da relação entre a QDV e o tipo de cirurgia submetidas- em que no presente estudo não foram encontradas diferenças mas a literatura refere que a QDV das mulheres submetidas a cirurgia conservadora é superior à das mulheres que realizaram mastectomia (Dorval et al., 1998; Kiebert et al., 1991, citado por Ribeiro, 1999, por citado por Rebelo et al., 2007; Ribeiro & Santos, 2000, citado por Ribeiro, 2002, por citado por Rebelo et al., 2007); e o BEE e a idade – em que a literatura menciona que as mulheres mais velhas com cancro da mama apresentam maior BEE do que o das mulheres mais novas (Futterman & Koenig, 1995, Pargament et al., 1995, citado por Kim et al., 2000; Kaczorowski, 1989, citado por Mytko & Knight, 1999; Panzini et al., 2008; Peterman et al., 2002).

Desta forma, torna-se particularmente pertinente analisar as características das participantes que apresentavam resultados piores na QDV e no BEE. Ao fazê-lo encontraram-se algumas características que a literatura defende como factores que influenciam a QDV - realização da mastectomia, comorbilidade, mais jovens, menor escolaridade, entre outras; e o BEE – mais jovens, mais tempo de diagnóstico, maior escolaridade, entre outras.

Apesar das suas limitações e do muito que se poderia fazer para melhorar o presente estudo, os resultados sugerem uma relação entre BEE e QDV, com implicações para a prática clínica. Assim, pode-se entender a espiritualidade como uma variável promotora da QDV (Ücker et al., 2007).

Neste sentido, torna-se pertinente, a nível clínico, adoptar uma perspectiva holística, pois o BEE é um conceito importante (Lin & Bauer-Wu, 2003, citado por Manning-Walsh, 2005), bem como a QDV (Pimentel, 2006). Efectivamente, o “cuidado holístico” torna-se, actualmente, um conceito de extrema importância, pretendendo-se olhar o sujeito doente na sua totalidade, integrando, assim, a “parte” biológica, fisiológica, psicológica, social e espiritual, isto é, pretende-se compreender o ser humano como um todo (Lourenço, 2004).

Assim, a relação encontrada sugere que intervenções dirigidas ao BEE podem ajudar na adaptação à doença, mais concretamente ao nível do diagnóstico e tratamento, bem como a promover uma melhor saúde mental e, conseqüentemente, melhor QDV (Volcan et al., 2003). Desta forma, parece pertinente criar um conjunto de estratégias, nomeadamente educativas, mas não só (cf. Treino de Competências várias) ao nível da intervenção comunitária, para que se possa utilizar os recursos disponíveis numa óptica promotora e ampliada de apoio à mulher com cancro da mama.

Referências Bibliográficas

- Abreu, E., & Koifman, S. (2002). Factores prognósticos no câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 113-131.
- Aguillar, V. L. N., & Bauab, S. P. (2003). Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer da mama. *Revista Brasileira de Mastologia*, 13(2), 82-89.
- Alfano, C.M. et al. (2006). Psychometric Evaluation of the Brief Cancer Impact Assessment among Breast Cancer Survivors. *Oncology*, 70, 190-202.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, J. M. P., & Melo, J. S. (2002). Ética, espiritualidade e oncologia. In M. R. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 129-144). Lisboa: Climepsi.
- Almeida, J.R.C., Pedrosa, N.L., Leite, J.B., Fleming, T.R.P., Carvalho, V.H. & Cardoso, A.A.A. (2007). Marcadores Tumorais: Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 3 (53), 303-316.
- American Cancer Society. (2007). *Breast Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H. & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *Journal Cancer Research Clinical Oncology*, 134, 1311-1318.

- Ashing-Giwa, K., Ganz, P.A. & Petersen, L. (1999). Quality of life of African-American and white long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 85 (2), 418-426.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H., & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27, 19-28.
- Baker, D. (2003). Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 51-57.
- Balboni, T.A., Vanderwerker, L.C., Block, S.D., Paulk, M.E., Lathan, C.S., Peteet, J.R. & Prigerson, H.G. (2007). Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations with End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (5), 555-560.
- Baltar, M., Ribeiro, J. L. P., & Torres, A. F. (2000). Qualidade de vida, respostas emocionais e de coping em mulheres com cancro da mama e ginecológico. In I. Leal & J. L. Pais Ribeiro (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 333-339). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Barbosa, A. M. S., & Ribeiro, J. P. (2000). Qualidade de Vida e depressão. In I. Leal & J.L. Pais Ribeiro (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 149-156). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newmen, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A., Dimsdale, J. E., & Pierce, J. P. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-oncology*, 13, 595-604.
- Bekelman, D.B., Parry, C., Curlin, F.A., Yamashita, T.E., Fairclough, D.L. & Wamboldt, F.S. (2010). Comparison of Two Spirituality Instruments and Their

Relationship With Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (3), 515-526.

Belasco, A. G. S., & Sesso, R. C. C. (2006). Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In D.P. Diniz & N. Schor. *Guia de Qualidade de Vida* (pp. 1-10). São Paulo: Editora Manole.

Ben-Arye, E., Steinmetz, D., & Ezzo, J. (2007). Two women and cancer: The need for addressing spiritual well-being in cancer care. *Families, Systems & Health*, 25(1), 1-9.

Benko, M. A., & Silva, M. J. P. (1996). Pensando a Espiritualidade no Ensino de Graduação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (1), 71-85.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. (C. Nordeste, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 2000)

Bisquerra, R. Sarriera, J. C. & Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística – enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. São Paulo: Artmed Editora.

Blay, S. L., & Merlin, M. S. (2006). Desenho e Metodologia da Pesquisa em Qualidade de Vida. In D.P. Diniz & N. Schor. *Guia de Qualidade de Vida* (pp. 19-30). São Paulo: Editora Manole.

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13, 147-160.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., Deasy, S., Cobleigh, M., & Shiimoto, G. (1997). Reliability and validity of the

Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast quality-of-life instrument [Abstract]. *Journal of Clinical Oncology*, 15, 974-986.

Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G. M. M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.

Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(3). Consultado em 12 de Setembro de 2007, a partir de <http://www.hqlo.com/content/3/1/10>.

Buttery, T. J., & Robertson, P. S. (2005). Spirituality: The psychological-biological foundation. *New Directions for Teaching and Learning*, 104, 37-42.

Camon, V. A. A. (2002). O papel da espiritualidade na prática clínica. In V.A. A. Camon (Org.) *Novos Rumos na Psicologia da Saúde* (pp. 1-46). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Canada, A. L., Murphy, P. E., Fitchett, G., Peterman, A. H., & Schover, L. R. (2007). A 3-factor model for FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*. Consultado em 18 de Janeiro de 2008, a partir de <http://www.interscience.wiley.com>.

Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100;WHOQOL.bref) para português de Portugal: Apresentação de um projecto. In s/autor. *Livro de Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp.75-78). Porto: Escola Superior de Enfermagem São João.

Caseiro, A., Costa, C., Guerreiro, E., & Ascensão, J. (1997). *Cadernos de Oncologia. Agentes antineoplásicos*. Lisboa: Novartis.

- Cella, D. F., Tulskey, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, T. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.
- Connely, R., & Light, K. (2003). Exploring the “new” frontier of spirituality in health care: Identifying the dangers. *Journal of Religion and Health*, 42(1), 35-46.
- Copland, A. (1998). *101 Sugestões – Como tratar dos seus seios*. (A.M. Silva, trad.). Porto: Civilização Editora. (Trabalho original publicado em 1997)
- Costa, M., Meneses, F.R. & Pimentel, F. (2009a). Qualidade de Vida de Mulheres com Neoplasia da Mama. In C. Sequeira, I.L. Ribeiro, J.C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Coords.). *Saúde e Qualidade de vida em Análise* (formato digital, pp.258-268). Porto: ESEP – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Costa, M., Meneses, F.R. & Pimentel, F. (2009b). Bem-estar Espiritual de Mulheres com Neoplasia da Mama. In C. Sequeira, I.L. Ribeiro, J.C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Coords.). *Saúde e Qualidade de vida em Análise* (formato digital, pp.172-181). Porto: ESEP – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Costa, M., Meneses, F.R. & Pimentel, F. (2009). Quality of life and spiritual well-being of women with breast cancer. In Livro de Resumos do I Congresso Internacional Qualidade de Vida, Ambiente e Saúde: Perspectivas Transdisciplinares, Ponte de Lima.
- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.

- Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI*. (M.C. Rosa, trad.) Loures: Lusociência. (Trabalho original publicado em 1999).
- Dalton, J., Elias, M. & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology-Linking Individuals and Communities*. USA: Thomson Learning, pp. 242-251.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, D.F. & Avis, N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 371-379.
- Dantas, R. A. S., Sawada, N. O., & Malerbo, M. B. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11(4), 532-538.
- Dapueto, J. J., Francolino, C., Servente, L., Ghang, C., Gotta, I., Levin, R., & Abreu, M. C. (2003). Evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Spanish Version 4 in South America: Classic Psychometric and Item Response Theory Analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (32). Consultado em 5 de Setembro de 2007, a partir de <http://www.hqlo.com/content/1/1/32>.
- Dapueto, J.J., Servente, L., Francolino, C. & Hahn, E.A. (2005). Determinants of Quality of Life in Patients with Cancer. *Cancer*, 103 (5), 1072-1081.
- Davies, N.J., Kinman, G., Thomas, R.J. & Bailey, T. (2008). Information satisfaction in breast and prostate cancer patients: implications for quality of life. *Psycho-Oncology*, 17. Consultado em 10 de Março de 2009, a partir de www.interscience.wiley.com.
- Dias, M. R. (1999). A doente veterana: Saberes esquecidos nos Sistemas de Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (17), 499-512.

- Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., & Brisson, J. (1998). Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcinoma Survivors. *Cancer*, 83, 2130-2138.
- Duarte, P. S., & Ciconelli, R. M. (2006). Instrumentos para a Avaliação da Qualidade de Vida: Genéricos e Específicos. In D. P. Diniz & N. Schor (Eds.), *Guia de Qualidade de Vida* (pp.11-18). São Paulo: Editora Manole.
- Edmondson, K. A., Lawler, K. A., Jobe, R. L., Younger, J. W., Pifeu, R. L., & Jones, W. H. (2005). Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women. *Journal of Religion and Health*, 44(2), 161-171.
- Edmondson, D., Park, C.L., Blank, T.O., Fenster, J.R. & Mills, M.A. (2008). Deconstructing spiritual well-being: existencial well-being and HRQOL in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 17, 161-169.
- Engel, J. K., Kerr, J. Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42(7), 710-718.
- Faria, R. L., Miranda, N., Leal da Costa, F., Machado, A., & Passos-Coelho, J. L. (2004). Quimioterapia Intensiva com suporte hematopoiético autólogo em doentes com carcinoma da mama. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 35-41.
- Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnet, A. & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92, 271-222.
- Fisher, B., Constantino, J. P., Whickerham, L., Redmond, C. K., Kavanah, M., Cronin, W. M., et al. (1998). Tamoxifen for Prevention of Breast Cancer: Reporto of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(18), 1371-1388.

- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck et al. (Org.), *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Ganz, P. A., Schag, A. C., Lee, J. J., Polinsky, M. L., & Tan, S. (1992). Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery?. *Cancer*, 69(7), 1729-1738.
- Garicochea, B., Morelle, A., Andrighetti, A.E., Cancellà, A., Bós, A. & Werutsky, G. (2009). Idade como fator prognóstico no câncer da mama em estágio inicial. *Revista Saúde Pública*, 43, (2), 311-317.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: what we know what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116.
- Goodwin, D., Boggs, S. & Pole, J. (1994). Development and validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6 (4), 321-328.
- Gorsuch, R.L. & Miller, W. R. (2006). Assessing Spirituality. In Miller, W.R. (Ed.) *Integrating Spirituality into Treatment-Resources for Practitioners* (pp.47-64). Londres: American Psychological Association.

- Gouveia, J. M., Pais Ribeiro, J. L., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: Resultados Psicométricos Preliminares. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 423- 426). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Grunfeld, E., Dhesy-Thind, S., & Levine, M. (2005). Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 9. Follow-up after treatment for breast cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 158. Consultado em 6 de Dezembro de 2007, a partir de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1>.
- Guéguen, N. (1999). *Manual de Estatística para Psicólogos*. Lisboa: Climepsi.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H.& Patrick, D.L. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- Hill, D. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Ho, D. Y. F., & Ho, R. T. H. (2007). Measuring spirituality and spiritual emptiness: toward ecumenicity and transcultural applicability. *Review of General Psychology*, 11(1), 62-74.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 239-254.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dünser, M. et al. (2001). Quality of life in Breast Cancer Patients – Not Enough Attention for Long-Term Survivors?. *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.

- Huguet, P.R., Morais, S.S., Osis, M.J., Pinto-Neto, A.M. & Gurgel, M.S.C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas com câncer da mama. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 31 (2), 61-67.
- Justo, J.M. (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M.R. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-74). Lisboa: Climepsi.
- Kim, J., Heinemann, A. W., Bode, R. K., Sliwa, J., & King, R. B. (2000). Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 45(4), 365-385.
- Krupski, T. L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 121-131.
- Langenhoff, B. S., Krabbe, P. F., Wobbes, T., & Ruers, T. J. (2001). Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *British Journal of Surgery*, 88, 643-652.
- Leão, F. C., & Neto, F. L. (2007). Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 54-59.
- Lotti, R.C.B., Barra, A.A., Dias, R.C. & Makful, A.S.D. (2008). Impacto do Câncer da Mama na Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (4), 367-371.
- Lourenço, I. (2004). *A Espiritualidade no Processo Terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
- Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, 30, 141-150.

- Macarulla, T., Ramos, F. & Taberner, J. (2009). *Compreender o cancro*. Lisboa: Platano Editora.
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F.L., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N. & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal: Racional, objetivos e metodologia – Estudo perfil. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (4), 329-334.
- Maia, L. & Correia, C. (2008). *Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: Uma revisão da literatura para aplicação prática*. Consultado em 1 de Novembro de 2009, a partir de <http://www.psicologia.com.pt>.
- Makful, A.S.D., Dias, R.C. & Barra, A.A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (1), 49-58.
- Manning-Walsh, J. K. (2005). Psychospiritual Well-Being and Symptom Distress in Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), E56-E62. Consultado em 12 de Setembro de 2007, a partir de <http://ons.metapress.com/content/21920022g7121k27>.
- Marques, L. (1993). Cancro da Mama. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 463-468.
- Martins, J. P. C. (1995). Experiência religiosa e saúde mental. In T.M. McIntyre & C. Vila-Chã (Orgs), *O sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares* (pp. 113-124). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Matos, P., & Pereira, M. G. (2002a). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. G. Pereira & C. Lopes (Orgs), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.

- Matos, P., & Pereira, M. G. (2002b). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares. In M. G. Pereira & C. Lopes (Orgs), *O doente oncológico e a sua família* (pp.26-56). Lisboa: Climepsi.
- McIntyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. (2002). Intervenção Psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In R. Dias & E. Durá (Orgs), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 281-302). Lisboa: Climepsi.
- McKiernan, A., Steggle, S., Guerin, S. & Carr, A. (2010). A Controlled Trial of Group Cognitive Behavior Therapy for Irish Breast Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 143-156.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R. F. (2006). Espiritualidade na Óptica da Psicologia da Saúde. In I. Leal. *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 203-230). Coimbra: Quarteto.
- Miguel, A. S., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 125-134). Lisboa: ISPA.
- Miller, W. R., & Thorensen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Miller, W. R., & Thorensen, C. E. (2006). Spirituality and Health. In Miller, W.R. (Ed.) *Integrating Spirituality into Treatment-Resources for Practitioners* (pp.3-18). Londres: American Psychological Association.

- Moberg, D. D. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-59.
- Moniz, J.M.N. & Cabral de Frias, C.F. (2009). A espiritualidade uma componente fundamental nos cuidados de enfermagem. In Sequeira, C., Santos, C., Borges, E., Abreu, M. & Sousa, M.R. (cords.) *Saúde e qualidade de vida: estado da arte* (pp.239-243). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27. Consultado em 30 de Abril de 2010, a partir de <http://www.jeccr.com/content/27/1/32>.
- Morgan, P. D., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of african american breast cancer treatment: a pilot study. *The ABNF Journal*, 17(2), 73-77.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16(3), 284-298.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 5(8), 439-450.
- Narayanan, P., Clisset, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 6-16.
- Nissen, M. J., Swenson, K. K., Ritz, L. J., Farrel, J. B., Sladek, M. L., & Lally, R. M. (2001). Quality of life after breast carcinoma surgery – A comparison of three surgical procedures. *Cancer*, 91, 1238-1246.

- Noguchi, W., Ohno, T., Morita, S., Aihara, O., Tsujii, H., Schimozuma, K., & Matsushima, E. (2004). Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp for Japanese Patients with cancer. *Support Care Cancer*, 12, 240-245.
- Núcleo Regional do Centro Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2002). *Como fazer o auto-exame da mama*. Coimbra: LPPCC/NRC.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. (F. Andersen., trad.) Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 2004)
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (C. Patrocínio & F. Andersen., trads.) Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 2000)
- O'Hanlon, B. (2006). *Pathways to spirituality: connection, wholeness, and possibility for therapist and client*. Nova Iorque: W.W. Norton & Company, Inc.
- Olivotto, I. A., & Levine, M. (2001). Management of ductal carcinoma in situ. *Canadian Medical Association Journal*, 158. Consultado em 6 de Dezembro de 2007, a partir de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1>.
- Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In M.E.S. Bilro & A.G. Cruz (Eds.), *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Pais-Ribeiro, J., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J.L.P. Ribeiro & I. Leal (Eds.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-762). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Pandey, M., Thomas, B.C., Ramdas, K. & Ratheesan, K. (2006). Early Effect of Surgery on Quality of Life in Women with Operable Breast Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 36 (7), 468-472.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 126-135.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 105-115.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D., & Fleck, M. P. A. (2008). Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In M. P. A. Fleck et al. (Org.), *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 177 – 196). Porto Alegre: Artmed.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183-193.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida*. Lisboa: Monitor.
- Paskett, E.D., Alfano, C.M., Davidson, M.A., Andersen, B.L., Naughton, M. J., Sherman, A., McDonald, P.G. & Hays, J. (2008). Breast Cancer Survivors' Health-related Quality of Life. *Cancer*, 11 (113), 3222-3230.
- Patrão, I. (2008). Os benefícios da intervenção psicológica em grupo: Resultados de acompanhamento de um grupo de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 275- 278). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de “benefit finding”? O impacto emocional do cancro da mama. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 279-282). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patrick, D. L. (2008). A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In M.P.A. Fleck et al. (Org.), *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 29-39). Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, M. C. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais. In T. M. McIntyre & C. Vila-Chã (Orgs.), *O sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares* (pp. 33-48). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Pearce, N. J. M., Sanson-Fisher, R., & Campbell, H. S. (2007). Measuring quality of life in cancer survivors: a methodological review of existing scales. *Psycho-Oncology*. Consultado em 5 de Março de 2008, a partir de <http://www.interscience.wiley.com>.
- Pereira, F.P. (2009). Espiritualidade e Saúde. In Sequeira, C., Santos, C., Borges, E., Abreu, M. & Sousa, M.R. (cords.) *Saúde e qualidade de vida: estado da arte* (pp.235-236). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Peres, J. F. P., Simão, J. M. M., & Nasello, A. G. (2007a). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 136-145.
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. L., Lessa, P. S., & Caous, C.A. (2007b). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 82-87.

- Pestana, J. P., Estevens, D., & Conboy, J. (2008). *O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia*. Consultado em 25 de Janeiro de 2008, a partir de <http://www.psicologia.com.pt>.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade de SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L. H., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 49-58.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- Pinto, C.A.S. & Pais-Ribeiro, J.L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (1), 142-148.
- Portilla, A.G. et al. (2008). Prevalencia y tratamiento de la patologia oncológica en el anciano. El reto que se avecina. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 100 (11), 706-715.
- Quevauvilliers, J., & Perlemuter, L. (2003). *Dicionário Ilustrado de Medicina*. (Gabinete de Tradução Climepsi, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 2001)

- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem Corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23(3), 295-304.
- Ream, E. (2000). Information and Education for Patients and Families. In Kearney, N., Richardson, A. & Di Guilio, P. *Câncer Nursing Practice*. Churchill Livingstone: Londres.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Rees, G. J. G. (2001). *Guia Médico da Família – Cancro*. (R. Cabral, trad.). Porto: Livraria Civilização Editora. (Trabalho original publicado em 2000)
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & Durá (Orgs.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2005a). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2005b). Avaliação em saúde e qualidade de vida. In s/autor. *Livro de Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp.57-66). Porto: Escola Superior de Enfermagem São João.
- Ribeiro, J. L. P. (2006). Relação entre a Psicologia Positiva e as suas Variáveis Protectoras e a Qualidade de Vida e Bem-estar como Variáveis de Resultado. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 231-244). Coimbra: Quarteto.

- Ribeiro, J. L. P., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-Mac). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 231-247.
- Rippentrop, A. E. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 278-284.
- Robb, C., Haley, W., Balducci, L., Extermenn, M., Perkins, E., Small, B., & Mortiner, J. (2007). Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Critical Reviews in Oncology Hematology*, 62, 84-91.
- Rocha, N. S., Panzini, R. G., Pargendler, J. S., & Fleck, M.P.A. (2008). Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In M.P.A. Fleck et al. (Org.), *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 93-111). Porto Alegre: Artmed.
- Sakorafas, G. H., Kraspis, E., & Pavlakis, G. (2002). Risk estimation for breast cancer development: a clinical perspective. *Surgical Oncology*, 10, 183-192.
- Sales, C.A.C.C., Paiva, L., Scandiuzzi, D. & Anjos, A.C.Y. (2001). Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 263-272.
- Santos, C.; Martins, T. & Ferreira, T.R. (2009). Saúde e qualidade de vida: contributos teóricos. In Sequeira, C., Santos, C., Borges, E., Abreu, M. & Sousa, M.R. (cords.) *Saúde e qualidade de vida: estado da arte* (pp.15-27). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Santos, Z., Santos, G., & Abrantes, P. (1996). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma da mama. *Revista de Psiquiatria Conciliar e de Ligação*, 1, 41-48.

- Santos, M. C. & Teixeira, J. C. (2000). Adesão ao auto-exame da mama, locus de controlo para a saúde e expectativa de auto-eficácia (estudo exploratório com mulheres de idade igual ou superior a 30 anos). In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 569- 580). Lisboa: ISPA.
- S/Autor. (1992). *Enciclopédia de Medicina: I-Z*. (vol.2). Lisboa: Selecções do Reader's Digest, pp. 709, 926-927.
- Sawka, C., Bowman, D., & Levine, M. (2001). Adjuvant systemic therapy for women with node-negative breast cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 158. Consultado em 6 de Dezembro de 2007, a partir de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1>.
- Scarth, H., Cantin, J., & Levine, M. (2002). Mastectomy or lumpectomy? The choice of operation for clinical stages I and II Breast Cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 158. Consultado em 6 de Dezembro de 2007, a partir de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1>.
- Schultz, E. K. (2005). The meaning of spirituality for individuals with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(21), 1283-1295.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurker, S. F. (2001). Quality of Life and Breast Cancer: Relationship to Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501-519.
- Silva, D. P. (s/data). *Nódulos da mama: Guia de orientação*. Coimbra: Schering.

- Silva, L.C. (2008). Câncer da mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 231-237.
- Silva, G. & Santos, M.A. (2008). Será que não vai acabar nunca? Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer da mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (3), 561-568.
- Sousa, P.C. & Cruz, S.S. (2009). Da Espiritualidade à Qualidade de Vida. In Sequeira, C., Santos, C., Borges, E., Abreu, M. & Sousa, M.R. (cords.) *Saúde e qualidade de vida: estado da arte* (pp.245-248). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Speck, B. W. (2005). What is Spirituality?. *New Directions for Teaching and Learning*, 104, 3-13.
- Steeg, A. F. W., Vries, J. D. & Roukema, J. A. (2007). The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Surgery*. Consultado em 18 de Janeiro de 2008, a partir de <http://www.sciencedirect.com>.
- Stefanek, M., McDonald, P. G., & Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14, 450-463.
- Stoppard, M. (1992). *Guia Médico da Mulher - Volume 2*. (P. Reis, F. Lopes & C. Guedes, trans.). Lisboa: Editorial Amagrama. (Trabalho original publicado em 1988)
- The Steering Committee. (1998a). Investigation of lesions detected by mammography *Canadian Medical Association Journal*, 158, S9-S14.

- The Steering Committee. (1998b). The palpable breast lump: information and recommendations to assist decision-making when a breast lump is detected. *Canadian Medical Association Journal*, 158, S3-S8.
- Tomich, P. L. & Helgenson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of Breast Cancer Survivors with Healthy Women. *Psycho-Oncology*, 11, 154-169.
- Ücker, P., Calvetti, M. C. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Velikova, G., Stark, D. & Selby, P. (1999). Quality of Life Instruments in Oncology. *European Journal of Cancer*, 35 (11), 1571-1580.
- Vieira, C.P., Lopes, M.H.B.M. & Shimo, A.K.K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer da mama. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2 (41), 311-316.
- Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 19, 565-572.
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 440-445.
- Weaver, A. J., & Flannely, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1210-1214.
- Webster, K., Cella, D., & Yost, K. (2003). The Functional Assessment of Chronic Iness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications and

interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1. Consultado em 5 de Setembro de 2007, a partir de <http://www.hqlo.com/content/1/1/79>.

Weitzner, W. A., Mayers, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K. S., Cella, D. F., & Levin, V. A. (1995). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale. Development of a Brain Subscale and Revalidation of the General Version (FACT-G) in Patients with Primary Brain Tumors. *Cancer*, 75(5), 1151-1161.

Wheeler, P. & Hyland, M.E. (2008). The development of a scale to measure the experience of spiritual connection and the correlation between this experience and values. *Spirituality and Health International*, 9, 193-217.

Whelan, T., Olivotto, I., & Levine, M. (2003). Breast radiotherapy after breast-conserving surgery. *Canadian Medical Association Journal*, 158. Consultado em 6 de Dezembro de 2007, a partir de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1>.

Whitford, H. S., Olver, I. N., & Peterson, M. J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*. Consultado em 5 de Março de 2008, a partir de <http://www.interscience.wiley.com>.

Wildes, K.A., Miller, A.R., Miguel de Majors, S.S. & Ramirez, A.G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, 18, 831-840.

Wink, D., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 9(1), 79-94.

Winstead-Fry, P., & Schultz, A. (1997). Psychometric analysis of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Scale in a Rural Sample. *Cancer*, 79(12), 2446-2452.

- World Health Organization Quality of Life. (1996). WHOQOL-Bref. Introduction, administratio, scoring and generic version of the assessment. Consultado em 7 de Maio de 2008, a partir de http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
- Worthington, E. L., & Sandage, S. J. (2001). Religion and Spirituality. *Psychotherapy*, 38(4), 473-478.
- Zavala, M.W., Maliski, S.L., Kwan, L., Fink, A. & Litwin, M.S. (2008). Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *Psycho-Oncology*. Consultado em 1 de Julhode 2008, a partir de <http://www.interscience.wiley.com>.
- Zebrack, B. J., Yi, J., Petersen, L., & Ganz, P. A. (2007). The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. *Psycho-Oncology*. Consultado em 18 de Janeiro de 2008, a partir de <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Zimmermann, T., Heinrichs, N. & Baucom, D.H. (2007). “Does One Size Fit All?” Moderators in Psychosocial Interventions for Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 34 (3), 225-239.

Anexos

Anexo A

Tabela A1*Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra em Função do Hospital de Origem*

Variáveis sócio-demográficas	Hospital A (N=45)		Hospital B (N=15)	
	N	%	n	%
Profissão				
Doméstica	5	11,1	3	20,0
Servente	1	2,2	0	0
Empregada Fabril	3	6,7	1	6,7
Cordeira	1	2,2	0	0
Auxiliar de Acção Educativa	2	4,4	0	0
Vendedora/ Comerciante	3	6,7	4	26,7
Costureira	3	6,7	0	0
Gaspeadeira	8	17,8	0	0
Empregada de limpeza	2	4,4	3	20,0
Papeleira	1	2,2	0	0
Corticeira	5	11,1	1	6,7
Administrativa	3	6,7	0	0
Agricultora	3	6,7	0	0
Operadora química	1	2,2	0	0
Florista	1	2,2	0	0
Empregada escritório	1	2,2	0	0
Tapeteira	1	2,2	0	0
Enfermeira	1	2,2	1	6,7
Operadora de telefone	0	0	1	6,7
Contabilista	0	0	1	6,7
Situação Profissional				
Empregada a tempo inteiro	4	8,9	2	13,3
Empregada a tempo parcial	0	0	0	0
Desempregada	1	2,2	0	0
Reforma antecipada	5	11,1	2	13,3
Reforma não antecipada	4	8,9	3	20,0
Pensão de invalidez	21	46,7	3	20,0
Baixa Médica	7	15,6	4	26,7
Doméstica	3	6,7	1	6,7
Estudante	0	0	0	0
Trabalhadora-Estudante	0	0	0	0
Estado Civil				
Casada	30	66,7	10	66,7
União de facto	0	0	1	6,7
Viúva	7	15,6	2	13,3
Solteira	3	6,7	1	6,7
Divorciada	4	8,9	1	6,7
Separada	1	2,2	0	0

Tabela A2*Caracterização Étnica e Educacional da Amostra em Função do Hospital de Origem*

Variáveis sócio-demográficas		<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
Hospital A						
(N=45)	Idade	54,24	10,821	34	74	40
	Escolaridade	4,71	2,201	0	11	11
Hospital B						
(N=15)	Idade	60,13	11,128	48	81	33
	Escolaridade	6,73	4,131	0	14	14

Anexo B

Tabela B1*Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N=60)*

Variáveis sócio-demográficas	n	%
Profissão		
Doméstica	8	13,3
Servente	1	1,7
Empregada Fabril	4	6,7
Cordeira	1	1,7
Auxiliar de Acção Educativa	2	3,3
Vendedora/ Comerciante	7	11,7
Costureira	3	5,0
Gaspeadeira	8	13,5
Empregada de limpeza	5	8,3
Papeleira	1	1,7
Corticeira	6	10,0
Administrativa	3	5,0
Agricultora	3	5,0
Operadora química	1	1,7
Florista	1	1,7
Empregada escritório	1	1,7
Tapeteira	1	1,7
Enfermeira	2	3,3
Operadora de telefone	1	1,7
Contabilista	1	1,7

Anexo C

Tabela C1*Caracterização Clínica da Amostra em Função do Hospital de Origem*

Variáveis Clínicas	Hospital A (N=45)		Hospital B (N=15)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cirurgia				
Sim	45	100	15	100
Não	0	0	0	0
Tipo de Cirurgia				
Mastectomia	22	48,9	8	53,3
Cirurgia Conservadora	23	51,1	7	46,7
Reconstrução				
Sim	4	8,9	0	0
Não	41	91,1	15	100
Terapêuticas antineoplásicas				
Quimioterapia				
Sim	33	73,3	11	73,3
Não	12	26,7	4	26,7
Radioterapia				
Sim	31	68,9	9	60,0
Não	14	31,1	6	40,0
Hormonoterapia				
Sim	39	86,7	12	80,0
Não	6	13,3	3	20,0
Outras doenças				
Sim	31	68,9	10	66,7
Não	14	31,1	5	33,3
Medicação				
Sim	40	88,9	15	100,0
Não	5	11,1	0	0
Consulta de Psicologia Individual				
Frequência				
Sim	7	15,6	2	13,3
Não	38	84,4	13	86,7
Frequência Actual				
Sim	0	0	1	50,0
Não	7	15,6	1	50,0

Tabela C1*Caracterização Clínica da Amostra em Função do Hospital de Origem (continuação)*

Variáveis Clínicas	Hospital A (N=45)		Hospital B (N=15)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Consulta de Psicologia em Grupo				
Frequência				
Sim	45	100,0	0	0
Não	0	0	15	100,0
Frequência Actual				
Sim	30	66,7	0	0
Não	15	33,3	0	0

Tabela C2*Caracterização Clínica do Tempo de Diagnóstico e de Consulta de Psicologia em Função do Hospital de Origem*

	Variáveis clínicas	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Amplitude
	Tempo de diagnóstico (meses)	46,53	24,644	24	132	108
Hospital A (N=45)	Consulta de Psicologia Individual					
	Duração (meses)	4,86	2,116	2	8	6
	Cessação (meses) (N=7)	15,17	10,962	6	24	18
	Consulta Psicologia Grupo					
	Duração (meses)	17,11	6,042	6	24	18
	Cessação (meses) (N=5)	12	3,586	9	18	9
Hospital B (N=15)	Tempo de diagnóstico (meses)	46,53	24,644	24	132	108
	Consulta de Psicologia Individual					
	Duração (meses)	4,86	2,116	2	8	6
	Cessação (meses) (N=7)	15,17	10,962	6	24	18
	Consulta Psicologia Grupo					
	Duração (meses)	17,11	6,042	6	24	18
	Cessação (meses) (N=5)	12	3,586	9	18	9

Anexo D

Tabela D1

Valores de α para as subescalas e valor global do FACT-B (N=60)

Escalas	Nº de itens	<i>alpha</i> de Cronbach
FACT-B Total	36	0,867
PWB	7	0,768
SWB	7	0,720
EWB	6	0,490
FWB	7	0,758
BCS	9	0,627

Tabela D2

Valores de α para as subescalas e valor global do FACIT-Sp 12 (N=60)

Escalas	Nº de itens	<i>alpha</i> de Cronbach
FACIT-Sp 12 Total	12	0,865
Significado/Paz	8	0,860
Fé/Crenças	4	0,754

Tabela D3

Valores de α para as subescalas e valor global da EAECS (N=60)

Escalas	Nº de itens	<i>alpha</i> de Cronbach
EAECS Total	5	0,862
Dimensão vertical	2	0,903
Dimensão horizontal	3	0,656

Anexo E

“Cognitive Debriefing” aplicado para a comparação dos dois instrumentos para avaliar a espiritualidade

→ 50 Anos, 4º ano, sexo feminino

Segundo a entrevistada, a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde era mais fácil do que o FACIT Sp-12. O FACIT Sp-12, segundo a entrevistada, é mais confuso que a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. A entrevistada apresentou alguma dificuldade em responder ao FACIT Sp-12, por exemplo foi necessário substituir a palavra propósito por objectivo e na pergunta 4, apesar de conseguir, perceber o significado da frase demorou algum tempo para conseguir alcançar esse significado.

→ 28 Anos, 9º ano, sexo masculino

Segundo o entrevistado, os dois instrumentos são relativamente fáceis. Contudo, se tivesse que optar por um destes, tendo em conta, a população que será avaliada escolhia a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, pois contempla as perguntas fundamentais. Todavia, o FACIT Sp-12 aborda mais áreas, mas o outro é mais curto. Em relação, a redundância, segundo o entrevistado, os dois instrumentos apresentam algumas questões que de certa forma acabam por tocar-se.

→ 24 Anos, Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sexo feminino

Segundo a entrevistada, o FACIT Sp-12 aborda áreas como por exemplo, objectivos de vida, sentido de paz e relação entre doença e a fé/crenças de vida. Analogamente, a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde relaciona a doença com as crenças, contudo não fala de situações que o FACIT Sp-12 (pergunta 2,3,6,8). Portanto, o FACIT Sp-12 para a entrevistada seria mais adequado para aplicar.

Anexo F

Tabela F1*QDV em Função do Tipo de Cirurgia Realizada*

	Mastectomia		Cirurgia Conservadora		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QDV Total	90,87	16,944	91,33	17,596	-0,105	58	0,917
PWB	18,23	5,171	19,00	6,029	-0,529	58	0,599
SWB	20,13	4,167	18,97	4,287	1,069	58	0,290
EWB	14,50	3,928	13,90	3,652	0,613	58	0,542
FWB	17,83	4,457	17,80	4,752	0,028	58	0,978
BCS	20,40	5,679	21,67	4,744	-0,938	58	0,352

Tabela F2*Correlação entre QDV, Tempo de Diagnóstico, Idade e Escolaridade*

	Tempo de diagnóstico		Idade		Escolaridade	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
FACT-B total	-0,126	0,337	0,022	0,867	0,082	0,534
PWB	-0,320	0,013	-0,160	0,223	0,231	0,076
SWB	0,075	0,569	0,197	0,131	0,049	0,708
EWB	-0,150	0,252	-0,117	0,374	0,076	0,562
FWB	0,065	0,619	-0,026	0,845	0,076	0,565
BCS	-0,114	0,384	0,272	0,036	-0,149	0,256

Anexo G

Tabela G1*BEE em Função do Tipo de Cirurgia Realizada*

	Mastectomia		Cirurgia Conservadora		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Significado/Paz	23,67	5,768	22,93	5,638	0,498	58	0,620
Fé/Crenças	11,60	2,313	11,23	3,451	0,483	50,7	0,631
FACIT-Sp total	35,27	6,863	34,17	8,137	0,566	58	0,574

Tabela G2*Correlação entre BEE, Tempo de Diagnóstico, Idade e Escolaridade*

	Tempo de diagnóstico		Idade		Escolaridade	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Significado/Paz	-0,093	0,482	0,090	0,495	0,078	0,552
Fé/Crenças	0,133	0,310	0,228	0,080	-0,219	0,093
FACIT-Sp total	-0,018	0,891	0,157	0,232	-0,026	0,844

Anexo H

Tabela H1*Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica das Participantes com Pior QDV (N=7)*

Variáveis sócio-demográficas	N	%
Profissão		
Doméstica	4	57,1
Auxiliar de Ação Educativa	1	14,3
Empregada de limpeza	1	14,3
Corticeira	1	14,3
Situação Profissional		
Empregada a tempo inteiro	1	14,3
Reforma antecipada	1	14,3
Reforma não antecipada	0	0
Pensão de invalidez	4	57,1
Baixa Médica	0	0
Doméstica	1	14,3
Estado Civil		
Casada	6	85,7
Separada	1	14,3
Tipo de Cirurgia		
Mastectomia	5	71,4
Cirurgia Conservadora	2	28,6
Terapêuticas antineoplásicas		
Quimioterapia		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3
Radioterapia		
Sim	4	57,1
Não	3	42,9
Hormonoterapia		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3
Outras doenças		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3
Medicação		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3

Tabela H1

Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica das Participantes com Pior QDV (N=7)
(continuação)

Variáveis sócio-demográficas	N	%
Consulta de Psicologia Individual		
Frequência		
Sim	2	28,6
Não	5	71,4
Frequência Actual (N=2)		
Sim	0	0
Não	2	100,0
Consulta de Psicologia Grupo		
Frequência		
Sim	7	100
Frequência Actual		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6

Tabela H2

Caracterização das Participantes com Pior QDV em Termos Étários, Educacionais, Tempo de diagnóstico e Consulta de Psicologia (N=7)

Variáveis sócio-demográficas	M	DP	Mínimo	Máximo	Amplitude
Idade	53,57	8,997	45	73	28
Escolaridade	4,86	8,997	3	9	6
Tempo de diagnóstico (meses)	54,86	22,829	24	84	60
Consulta de Psicologia Individual					
Duração (meses)	6,50	2,121	5	8	3
Cessação (meses)	11,00	1,414	10	12	2
Consulta de Psicologia Grupo					
Duração (meses)	15,71	6,291	9	24	15
Cessação (meses)	9,00	0,000	9	9	0

Anexo I

Tabela I1*Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica das Participantes com Pior BEE (N=5)*

Variáveis sócio-demográficas	N	%
Profissão		
Doméstica	2	40
Vendedora/Comerciante	1	20
Empregada de limpeza	2	40
Situação Profissional		
Reforma antecipada	1	20
Pensão de invalidez	2	40
Baixa Médica	1	20
Doméstica	1	20
Estado Civil		
Casada	4	80
Viúva	1	20
Tipo de Cirurgia		
Mastectomia	1	20
Cirurgia Conservadora	4	80
Terapêuticas antineoplásicas		
Quimioterapia		
Sim	5	100
Radioterapia		
Sim	3	60
Não	2	40
Hormonoterapia		
Sim	5	100
Outras doenças		
Sim	3	60
Não	2	40
Medicação		
Sim	5	100
Consulta de Psicologia Individual		
Frequência		
Sim	1	20
Não	4	80
Frequência Actual (N=1)		
Não	1	100
Consulta de Psicologia Grupo		
Frequência		
Sim	2	40
Não	3	60
Frequência Actual (N=2)		
Sim	1	50
Não	1	50

Tabela I2

Caracterização das Participantes com Pior BEE em Termos Étários, Educacionais, Tempo de diagnóstico e Consulta de Psicologia (N=5)

Variáveis sócio-demográficas	M	DP	Mínimo	Máximo	Amplitude
Idade	55,20	4,764	50	60	10
Escolaridade	5,20	1,095	4	6	2
Tempo de diagnóstico (meses)	33,60	28,65	12	84	72
Consulta de Psicologia Individual					
Duração (meses)	8	–	8	8	0
Cessação (meses)	10	–	10	10	0
Consulta de Psicologia Grupo					
Duração (meses)	18	4,243	18	21	6
Cessação (meses)	9	–	9	9	0