



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2014

**MARIANA CRISTINA  
MARQUES LIMA**

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM  
SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA**



**MARIANA CRISTINA  
MARQUES LIMA**

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM  
SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA: A  
INTERVENÇÃO DE GRUPO COM ESTRATÉGIAS  
BASEADAS EM MINDFULNESS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otilia Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada e co-orientação da Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me acompanharam neste meu percurso acadêmico e que me apoiaram incondicionalmente quando mais precisei. Em especial à minha família e amigos.

## **o júri**

Presidente

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta**  
Investigadora Auxiliar, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)

**Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram generosamente para a realização deste trabalho.

À Doutora Sara Monteiro, orientadora desta tese, pela colaboração, apoio e ajuda prestada ao longo deste percurso.

À Doutora Ana Torres, co-orientadora da dissertação, pelo apoio, incentivo e contínua disponibilidade.

Ao Aces Baixo Vouga pela receptividade com que acolheu este projeto e a todas as senhoras que voluntariamente participaram neste estudo e que o tornaram possível.

À minha família que nunca deixou de acreditar na minha coragem e sempre me apoiou na concretização dos meus sonhos. Aos meus pais quero agradecer todos os esforços que fizeram de boa vontade para me proporcionarem o melhor. Agradeço todo o carinho, paciência e compreensão que sempre demonstraram. E aos meus avós agradeço o afeto, a ternura e a confiança com que sempre me acolheram.

Aos grandes amigos que estiveram presentes nos momentos bons e menos bons. À Manuela agradeço por todos estes anos, de paciência e apoio incondicional. E à Cláudia, amiga de todas as horas, agradeço todos os momentos de partilha e palavras de conforto.

A Deus, por me ter dado forças para enfrentar mais este desafio.

## palavras-chave

sobreviventes de cancro da mama, intervenção psicoeducativa, estratégias de *mindfulness*, sintomas psicopatológicos, *coping*, qualidade de vida, autoconceito.

## resumo

Os avanços tecnológicos emergentes nas últimas décadas a par do progresso científico no âmbito oncológico, resultaram na implementação de terapêuticas adaptadas a cada doente e no aumento exponencial do número de sobreviventes. As intervenções psicoeducativas de grupo têm sido indicadas como benéficas para sobreviventes de cancro da mama e as intervenções baseadas em *mindfulness* apontadas como úteis no tratamento desta população. O presente estudo surge neste contexto, com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de intervenção psicoeducativo com a integração de estratégias baseadas em *mindfulness*, num grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama e analisar os efeitos ao nível da qualidade de vida, sintomas psicopatológicos, estratégias de *coping* e autoconceito. Decorreu no Aces Baixo Vouga, onde foram recrutadas 21 mulheres: 10 foram propostas a intervenção e 11 constituíram o grupo controlo. As participantes preencheram o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento do Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (EORTC QLQ-C30 e BR-23), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH), o *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ) e o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) no início e no final da intervenção. As sobreviventes que não tiveram intervenção apresentaram deterioração da autoeficácia, domínio do autoconceito e piores resultados na função emocional, domínio da qualidade de vida. O grupo de intervenção apresentou melhorias na autoeficácia. Em suma, este trabalho revelou-se útil na medida em que se verificou que a implementação de uma intervenção deste tipo conduz a efeitos positivos em mulheres sobreviventes de cancro da mama.

**keywords**

survivors of breast cancer, psychoeducational intervention strategies of *mindfulness*, psychopathological symptoms, *coping*, quality of life, self-concept.

**abstract**

The emerging technological advances in recent decades abreast of scientific progress in cancer context, resulted in the implementation of therapies tailored to each patient and the exponential increase in the number of survivors. The psychoeducational group interventions have been shown to be beneficial for survivors of breast cancer and *mindfulness* based interventions identified as useful in treating this population. This study arises in this context, with the aim of evaluating the impact of a psychoeducational intervention program with the integration of *mindfulness* based strategies in a group of women survivors of breast cancer and to analyze the effects on the quality of life, symptoms psychopathology, *coping* strategies and self-concept. Held at Aces Baixo Vouga, where 21 women were recruited: 10 were proposed intervention and 11 constituted the control group. The participants completed the Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer with additional (EORTC QLQ-C30 and BR-23), the Scale Hospital Anxiety and Depression (EADH) module Breast Cancer, Cancer Coping Questionnaire (CCQ) and the Clinical Self-Concept Inventory (ICAC) at the beginning and end of the intervention. The survivors who had no intervention showed deterioration of self-efficacy, mastery of self and the worst results in emotional function domain of quality of life. The intervention group showed improvements in self-efficacy. In short, this work has been useful in that it was found that the implementation of such intervention leads to positive effects on women survivors of breast cancer.

## Índice

Introdução.....	1
Método.....	8
Participantes .....	8
Instrumentos .....	11
Procedimentos .....	14
Resultados.....	15
Caracterização da adaptação psicológica das sobreviventes de cancro .....	15
Avaliação da eficácia da intervenção no pré e pós-teste .....	16
Diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no pós-teste .....	16
Discussão .....	17
Referências .....	22
Anexos	



## Introdução

Atualmente, o cancro é das doenças mais comuns a nível mundial e a que apresenta uma perspectiva de aumento mais preponderante para o futuro. A OMS (2008) retrata claramente esta realidade e indica que estas doenças consistem na terceira principal causa de morte, depois das doenças cardiovasculares e das doenças infecciosas. Os dados apontam para que em 2012 tenham existido 3.45 milhões de novos casos de cancro na Europa, em que o cancro da mama surge como o tipo de cancro mais comum, caracterizando 28.8% do total de diagnósticos, em 464 000 ocorrências (Ferlay et al., 2013). Também em Portugal se verifica que o cancro da mama é o que apresenta maior incidência em comparação com outros tipos de cancro e é o que exhibe maior taxa de mortalidade entre as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2012). No entanto, observa-se através da eficácia das medidas de deteção e tratamento (Aziz, 2002), um aumento exponencial do número de sobreviventes (Feuerstein, 2007).

Dos fatores de risco identificáveis para o cancro da mama, os mais importantes parecem ser a idade e o sexo, não sendo passíveis de modificação através de uma alteração comportamental. Contudo, a idade em si não causa a doença oncológica. Este risco surge dos danos causados pela própria genética do indivíduo (Nordin, Lidén, Hansson, Rosenquist, & Berglund, 2002). Para além dos componentes específicos da dieta, parece haver indicação de que o consumo moderado de álcool e tabaco contribui como um fator de risco para o desenvolvimento do cancro da mama (Thuler, 2003). Enquanto as abordagens psicossociais defendem que o tipo de personalidade e a sua relação de interação com o *stress* podem desencadear a doença (Hewitt, Herdaman, & Holland, 2004).

O decurso da doença neoplásica é experienciado como um processo complexo e discrepante entre diferentes indivíduos, variando consoante o prognóstico, a terapêutica aplicada e a intensidade das manifestações psicológicas e físicas percecionadas (Amorim, 2007). A intervenção terapêutica do cancro da mama assume-se como multidisciplinar (Fernandes, 2009). A cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a terapia hormonal são técnicas que podem ser utilizadas (Dow, 2004) embora seja a cirurgia (mastectomia, tumorectomia ou cirurgia conservadora) o tratamento de primeira linha mais usual nestes casos. As terapias adjuvantes sobretudo, a quimioterapia e a radioterapia, aumentam as taxas de sobrevivência a longo prazo e inibem as possíveis metástases, atuando após a aplicação da terapêutica primária (National Cancer Institute, 2002).

Os sobreviventes de cancro da mama têm sido designados de forma diversa, verificando-se pouco consenso na definição deste conceito (Findley, 2007). Alguns autores defendem que se deve considerar um sobrevivente de cancro desde o diagnóstico (Breaden, 1997), outros estabelecem que a pessoa deve viver alguns anos livre da doença (Findley, 2007) e outros assumem que um sobrevivente é-o a partir do momento em que existe remissão da doença (Feuerstein, 2007). Neste trabalho, englobámos sobreviventes que já não apresentam sinais de doença, as que ainda estão em tratamentos (mas em fase de remissão da doença) ou que já os terminaram e não se encontram em fase de recaída. Referimos portanto, neste estudo, que um sobrevivente de cancro é um doente de cancro em fase livre da doença uma vez que, consideramos que estes sobreviventes evidenciam características de sobrevivência diferentes daquelas que se compreendem num conceito mais alargado. Fator que poderia causar enviesamento dos resultados, pelo aumento do risco de influência de outras variáveis que não são controladas.

No que diz respeito às repercussões psicológicas do diagnóstico e da evolução da neoplasia mamária, estas são inúmeras e indiscutíveis, não se limitando apenas ao doente afetando simultaneamente os seus familiares e restante rede de apoio social (Schulz & Schwarzer, 2004). Estudos realizados indicam que estas consequências poderão ser alvo de interferência de certos aspetos como, tipo de cancro, expectativas de sobrevivência do doente, agressividade da intervenção terapêutica, entre outros (Ribeiro, 1998). Segundo Takahashi e colaboradores (2008), a ansiedade e a depressão são os sintomas psicopatológicos evidenciados, predominantemente, pelos pacientes com cancro. Avelar et al. (2006) que pretenderam avaliar estes sintomas em mulheres com cancro da mama antes e após a cirurgia, verificaram que os níveis de ambos estiveram significativamente associados e mantinham-se após a intervenção. Deste modo, as mulheres que evidenciaram maior grau de ansiedade foram similarmente as mais deprimidas, prejudicando o seu bem-estar físico, emocional e funcional.

Ao examinar a presença de sintomas ansiosos e depressivos num grupo de mulheres com cancro da mama, submetidas a radioterapia e a quimioterapia, os resultados apontam para diferenças no tipo de terapêutica aplicada, dado que se averiguou um elevado predomínio de sintomas patológicos nas doentes que receberam quimioterapia (So et al., 2010). A morbilidade psiquiátrica associada à depressão e à ansiedade está visivelmente associada ao decréscimo da adesão terapêutica e diminuição da qualidade de vida (QdV)

(Miovic & Block, 2007). Quanto à variação ao longo das fases do processo oncológico, os estudos parecem indicar que os doentes experienciam níveis mais elevados de sofrimento emocional após o diagnóstico e durante o tratamento, seguindo-se uma diminuição gradual dos sintomas com o tempo (Trevino & Carvajal, 2004). Tendo em conta estas conclusões é de realçar ainda, o desenvolvimento de tensão emocional (Sivesind & Rohaly-Davis, 1998), dificuldades no funcionamento cognitivo, apetite e sono (Sprah & Sostaric, 2004) por parte de certos sobreviventes.

Na literatura científica emergem dois modos de resposta emocional face ao cancro da mama. Alguns pacientes experienciam uma resposta emocional desequilibrada e fazem uma atribuição negativa da doença, encarando-a como um trauma. Este momento de crise no processo oncológico implica pior ajustamento emocional (Patrão, 2007). Porém, alguns sobreviventes encaram a doença como uma transformação psicossocial que pode dar lugar a crescimento pessoal e a uma reestruturação na forma de olhar o mundo (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowaki, 2001). Esta atribuição positiva invoca o reconhecimento de que a patologia crónica pode ser vivida ou não de forma positiva, permitindo uma reflexão sobre a QdV (Michael, Berkman, Colditz, Holmes, & Kawachi, 2002). Embora seja um conceito recente, a proposta de designação defendida por Ribeiro (2001) baseia-se na ideia de que a QdV advém de um bem-estar que se manifesta pela satisfação ou não, de todas as dimensões de vida, essenciais para o sujeito.

A doença mamária compreende constantemente procedimentos agressivos, causando invariavelmente, interferências sobre a QdV. Uma investigação recente refere que a realização de uma mastectomia assume grande impacto negativo na QdV da sobrevivente (Ribeiro, 2001). Ribeiro e Santos (2000) ao avaliarem mulheres com cancro da mama, em fases idênticas de desenvolvimento da doença, identificaram melhor QdV nas participantes submetidas a tumorectomia em relação ao grupo mastectomizado. Crê-se que a imagem corporal é uma das dimensões mais afetadas. E de facto, a mulher mastectomizada expressa sentimentos de violação da sua imagem e menor atratividade física, feminilidade e em função disso, sucedem-se redução da resistência, altos níveis de *stress* e isolamento social (Rowland, 2000).

Vários estudos têm demonstrado que a maioria das sobreviventes de cancro da mama apresenta boa QdV, equivalente até às mulheres que não tiveram cancro (Ashing-Giwa, Ganz, & Peterson, 1999). Ainda assim, a QdV melhora quanto maior for o tempo

após o diagnóstico (Carver, Smith, Petronis & Antoni, 2006). Embora a maioria dos estudos indiquem uma boa QdV nestes doentes, alguns estudos citam ausência de alterações (Ganz et al., 2003) ou mesmo diminuição da QdV com o tempo (Holzner et al., 2003), evidenciando alterações sobretudo ao nível do domínio físico (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008) e do domínio social, particularmente disfuncionalidade do funcionamento sexual (Moreira et al., 2008).

As estratégias de *coping* representam meios utilizados pelos indivíduos para lidar com acontecimentos indutores de *stress* e possibilitam principalmente, a alteração, modificação ou aceitação de uma ameaça (Amorim, 2007). Dado que a patologia de carácter oncológico ultrapassa os recursos pessoais do indivíduo, é fundamental o uso de estratégias de *coping* para promover o ajustamento psicológico ao problema (Patrão & Leal, 2004). Sendo a doença oncológica uma patologia que muitas vezes se prolonga no tempo, conduz regularmente ao desgaste dos recursos que o doente detém e naturalmente afeta a eficiência dessas estratégias (Rowland, 1989). Alguns autores revelaram que as estratégias de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa são reconhecidas como recursos negativos que conduzem a pior prognóstico, pela vivência da perda e ameaça (Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden, & Haes, 2004). No entanto, algumas investigações estabelecem que o espírito de luta e o fatalismo são as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas sobreviventes de cancro, promovendo a redução da ameaça e contribuindo simultaneamente para a adoção de uma postura otimista e conseqüentemente para um melhor prognóstico (Varela & Leal, 2007).

A maioria dos estudos com intervenção de grupo indicam resultados positivos para os participantes, na adoção de comportamentos pró-saúde e melhoria do estado emocional (Souza & Araújo, 2010). Programas de intervenção de grupo que incluem psicoeducação têm encontrado benefícios para as sobreviventes de cancro, especialmente pelo fornecimento de informação acerca da doença e tratamento, que se assume como suficiente para ultrapassarem as suas dificuldades (Souza & Araújo, 2010). As investigações realizadas neste âmbito têm demonstrado que os doentes que recebem intervenção psicoeducativa revelam um aumento no uso das aptidões de *coping*, diminuição do *stress* face à mudança, aumento da percepção de autoeficácia (Baum & Andersen 2001; Trask, Paterson, Griffith, Riba, & Schwartz, 2003), diminuição da fadiga, aumento do vigor e diminuição do impacto das perturbações de humor (Broesen et al., 2005). Para além disso,

constata-se que mesmo os doentes que se encontram em fase inicial de quimioterapia, após uma intervenção deste tipo, apresentam melhorias na QdV e aumento na busca de suporte social (Souza & Araújo, 2010).

Araújo (2011) avaliou a eficácia de uma intervenção psicoeducativa num estudo realizado com 13 mulheres sobreviventes de cancro da mama, tendo verificado que as mulheres sujeitas a intervenção demonstraram redução da ansiedade no segundo momento de avaliação bem como melhoria da sintomatologia depressiva e do funcionamento emocional e físico referente à QdV. Do mesmo modo, ao comparar o impacto de duas versões de uma intervenção psicoeducacional escrita (desenvolvimento de um manual de autoajuda) sobre o cancro e o conhecimento de temas relacionados com o risco de vir a ter cancro da mama, num conjunto de 163 mulheres com historial de problemas oncológicos familiares, verificou-se um aumento significativo da perceção de controlo sobre o desenvolvimento da doença e redução de pensamentos intrusivos sobre possíveis riscos (Appleton et al., 2004). Novas evidências indicam que a oferta de informação adequada neste género de programas educacionais aumenta a satisfação dos doentes e reduz o sofrimento psíquico (Okamura et al., 2003). Os resultados de uma análise que teve por base um plano de apoio psicoeducacional, num grupo de participantes em fase inicial da patologia observou que após 3 meses da intervenção, os indivíduos ostentavam menores níveis de perturbações de humor comparativamente ao grupo controlo (Bultz, Speca, Brasher, Geggie, & Page, 2000).

Na investigação de Torres (2014), 62 sobreviventes de cancro da mama foram submetidas a um de dois programas de intervenção (um de tipo psicopedagógico e outro de terapia cognitivo-comportamental), constatando-se que as intervenções de grupo breves contribuíram para a redução do traço de ansiedade a longo prazo, conservação da dor e da funcionalidade cognitiva. Em traços gerais, as mulheres do grupo de intervenção psicoeducativa apresentaram melhorias ao nível do autoconceito até aos 6 meses e aumento do controlo emocional até aos 3 meses. Comparativamente com a terapia cognitivo-comportamental, a psicoeducativa mostrou ser a mais adequada às sobreviventes de cancro da mama. Outro estudo, numa tentativa de determinar os efeitos da psicoeducação sobre os níveis de ajustamento ao cancro da mama, testemunhou que os resultados (após 6 semanas e 6 meses da aplicação do programa) indicavam elevadas estratégias de espírito de luta e menores níveis de ansiedade, desamparo e fatalismo para as 38 participantes, permitindo

mudanças positivas nos níveis de ajustamento face ao cancro (Dastan & Buzlu, 2012). Meneses e colaboradores (2007) levaram a cabo um trabalho, com 256 sobreviventes de cancro da mama, comprovando melhorias na QdV durante o primeiro ano de sobrevivência da doença após a aplicação de um programa psicoeducativo. Em suma, um estudo mais específico, de intervenção de grupo psicoeducativa realizado por Lise Fillion e colaboradores (2008), com 87 sobreviventes de cancro da mama e dirigido especificamente ao sintoma de fadiga, evidenciou melhorias significativas da fadiga, sofrimento emocional e QdV, no pós-teste comparativamente ao grupo controlo.

A literatura psicológica atual tem manifestado um aumento crescente de intervenções baseadas em *mindfulness* (Baer, 2003), desempenhando um papel importante sobre a sintomatologia dos indivíduos que sofrem de cancro (Matchim & Armer, 2007). Sujeitos com patologia crónica potenciam um especial desafio para os investigadores oncológicos, por experienciarem uma grande quantidade de *stress* (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004) associado a dificuldades de enfrentamento da doença, medo e angústia persistente (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). O *mindfulness* é uma antiga prática budista (Kabat-Zinn, 1990) organizada segundo um conjunto de técnicas que pretendem aumentar a consciência de sofrimento emocional e de comportamentos desadaptativos (Baer, 2003), diminuindo a reatividade que conduz à redução dos sintomas expressos (Shigaki, Glass, & Schopp, 2006).

O trabalho efetuado por Leydon, Eyles e Lewith (2012) avaliou a viabilidade de um programa composto de 8 sessões de *mindfulness*, em 30 mulheres com neoplasia mamária metastática e aferiu que houve uma redução significativa dos sintomas de humor. Concomitantemente, uma revisão de literatura investigou o uso de estratégias de *mindfulness* em diversas populações médicas (dor crónica, cancro e patologias cardíacas), tendo sido referida como uma técnica eficaz no aumento da QdV, de fatores emocionais e moderação da dor (Shigaki, Glass, & Schopp, 2006). Outra revisão sistemática recente de Smith, Richardson, Hoffman e Pilkington (2005) afirmou melhorias na diminuição de tensão emocional, humor e aumento da qualidade de sono em sobreviventes de cancro, após a aplicação de um tratamento de suporte fundamentado em *mindfulness*.

Os resultados que têm sido encontrados têm incentivado a aplicação de protocolos de redução de *stress* com estratégias de *mindfulness* em casais, de que é exemplo o estudo de Birnie e colaboradores (2010), que encontrou uma redução dos sintomas psicológicos

negativos para a maioria dos participantes do estudo. O aumento da QdV associada a melhorias ao nível da vitalidade, menor dor corporal e limitações originadas pela saúde física, expansão do funcionamento social e diminuições dos níveis de ansiedade e depressão foram demonstrados num grupo de pacientes com diagnósticos diversificados (a saber, cancro, depressão, diabetes, entre outros), sujeitos a uma intervenção baseada em princípios de *mindfulness* (Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001). Paralelamente a estas observações, Witek-Janusek e colaboradores (2008) constataram que mulheres em estágio inicial de cancro da mama, incluídas no grupo de intervenções de *mindfulness*, obtiveram um aumento de estratégias de enfrentamento da doença e o mesmo resultado foi averiguado quando uma investigação idêntica comprovou que as sobreviventes manifestaram, aumento da abertura à mudança e autocontrolo seguidos de crescimento pessoal (Mackenzie, Carlson, Munoz, & Speca, 2007).

Em Portugal foram realizados estudos na Universidade de Aveiro, com amostras de sobreviventes de cancro da mama, apoiados em intervenções psicoeducativas (Araújo, 2011; Torres, 2014). Contudo, que seja do nosso conhecimento e embora a nível internacional já tenham sido testados programas de intervenção baseados em estratégias de *mindfulness* (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003; Witek-Janusek et al., 2008), a nível nacional, apenas recentemente Lopes e colaboradores (2014) estudaram a eficácia deste tipo de intervenção num grupo de 48 participantes (5 do sexo masculino) verificando-se melhorias no bem-estar e capacidade para lidar com a doença.

Esta investigação tem como principal objetivo, avaliar o impacto de um programa de intervenção psicoeducativo que engloba estratégias de *mindfulness*, no ajustamento psicológico de mulheres sobreviventes de cancro da mama. Mais especificamente, pretende estudar a eficácia do protocolo aplicado através de uma avaliação pré-teste e pós-teste estabelecendo também, uma comparação com o grupo controlo isento de intervenção. Assim, e pelo descrito anteriormente, este trabalho pretende: (1) Caracterizar uma amostra de sobreviventes de cancro da mama relativamente a variáveis sociodemográficas e clínicas; (2) Adaptar um protocolo de intervenção psicoeducativo, com a adição de estratégias baseadas em *mindfulness* e (3) Analisar os efeitos da intervenção ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, da qualidade de vida, das estratégias de *coping* e autoconceito.

## Método

### Participantes

A amostra de conveniência utilizada nesta investigação foi constituída por 21 mulheres sobreviventes de cancro da mama, em fase livre da doença. O convite foi feito a mulheres sobreviventes de cancro da mama pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (Aces) Baixo Vouga. As participantes faziam parte de diferentes unidades de saúde familiar, extensões da instituição de saúde em questão (4 da Santa Joana, 6 da Flor do Sal e 11 do Moliceiro). Da amostra principal, de forma não aleatória, 10 mulheres foram submetidas a intervenção e 11 compuseram o grupo controlo.

O grupo experimental apresentava uma idade média de 57.50 (Min=38; Max=76; SD=10.52). A maioria era casada (50%), tinha o 1.º ciclo do ensino básico (30%) e o ensino secundário (30%). De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011), a maioria da amostra pertencia à categoria de pessoal administrativo (30%) e a especialistas das atividades intelectuais e científicas (30%). No que diz respeito às variáveis clínicas, 100% das mulheres são sobreviventes de longa duração, diagnosticadas há mais de 5 anos (n=10). A média de anos de diagnóstico é de 6 (DP=6.41). A maioria detetou o cancro através de exames de rastreio solicitados pelo médico (80%), realizou mastectomia (70%), esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (70%), quimioterapia (70%), radioterapia (60%) e hormonoterapia (40%). Apenas 20% das sobreviventes realizaram reconstrução mamária (n=2).

O grupo controlo foi constituído por sobreviventes com uma média etária de 59.09 (Min=43; Max=76; SD=11.31), que em média tinha recebido o diagnóstico há 9 anos. A maioria era casada (63.6%), tinha o 3.º ciclo de escolaridade (27.3%), seguindo-se a formação universitária (20%). A generalidade das participantes estava enquadrada em funções de técnicos e profissões de nível intermédio (45.5%). Quanto às variáveis clínicas, a maioria das mulheres detetou a doença por exames de rastreio solicitados pelo médico (45.5%) e realizou mastectomia (81.8%), reconstrução mamária (63.6%, n=7), radioterapia (36.4%) e quimioterapia (54.5%).

As subamostras são idênticas para as características sociodemográficas e clínicas examinadas, conforme podemos observar nas tabelas de caracterização da amostra (Tabela 1 e 2). Verifica-se que as variáveis contínuas, nomeadamente a idade (U=50.50, z=-.318, p=.756), número de anos desde o diagnóstico (U=43.00, z=-.856, p=.426), número de



sessões de radioterapia ( $U=10.50$ ,  $z=-.326$ ,  $p=.181$ ) e quimioterapia ( $U=11.00$ ,  $z=-1.566$ ,  $p=.181$ ) são equivalentes para ambos os grupos. Averiguou-se igualmente, que para as variáveis categoriais assiste-se a uma replicação dos resultados anteriormente mencionados. O estado civil,  $\chi^2(4, N=21)= 3.96$ ,  $p=.57$ , as habilitações literárias,  $\chi^2(4, N=21)= 3.56$ ,  $p=.58$  a categoria profissional,  $\chi^2(4, N=21)= 4.44$ ,  $p=.40$ , o meio de deteção  $\chi^2(3, N=21)= 3.45$ ,  $p=.39$ , o tipo de cirurgia,  $\chi^2(2, N=21)= 2.20$ ,  $p=.44$  e o tipo de tratamento são semelhantes em ambos os grupos.

**Tabela 1**

*Caraterísticas sociodemográficas e clínicas (variáveis contínuas)*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10			Grupo Controlo (GC) n=11			U
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP	
Idade	57.50	57	10.52	59.09	64	11.31	50.5
Anos desde diagnóstico	6	5	3.94	9	6	6.41	43
Nº sessões Radio	25.67	29	13.50	22	22	15.25	10.5
Nº sessões Químio	4.57	6	3.20	6.83	6.50	.98	11

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, U: Teste de Mann-Whitney

**Tabela 2**

*Caraterísticas sociodemográficas e clínicas (variáveis categoriais)*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10		Grupo Controlo (GC) n=11		$\chi^2$
	n	%	n	%	
<b>Estado Civil</b>					3.96
Casada	5	(50)	7	(63.6)	
Divorciada	1	(10)	2	(18.3)	
União de Facto	2	(20)	1	(9.1)	
Solteira	-	-	1	(9.1)	
Viúva	2	(20)	-	-	
<b>Habilitações Literárias</b>					3.56

1.º Ciclo (1º-4º ano)	3	(30)	1	(9.1)	
2.º Ciclo (5º-6º ano)	-	-	2	(18.2)	
3.º Ciclo (7º-9º ano)	2	(20)	3	(27.3)	
Ensino Secundário (10.º-12.º ano)	3	(30)	2	(18.2)	
Formação Universitária	2	(20)	2	(20)	
<b>Categoria Profissional</b>					4.44
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	3	(30)	3	(27.3)	
Técnicos e profissões de nível intermédio	2	(20)	5	(45.5)	
Pessoal administrativo	3	(30)	2	(18.2)	
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	2	(20)	-	-	
Trabalhadores não qualificados	-	-	1	(9.1)	
<b>Meio de Detecção</b>					3.45
Autoexame p/ própria	1	(10)	4	(36.4)	
Exame rotina p/ médico	1	(10)	1	(9.1)	
Exames de rastreio p/ médico	8	(80)	5	(45.5)	
Rastreio LPCC	-	-	1	(9.1)	
<b>Tipo de Cirurgia</b>					2.20
Mastectomia	7	(70)	9	(81.8)	
Tumorectomia	-	-	1	(9.1)	
Quadrantectomia	3	(30)	1	(9.1)	
<b>Tipo de Tratamento</b>					
Radioterapia	6	(60)	4	(36.4)	1.17
Quimioterapia	7	(70)	6	(54.5)	.53
Hormonoterapia	4	(40)	3	(27.3)	.38
Esvaziamento Axilar	7	(70)	5	(45.5)	1.28
Imunoterapia	2	(20)	1	(9.1)	.50

n: tamanho da amostra, %: percentagem,  $\chi^2$ : Teste do Qui-Quadrado

As características psicossociais das subamostras foram também analisadas, para o pré-teste. Não se observaram diferenças significativas para o *coping*, sintomatologia psicopatológica e autoconceito, conforme evidencia a tabela G1 (Cf. Anexo G). Contudo, salienta-se uma exceção que destacamos (Cf. Anexo G2), a imagem corporal ( $U=25.50$ ,  $z=-.2.25$ ,  $p<.05$ ) para o domínio da qualidade de vida, revela diferenças estatisticamente significativas não se apresentando portanto, equivalente para os grupos.

## **Instrumentos**

A avaliação inicial do estudo compreendeu a aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (Cf. Anexo A) que permitiu recolher dados sobre a idade, habilitações literárias, situação profissional, data de diagnóstico do cancro, forma de deteção e tipos de tratamento realizados e/ou a realizar. No término da intervenção em grupo, foi realizada uma segunda avaliação.

Como forma de operacionalizar as variáveis dependentes, a bateria de avaliação psicológica foi constituída por quatro instrumentos (Cf. Anexo B). O *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) é um questionário de autorelato desenvolvido para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É constituído por 30 questões, distribuídos por quatro formulários, que contribuem para o resultado de 5 escalas funcionais (funcionamento físico, emocional, cognitivo, social e de papel), 3 escalas de sintomas (de fadiga, dor, náusea e vómitos) e para uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV). Estas questões contribuem para o resultado das restantes 6 escalas, de um único item, que descrevem sintomas que os pacientes com doença oncológica normalmente enumeram (de dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo likert de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), à exceção dos dois itens da subescala de saúde global e QdV, que usam uma escala modificada de 7 pontos (em que “1” é péssima e “7” ótima). (Pais- Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008; Patrão, 2007; Araújo, 2011). Os resultados são padronizados e variam de 0-100, com uma pontuação mais elevada, indicando uma maior QdV (Patrão, 2007). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia. A escala de

qualidade de vida global é uma medida breve e geral de qualidade de vida que apresenta uma confiabilidade interna e validade preditiva adequada. A versão Portuguesa deste instrumento exhibe boas características psicométricas, com um alfa de Cronbach para a escala de saúde e QdV global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes subescalas. A subescala de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008). Para a amostra do presente trabalho, os valores de alfa de Cronbach afiguram-se comparáveis ao estudo de validação para a escala de saúde e QdV global (.81) e os resultados variam de .66 e .94 para as restantes subescalas, sendo que o funcionamento social e o funcionamento emocional obtêm os valores mais elevados (.94 e .92 respetivamente). O BR-23 é o suplemento para o cancro da mama do QLQ-C30. É constituído por 23 itens e encontra-se dividido em quatro escalas funcionais (imagem corporal, funcionamento, satisfação sexual e perspetiva futura) e quatro escalas de sintomas (sinais de doença e resultados secundários à terapêutica) (Patrão, 2007). As pontuações altas nas duas últimas escalas, sugerem elevado nível de sintomatologia (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008). Quando o QLQ-C30 e o BR23 são combinados resultam no Questionário da Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento do Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (Aaronson et al., 1993; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008).

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007) é uma escala de aplicação breve, composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por 7 itens (respetivamente 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 e 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14). (Zigmond & Snaith, 1983). As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala de likert, variando de 0 a 3, com valores mais elevados a evidenciarem altos níveis de sofrimento psicológico. A pontuação de cada subescala pode variar entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva. (Pais-Ribeiro et al., 2007). O estudo original (Zigmond & Snaith, 1983) indica boas características psicométricas, evidenciando correlações elevadas com outras medidas de ansiedade ( $r_s = 0.74$ ) e depressão ( $r_s = 0.70$ ). Na versão Portuguesa, o alfa de Cronbach é de .76 para a subescala de ansiedade e de .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). O alfa de

Cronbach para a amostra deste estudo, apresenta o valor de .70 para a subescala ansiedade e .55 para a subescala de depressão.

O *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ) (Moorey, Frampton, Steven, & Greer, 2003; versão portuguesa de Torres, Pereira, & Monteiro, No Prelo) é uma escala de autoresposta que pretende medir as estratégias ensinadas nas intervenções psicológicas adjuvantes e noutras intervenções de cariz comportamental para doentes de oncologia. É uma escala constituída por 21 itens, sendo que as subescalas equivalem a uma subescala individual (referente aos itens 1-14) e a uma subescala interpessoal (reporta-se às questões 15-21 e implica uma resposta no caso de possuir parceiros) (Moorey, Frampton, Steven, & Greer, 2003). Cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (de “nunca” a “muito frequentemente”). Quanto maiores as pontuações obtidas nas subescalas e fatores, mais estratégias de *coping* os avaliados evidenciam. No estudo de validação original, o instrumento apresenta uma consistência interna adequada, com um alfa de Cronbach de .87 para a subescala individual e de .82 para a interpessoal. A validade teste-reteste da subescala individual foi de 0.90 (n=25, p<0.001) e de 0.84 (n=19, p<0.001) para a subescala interpessoal. Quando aferido para a população Portuguesa, o questionário mostra correlações de Spearman positivas (rs=.59, p=0.000 para a subescala individual, rs= .65, p=0,000 para a subescala interpessoal) (Torres, Pereira, & Monteiro, No Prelo). Para a amostra do presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .78 para a subescala individual e .93 para a subescala interpessoal.

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) (Vaz-Serra, 1986) é constituído por 20 itens e apresenta-se segundo uma escala de tipo likert. Cada um dos itens é classificado em 5 categorias (de “não concordo” a “concordo muitíssimo”). Nos itens 3, 12 e 18, as questões negativas são invertidas sendo que são indicadores de autoconceito favorável, pontuações mais elevadas (1=pontuação mais baixa e 5= pontuação mais alta) ou seja, quanto mais elevado o valor da cotação, melhor é o autoconceito. No ICAC a pontuação varia de 20 a 100 e o mesmo instrumento avalia 4 fatores: aceitação/rejeição social, autoeficácia, maturidade psicológica e impulsividade/atividade. No estudo original, este instrumento revela boa consistência interna apresentando um coeficiente de Spearman-Brown de 0.79 e adequada estabilidade temporal (.84) (Vaz-Serra, Antunes, & Firmino, 1986; Vaz-Serra, 1986). A escala total do autoconceito, que consiste na soma dos quatro fatores, evidencia um alfa de Cronbach de .57, para a população em estudo.

## Procedimentos

Para levar a cabo esta investigação foi necessário pedir autorização para o desenvolvimento do estudo e recolha da amostra no Aces Baixo Vouga. O trabalho de campo iniciou-se após devidamente aprovada a sua realização pela Administração Regional de Saúde do Centro, pela Comissão de Ética para a Saúde e pela Direção do Aces Baixo Vouga (Cf. Anexo C). Efetuou-se um primeiro contacto telefónico entre o médico de família e as sobreviventes de cancro da mama, para a recolha da amostra, com o objetivo de comparecerem a uma entrevista individual inicial com as investigadoras, no Centro de Saúde. Era proposto às participantes que respondessem a um conjunto de questões sociodemográficas e clínicas, descritas no questionário inicial que continham variáveis também controladas no presente trabalho. Durante a mesma entrevista procurou-se igualmente avaliar e registar, o grau de motivação das participantes para a participação no grupo de intervenção.

Após a formalização do pedido que justificava a importância, fundamentação e explicação dos objetivos do funcionamento do grupo de intervenção e verificado o cumprimento dos critérios de inclusão (ter mais de 18 anos, ter sido diagnosticada com cancro da mama e recebido tratamento para a doença e não evidenciar sinais de doença no momento da avaliação, encontrando-se em fase livre de doença) e exclusão (idade inferior a 18 anos, inaptidão para participar nas tarefas, incompatibilidade com um ou mais elementos do grupo, antecedentes de perturbações psiquiátricas precedentes à doença ou dependência de substâncias psicoativas ou perturbações cerebrais orgânicas) foi pedido a cada participante que lesse e assinasse o consentimento informado (Cf. Anexo D) para a colaboração voluntária na investigação, sendo desta forma garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. No final, procedeu-se à distribuição e preenchimento dos instrumentos de avaliação relativos à primeira fase (pré-teste).

O programa de intervenção psicoeducativo (Cf. Anexo E) utilizado neste estudo refere-se ao protocolo adaptado, desenvolvido inicialmente por Araújo (2011) e posteriormente por Torres, Araújo, Pereira e Monteiro (No prelo). O programa de intervenção aplicado foi sujeito a algumas modificações, objetivando fundamentalmente a complementaridade de novos dados investigados até então com a informação já existente. Assim, integrou-se nas 8 sessões semanais consecutivas que constituem originalmente o programa, estratégias baseadas em *mindfulness*. Cada sessão tem normalmente a duração

de aproximadamente uma hora e meia e é orientada por dois terapeutas (um terapeuta principal e um co-terapeuta). Toda a informação apresentada ao longo das sessões é facultada às participantes no final assim como, outros materiais auxiliares (Cf. Anexo F).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Os dados foram sujeitos a análises descritivas e inferenciais. As análises realizadas socorreram-se de estatísticas não paramétricas, tendo em conta as características da amostra e hipóteses a serem testadas. Utilizaram-se testes de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) para a avaliação das diferenças entre as variáveis categoriais e de U de Mann-Whitney (U) para as características contínuas e variáveis psicossociais, no início da investigação. O teste de Wilcoxon foi utilizado para amostras emparelhadas (T), para comparar os resultados obtidos do pré-teste para o pós-teste dos dois grupos, com objetivo de avaliar os efeitos das intervenções nas variáveis psicossociais em estudo e o teste de Kruskal-Wallis (H) para comparar os resultados obtidos no pós-teste em ambos os grupos. O tamanho do efeito (r) para a comparação das médias foi calculado através do valor de t na seguinte fórmula  $r = \sqrt{t^2 / t^2 + df}$  e para os restantes testes utilizou-se o valor de z na fórmula  $r = z / \sqrt{N}$  (Field, 2009). O grau de significância estatístico tido em consideração foi de  $p < .05$ .

## **Resultados**

### **Caracterização da adaptação psicológica das sobreviventes de cancro**

Compararam-se os resultados das escalas obtidas no pré-teste, com os dados da população normativa. Esta análise incluiu a comparação de médias entre os grupos mencionados. Observou-se que para a subescala de depressão, referente à escala EADH, os resultados alcançados pelas participantes (M=4.19, SD=2.60) foram significativamente inferiores à norma (M=13.38),  $t(20) = -14.1$ ,  $p < .001$ ,  $r = .95$ . O mesmo resultado verificou-se para a subescala de ansiedade (M=5.90, SD=2.86), cuja média se apresentou mais baixa que a dos dados normativos (M=21.8),  $t(20) = -25.5$ ,  $p < .001$ ,  $r = .98$ . À semelhança do instrumento anterior, foram avaliadas as dimensões do QLQ-C30. Para duas das escalas funcionais particularmente, a função emocional (M=75.8, SD=20.78) e a função social (M=87.3, SD=21.76), os resultados revelados pelas sobreviventes foram significativamente superiores em relação à informação normativa (M=52.7,  $t(20) = 5.10$ ,  $p < .001$ ,  $r = .75$ ) (M=74.3,  $t(20) = 2.74$ ,  $p = .05$ ,  $r = .27$ ). Contrariamente, na escala de saúde e QdV global para

o grupo de mulheres ( $M=60.31$ ,  $SD=19.87$ ) do estudo examinado, os dados não diferiram significativamente dos dados normativos obtidos para esta população ( $M=61.38$ ),  $t(20) = -.245$ ,  $p=.80$ ,  $r=.05$ . O mesmo resultado foi visível para as três escalas de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor). Ao efetuar uma análise aos componentes principais do Inventário Clínico de Autoconceito constatamos que o produto resultante dos quatro fatores que representa é significativamente mais elevado que os dados normativos. Tomamos como exemplo, o fator de aceitação ou rejeição social ( $M=18.38$ ,  $SD=2.18$ ) que obteve uma média claramente superior à norma ( $M=3.16$ ),  $t(20)=31.9$ ,  $p<.001$ ,  $r=.99$  e o fator de maturidade psicológica que evidencia ( $M=15.76$ ,  $SD=2.16$ ) do mesmo modo, que a amostra em estudo obtém resultados significativamente superiores ( $M=3.62$ ),  $t(20)=15.6$ ,  $p<.001$ ,  $r=.96$ .

### **Avaliação da eficácia da intervenção no pré e pós-teste**

Os resultados obtidos no ajustamento psicossocial com o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controlo, no pré e pós-teste foram confrontados de forma a averiguar a hipótese principal deste trabalho (Cf. Anexo H1). Os dados observados indicam que o grupo controlo piorou num domínio da qualidade de vida. Verificou-se uma diminuição do pré-teste ( $Mdn=18.2$ ), para o pós-teste ( $Mdn=12.14$ ) da função emocional,  $T=-2.23$ ,  $p=.03$ ,  $r=-.67$ . Também se observou para o grupo controlo, deterioração da subescala de autoeficácia, no que respeita ao auto-conceito, do pré-teste ( $Mdn=11.05$ ) para o pós-teste ( $Mdn=9.77$ ),  $T=-2.81$ ,  $p<.002$ ,  $r=-.84$ . Contrariamente, constatou-se a partir dos resultados obtidos que o grupo de intervenção apresenta um aumento significativo da subescala de autoeficácia, ao nível do pré-teste ( $Mdn=10.95$ ) para o pós-teste ( $Mdn=12.35$ ),  $T=-.26$ ,  $p<.004$ ,  $r=-.08$ . Para as subescalas individual e interpessoal do *coping*, não foram encontrados resultados significativos que apontem para alterações entre o pré e o pós-teste. E a mesma conclusão foi retirada, para a sintomatologia ansiosa e depressiva.

### **Diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no pós-teste**

Ao analisar os resultados obtidos pelas subamostras em estudo, ao nível do pós-teste observaram-se resultados com relevância estatística em alguns domínios da qualidade de vida e do autoconceito. Para a subescala da função social, domínio da qualidade de vida



verificou-se um efeito principal significativo do grupo  $\chi^2(1, N=21)=4.35, p=.04, r=.94$ . Observou-se que o grupo controlo registou melhores pontuações (Mdn=13.14) comparativamente ao grupo de intervenção (Mdn=8.65) (Cf. Anexo H3). Quanto ao autoconceito verifica-se igualmente um efeito significativo do grupo, para a subescala de maturidade psicológica  $\chi^2(1, N=21)=3.73, p=.05, r=.81$  e para a subescala de impulsividade/atividade  $\chi^2(1, N=21)=5.51, p=.01, r=1.20$ . Neste contexto, a subamostra de intervenção obteve pontuações mais elevadas (Mdn=13.70) relativamente ao grupo controlo (Mdn=8.55) para ao nível da maturidade psicológica. O mesmo resultado foi verificado para a subescala de impulsividade/atividade (Mdn=14.25 e Mdn=8.05, respetivamente para o grupo experimental e grupo controlo) (Cf. Anexo H2).

### Discussão

Conforme a revisão de literatura realizada assiste-se atualmente, a um acréscimo do número de sobreviventes de cancro da mama e a um aumento da sobrevida dos doentes oncológicos (Feuersten, 2007). Paralelamente a esta observação, as evidências científicas revelam que o cancro afeta profundamente o equilíbrio físico e emocional dos pacientes, implicando uma elevada incidência de morbilidades psicológicas e comprometimento da QdV (Amorim, 2007). O cancro da mama é a doença oncológica que mais atenção tem recebido da Psico-oncologia (Gil et al., 2001) por se tratar de uma disciplina recente da psicologia, que realça a necessidade de atuar em simultâneo com o paciente para a promoção do seu bem-estar, redução do sofrimento emocional inevitavelmente associado e apoio na adoção de comportamentos pró-saúde (Souza & Araújo, 2010). É também nesta área que se encontra em franco crescimento, que são realizadas investigações sobre a sobrevivência ao cancro, incluindo o presente estudo que assumiu como principal finalidade, avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo com integração de estratégias baseadas em *mindfulness*, num grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama.

Sabe-se que a intervenção psicológica individual ou em grupo é pensada para facilitar a adaptação do paciente à doença, aliviando os possíveis efeitos colaterais associados e refletindo acerca das situações que advêm dos mesmos que são, na sua generalidade, geradoras de inquietação (Souza & Araújo, 2010). A literatura psicológica recente tem apontado que procedimentos baseados em abordagens que se prestam à redução de *stress* como é o caso do *mindfulness*, podem ser úteis no tratamento de

sobreviventes de cancro (Matchim & Armer, 2007). De um ponto de vista teórico, os estudos que se debruçam sobre esta temática, demonstram efeitos positivos quanto ao aumento da QdV, diminuição da dor, da sintomatologia ansiosa e depressiva e para além disso, denotam uma melhoria do funcionamento social por parte dos doentes (Smith, Richardson, Hoffman e Pilkington, 2005; Shigaki, Glass, & Schopp, 2006). Assim sendo, o interesse demonstrado pela utilização de terapias de terceira geração particularmente, o *mindfulness* facilitou a oportunidade de desenvolvermos um trabalho piloto que potenciase, simultaneamente, a complementaridade destas estratégias com a intervenção psicoeducativa.

No seguimento do nosso objetivo principal, de avaliação da eficácia do programa de intervenção, podemos constatar que se verificou um efeito positivo num dos indicadores de ajustamento emocional estudado, nomeadamente no autoconceito através da melhoria do fator autoeficácia com o grupo de intervenção, comparativamente com o grupo controlo que apresentou deterioração da função emocional, domínio da QdV e do fator autoeficácia. Através da comparação do grupo controlo e experimental para o pós-teste, verificou-se o efeito do grupo sobre as variáveis psicossociais controladas. Os resultados obtidos levam-nos a concluir, à semelhança de autores como Torres (2014) que o programa de intervenção aplicado parece ser o mais indicado para as sobreviventes de cancro da mama, pelos efeitos terapêuticos evidenciados, sobretudo ao nível do autoconceito.

Os resultados acerca do aumento do autoconceito, especificamente da autoeficácia das participantes do grupo de intervenção, do pré para o pós-teste, estão de acordo com os resultados encontrados por Torres (2014), cujo grupo sujeito a intervenção psicoeducativa apresentou identicamente melhorias em relação a este indicador. Para autores como Amorim (2007), o autoconceito positivo está relacionado com a procura de apoio social e adequada adaptação à doença sendo que, a melhoria do autoconceito é considerada um resultado importante pois encontra-a associada a um apropriado ajustamento psicossocial em mulheres portuguesas com cancro da mama. Os resultados da intervenção sugerem mais efeitos terapêuticos com o grupo que participou do programa e estas conclusões, podem ser explicadas pelo facto de este englobar uma sessão específica sobre o impacto da doença e do tratamento na autoestima, estruturada com indicações práticas sobre o modo de a recuperar e integrar simultaneamente os aspetos da experiência de cada sobrevivente. Contudo, importa referir que as investigações que avaliam a eficácia das intervenções de

grupo não têm encontrado melhorias no autoconceito de uma forma tão acentuada. No entanto, alguns autores concluem que esse resultado é expectável após um programa de intervenção deste género (Spiegel et al., 1999), apontando como potencial vantagem da intervenção de grupo a promoção de autoconceito e da autoestima, com forma de as participantes verificarem que conseguem ajudar-se mutuamente.

Apesar de o autoconceito se ter vindo a revelar um fator importante a ter em consideração na promoção do ajustamento emocional em sobreviventes de cancro da mama (Scheier et al., 2005), o grupo sem intervenção apresentou piores resultados no domínio autoeficácia. Segundo Munstedt, Manthey, Sachsse e Vahrson (1997), o autoconceito e a autoconfiança diminuem em consequência do impacto da doença oncológica. Nesta linha de pensamento, encontra-se Aureliano (2007) que defende que o cancro afeta profundamente o sentimento de identidade, autoestima e autoconceito das sobreviventes. Ainda em relação aos resultados obtidos com o grupo controlo, alguns estudos também têm encontrado uma deterioração da QdV das sobreviventes de cancro da mama, ao longo do tempo (Holzner et al., 2001). Estes dados fornecem suporte preliminar para os potenciais benefícios de programas de intervenção psicológica nesta população e a indicação do programa desenvolvido neste trabalho, que pode responder às necessidades evidenciadas pelas doentes e tantas vezes negligenciadas pelos profissionais de saúde.

De uma forma geral não se verificaram benefícios significativos da intervenção ao nível dos sintomas psicopatológicos. Os resultados obtidos não vão portanto, ao encontro das evidências determinadas pela maioria dos estudos realizados que indicam melhorias na ansiedade e depressão com a intervenção de grupo (Araújo, 2011; Broesen et al., 2005; Dastan & Buzlu, 2012). Ainda assim, à semelhança destes resultados, outros autores também não encontraram alterações em relação a variáveis psicológicas em sobreviventes com intervenção psicopedagógica de grupo (Jones et al., 2013).

Existem algumas certezas que o cancro pode influenciar o aumento das estratégias de *coping* devido à apreensão em relação ao futuro e à incapacidade psicológica e física sentidas normalmente pelos doentes. (Dastan & Buzlu, 2012; Petticrew, Bell, & Hunter, 2002; Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden, & Haes, 2004). Contudo, após a análise dos resultados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e, no que concerne a esta questão, o objetivo da investigação a este respeito não foi confirmado.

No nosso estudo verificou-se que as subamostras são idênticas ao nível das características clínicas e sociodemográficas. Resultados similares são encontrados também para a maioria das características psicossociais em estudo, à exceção do domínio referente à imagem corporal, encontrado na avaliação da QdV. As sobreviventes do grupo sem intervenção, ao contrário das do grupo de intervenção, evidenciaram para o pré-teste melhores índices de feminilidade e satisfação com o seu corpo.

A avaliação da consistência interna da bateria de instrumentos utilizada no nosso estudo permitiu averiguar algumas diferenças entre a presente amostra e a amostra de validação original. Para as subescalas de sintomatologia psicopatológica da EADH, verificaram-se baixos valores de alfa de Cronbach, sobretudo para a subescala de depressão, comparativamente à amostra original. Do mesmo modo, os resultados do autoconceito (ICAC), embora sem termo de comparação encontrado, apontam para um valor de alfa Cronbach baixo para a escala de avaliação global do autoconceito. Contudo, Marôco e Garcia-Marques (2006) consideram que estes valores são aceitáveis quando se trata de grupos embora, defendam que os resultados obtidos com estes instrumentos devam ser interpretados com precaução. Contrariamente, para o QLQ-C30 os valores de alfa não diferem da amostra de validação e a consistência interna é satisfatória para todas as subescalas. O mesmo resultado foi obtido para o CCQ já que a subescala interpessoal a título de exemplo, apresenta um valor de alfa de Cronbach representativo de uma consistência interna muito boa, validando deste modo os resultados obtidos com o instrumento para a população de sobreviventes de cancro da mama estudada (Pestana & Gageiro, 2008).

A principal limitação do estudo refere-se ao tamanho reduzido da amostra e que pode ter colocado entraves ao nível da generalização dos resultados (validade externa) e à obtenção de resultados estatisticamente significativos, pelo que se sugere estudos futuros, com amostras maiores e logo, mais representativas da população estudada. Outro aspeto que pode ter condicionado a investigação foi o facto de não se tratar de um estudo com um plano completamente aleatório, acumulando a probabilidade de auto-seleção. Deste modo, o grupo controlo não se revelou heterogéneo limitando a generalização dos resultados. Em investigações futuras, alertamos para a importância de ter em consideração esse tipo de metodologia com maior rigor científico. O facto das participantes incluídas no estudo terem conhecimento prévio de alguns objetivos centrais da investigação poderá ter

condicionado igualmente os resultados dado que as respostas poderão ter sido influenciadas pela tentativa de corresponder às expectativas ou inclusivamente de ir de encontro ao que consideravam mais aceitável socialmente. A amostra era ainda caracterizada por um bom funcionamento psicológico antes da aplicação do programa, o que possibilita pouca variação em relação ao sofrimento psicológico emocional. Ao comparar as médias das sobreviventes de cancro da mama em estudo verificou-se por exemplo, que possuíam claramente um nível baixo de sintomas depressivos significativamente inferiores à norma. O mesmo resultado foi evidenciado em relação ao do autoconceito, já que a amostra incluída nesta investigação evidencia resultados significativamente superiores quando comparados com os dados normativos da população portuguesa. Pelo que, em estudos futuros, poderão ser definidos valores de corte para a seleção e inclusão de sobreviventes de cancro em investigações de eficácia, garantindo assim algum comprometimento emocional, com possibilidade de melhoria com intervenção.

Apesar das limitações dos resultados evidenciados e do próprio desenho experimental não ser totalmente rigoroso, o protocolo de intervenção aplicado estabeleceu-se como uma base de referência para a expansão de estudos posteriores com maior rigor metodológico. Por outro lado, este trabalho revelou uma evolução em relação ao estado de arte atual sobretudo, porque em Portugal não se conhecem estudos terapêuticos de grupo que complementem numa mesma intervenção, estratégias baseadas em *mindfulness* e psicoeducação em sobreviventes de cancro da mama.

Para além de todas as indicações concedidas para estudos futuros, neste momento face aos resultados do presente estudo, parece-nos que será pertinente investigar se os traços de personalidade das sobreviventes de cancro da mama influenciam o modo de encarar técnicas, como a meditação e o *mindfulness* e até, quais as características de personalidade que serão preditoras de maior adequação às estratégias utilizadas. Poder-se-ia também, fomentar mais momentos de avaliação com um maior intervalo de tempo após o final da intervenção. As mudanças do sistema imunitário representam o retrocesso ou o progresso na doença. E, tal como Carlson e colaboradores (2003) postulam, deveriam existir mais investigações que analisassem os efeitos na função imunitária dos doentes com cancro, relativamente a um programa de *mindfulness*. Em última análise, conforme sugere Brown (2005) dever-se-ia ter em consideração a avaliação do nível de conhecimento das

participantes, para além de medir a eficácia das variáveis psicológicas em intervenções de grupo e porque não, analisar as diferenças entre tipos de cancro da mama e o impacto de uma intervenção psicológica a este nível.

Face aos resultados do presente estudo, este trabalho veio demonstrar a pertinência de se intervir junto desta população, uma vez que os resultados obtidos pelo grupo que não foi sujeito a qualquer intervenção, demonstraram um pior ajustamento psicossocial em dois domínios. Este estudo também contribuiu para comprovar a importância da avaliação da eficácia de intervenções em grupo em sobreviventes de cancro da mama e para o aumento do conhecimento na área da Psico-oncologia, colmatando uma lacuna de investigação que tem vindo a ser referida, que diz respeito à investigação na área da sobrevivência do cancro e da reabilitação psicossocial desta população. Especialmente, porque em Portugal não se conhecem investigações de eficácia terapêutica com sobreviventes de cancro da mama, para além dos desenvolvidos pelos investigadores da Universidade de Aveiro.

### Referências

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life-instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-375. doi:10.1093/jnci/85.5.365
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar, Porto.
- Appleton, S., Watson, M., Rush, R., Garcia-Minaur, S., Porteous, M., Campbell, J., ... Cull, A. (2004). A randomised controlled trial of a psychoeducational intervention for women at increased risk of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 90(1), 41-47. doi:10.1038/sj.bjc.6601519
- Araújo, F. (2011). *Intervenção Psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- 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. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142

- Aureliano, W.A. (2007). Corpo, saúde e trabalho: (Re)pensando os usos do corpo e os papéis femininos na experiência do câncer de mama. *Prática & Trabalho*, 26, 105-123.
- Avelar, A., Derchain, S., Camargo, C., Lourenço, L., Sarian, L., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em Mulheres com Cancro de Mama Antes e Após a Cirurgia. *Revista de Ciências Médicas*, 15(1), 11-20.
- Aziz, N. M. (2002). Cancer survivorship research: Challenge and opportunity. *The Journal of Nutrition*, 132(11), 3494S-3503S. doi: 0022-3166/02
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015
- Baum, A., & Andersen, B. L. (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association.
- Birnie, K., Garland, S., & Carlson, L. (2010). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho-Oncology*, 19(9), 1004-1009. doi: 10.1002/pon.1651
- Breaden, K. (1997). Cancer and beyond: the question of survivorship?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 978-984. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00432.x
- Broesen, E., Ross, L., Frederiksen, K., Thomsen, B., Dahlstrom, K., Schmidt, G., ... Johansen, C. (2005). Psychoeducational Intervention for Patients With Cutaneous Malignant Melanoma: A Replication Study. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6), 1270-1277. doi: 10.1200/JCO.2005.05.193
- Brown, N. W. (2005). Psychoeducational groups. In S. A. Wheelan (Ed.). *The handbook of group research and practice* (pp. 511-529). Thousand Oaks (USA): Sage Publications.
- Bultz, B., Speca, M., Brasher, P., Geggie, P., & Page, S. (2000). A randomized controlled of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9(4), 303-313. doi: 10.1002/1099-1611
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K. & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 571-581. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00054-4

- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, *15*(9), 749-758. doi: 10.1002/pon.1006
- Cordova, M., Cunningham, C., Carlson, C., & Andrykowaki, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, *20*(3), 176-185. doi: 10.1037/0278-6133.20.3.176
- Dastan, N., & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(10), 5313-5318. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.10.5313
- Dow, K.H. (2004). *Contemporary Issue in Breast Cancer: A Nursing Perspective*. 2ª Edição. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Comber, H., ... Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, *49*(6), 1374-1403. doi:10.1016/j.ejca.2012.12.027
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro da mama: o pape do estado emocional, das representações de doença, do otimismo e dos benefícios percebidos* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal Cancer Survivorship*, *1*(1), 5-7. doi:10.1007/s11764-006-0002-x
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., ... Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, *31*(2), 145-159. doi:10.1097/01.NCC.0000305698.97625.95
- Findley, P. A. (2007). Global considerations. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship*. Bethesda (USA): Springer.



- Ganz, P. A., Guadagnoli, E., Landrum, M. B., Lash, T. L., Rakowski, W., & Silliman, R. A. (2003). Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(21), 4027–4033. doi: 10.1200/JCO.2003.08.097
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J., & Estradé, E. (2001). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da psicologia oncológica*. (pp. 427-452). Lisboa: Climepsi.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Hewitt, M., Herdaman, R., & Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Rd Schweigkofler, H., Dünser, M., ... Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors?. *Psychosomatics*, *42*(2), 117-123. doi:10.1176/appi.psy.42.2.117
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: Ser mulher em Portugal, 2001-2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: INE.
- Jones, S. A., Kroenke, K., Krebs, E. E., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2013). Longitudinal comparison of three depression measures in adult cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *45*(1), 71-82. doi: 10.1002/pon.2060
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- Leydon, G., Eyles, C., & Lewith, G. (2012). A mixed methods feasibility study of mindfulness meditation for fatigue in women with metastatic breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, *4*(4), 429-435. doi: 10.1016/j.eujim.2012.05.003
- Lopes, J., Almeida, L., Pimentel, F., & Shannon, D. (2014, Maio). *Mindfulness- Based Intervention in Cancer Recovery in a Portuguese Population – Preliminary Results*.

- Poster apresentado na Conferência “*Internacional de Psico-Oncologia*” da Liga Portuguesa Contra o Cancro, Coimbra.
- Mackenzie, M., Carlson, L., Munoz, M., & Speca, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health, 23*(1), 59-69. doi: 10.1002/smi.1120
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia, 4*(1), 65-90.
- Matchim, Y., & Armer, J. M. (2007). Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: A literature review. *Oncology Nursing Forum, 34*(5), 1059-1066. doi: 10.1188/07.ONF.1059-1066
- Meneses, K. D., McNees, P., Loerzel, V. W., Su, X., Zhang, Y., & Hassey, L. A. (2007). Transition From Treatment to Survivorship: Effects of a Psychoeducational Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum, 34*(5), 1007-1016.
- Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M. & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(5), 285-293. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00270
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. *American Cancer Society, 110*(8), 1665-1676. doi: 10.1002/cncr.22980
- Moorey, S., Frampton, M. & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-Oncology, 12*(4), 331-344. doi: 10.1002/pon.646
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(1), 165-184.
- Munstedt, K., Manthey, N., Sachsse, S. & Vahrson, H. (1997). Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer, 5*(2), 139–143. doi: 10.1007/BF01262572
- National Cancer Institute. (2002). Adjuvant therapy for breast cancer: questions and answers. Retirado 14 Abril 2014, a partir de <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/adjuvant-breast>.

- Nordin, K., Lidén, A., Hansson, A., Rosenquist, R., & Berglund, G. (2002). Coping style, psychological distress, risk perception, and satisfaction in subjects attending genetic counseling for hereditary cancer. *Journal of Medical Genetics*, 39(9), 689-694. doi: 10.1136/jmg.39.9.689
- Okamura, H., Fukui, S., Nagasaka, Y., Koike, M., & Uchitomi, Y. (2003). Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: an exploratory analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80(3), 331-338. doi: 10.1023/A:1024964009693
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation Study of the Portuguese Version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer de cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.
- Pestana, M. J., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrent in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 325(7372), 1-10. doi: 10.1136/bmj.325.7372.1066
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de Cancro: uma outra realidade!. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 142-148.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness based stress reduction and healthrelated quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183-192. doi: 10.1016/S0163-8343(01)00149-9
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ispa.

- Ribeiro, J.P., & Santos, T. (2000). *Impact of radical mastectomy versus tumorectomy of the quality of life early breast cancer*. Communication presented at XXVII International Congress of Psychology, Stockholm, Sweden.
- Ribeiro, J. (2001). *Qualidade de Vida e doença oncológica. Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Rowland, J. H. (1989). Intrapersonal resources: coping. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp. 44-57). New York: Oxford University Press
- Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G., & Ganz, P. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429. doi: 10.1093/jnci/92.17.1422
- Scheier M. F., Helgeson, V. S., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Bridges, M. W., ... Pappert, W. S. (2005). Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(19), 4298-4311. doi:10.1200/JCO.2005.05.362
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2004). Long-Term Effects of Spousal Support on Coping With Cancer After Surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 716-732. doi: 10.1521/jscp.23.5.716.50746
- Shigaki, C. L., Glass, B., & Schopp, L. H. (2006). Mindfulness-based stress reduction in medical settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 209-216. doi: 10.1007/s10880-006-9033-8
- Sivesind, D.M, & Rohaly-Davis, J.A. (1998). *Coping with cancer: patient issues*. Pittsburgh: Oncology Nursing Press.
- Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 315-327. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03592.x
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, B., Mudaliar, N., ... Riggs, G. (1999). Group Psychotherapy for Recently Diagnosed Breast Cancer Patients: a Multicenter Feasibility Study. *Psycho-Oncology*, 8(6), 482-493. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611

- So, W., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J., Yeung, M., & Li, G. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, *14*(1), 17-22. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.005
- Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia*, *28*(3), 151-63. doi: 10.4321/S0378-48352005000300009
- Souza, J., & Araújo, T. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, *27*(2), 187-196. doi: 10.1590/S0103-166X2010000200006
- Sprah, L., & Sostaric, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and Oncology*, *38*(1), 35-42.
- Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K., Kitani, A., Yamano, T., Yanagita, H., ... Honda, N. (2008). Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation Medicine*, *26*(7), 396-401. doi: 10.1007/s11604-008-0248-5v
- Thuler, L. (2003) Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *49*(4), 227-238.
- Torres, A. (2014). *A terapia de grupo na doença oncológica* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Torres, A., Araújo, F., Pereira, A. & Monteiro, S. (No prelo). InMAMAGroup: Programa de intervenção de grupo para mulheres com cancro da mama – Manual técnico e prático. Lisboa: CEGOC.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (No Prelo). Estudo de validade do questionário de formas de lidar com o cancro. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K. A., Riba, M. B., & Schwartz, J. L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, *98*(4), 854-864. doi: 10.1002/cncr.11579
- Trevino, L. E., & Carvajal, M. M. (2004). El cáncer como enfermedad multideterminada. Retirado 16 Janeiro 2014, a partir de <http://www.psicom.uson.mx/maestria/HTML/11-1-1.htm>.

- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de Coping em Mulheres com Cancro da Mama. *Análise Psicológica*, 3(25), 479-488.
- Vaz-Serra, A. (1986). O "Inventário Clínico de Auto-Conceito". *Psiquiatria Clínica*, 7(2),67-84.
- Vaz-Serra, A., Antunes, R., & Firmino, H. (1986). Relação entre auto-conceito e expectativas. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 85-90.
- Vos, P., Garssen, B., Visser, A., Duivenvoorden, H., & Haes, H. (2004). Early stage breast cancer: Explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 557-580. doi: 10.1007/s10865-004-0003-z
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., Mathews, H. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(6), 969-981. doi: 10.1016/j.bbi.2008.01.012
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease report: 2004 update*. Geneva: WHO Press.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. doi: 10.1002/1099-1611
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

**Anexos**

---

## Anexo A – Questionário Inicial e Entrevista Sociodemográfica



### Questionário Inicial

Código da doente: \_\_\_\_\_

<b>MEIO DE DETEÇÃO</b>	Autoexame (palpação) da mama / deteção feita pela própria	
	Exame (palpação) realizado pelo médico numa consulta de rotina	
	Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem deteção de nódulo na palpação)	
	Rastreio da LPCC	
	Outro:	

TRATAMENTOS REALIZADOS	TRATAMENTOS A REALIZAR
<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares	<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____)	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____)
<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos____)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos____)
<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:
<input type="checkbox"/> Imunoterapia	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum



Data de contacto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nº Código da doente: \_\_\_\_\_

### Registo da Informação da Entrevista

Nome: \_\_\_\_\_

Idade  Estado Civil \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Situação Profissional \_\_\_\_\_

Telefone / Telemóvel \_\_\_\_\_

Data de diagnóstico de cancro da mama: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de cancro da mama: \_\_\_\_\_

Tempo desde a conclusão dos tratamentos do cancro: \_\_\_\_\_

Apoio psicológico anterior ao diagnóstico de cancro da mama? \_\_\_\_\_

Apoio psicológico posterior ao diagnóstico de cancro da mama ou atual? \_\_\_\_\_

Diagnóstico de perturbação orgânica cerebral? \_\_\_\_\_

Diagnóstico de distúrbios cognitivos? \_\_\_\_\_

Diagnóstico de problema de dependência ou abuso de droga ou álcool? \_\_\_\_\_

Vê algum Impedimento na participação (ex: inaptidão para tarefas de grupo)?

\_\_\_\_\_

Avaliar a capacidade de estabelecimento de contacto interpessoal (tentar averiguar a facilidade com que gera conflitos interpessoais).

\_\_\_\_\_

Esclarecer em que consistirá o estudo. Possibilidade de participação em intervenção de grupo agora ou mais tarde. Apresentação do consentimento informado, explicando-o.

Interesse na Participação no Grupo? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Grau de Motivação: Nenhum 1 2 3 4 5 Máximo

## Anexo B – Instrumentos de Avaliação Psicológica

### EORTC QLQ-C30 BR23

PORTUGUESE



#### EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana :</b>				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

<b>Durante a última semana :</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

**Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso**

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Óptima



## **EORTC QLQ - BR23**

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

---

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bas- tante</b>	<b>Muito</b>
31. Sentiu segura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

<b>Durante as últimas quatro semanas:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bas- tante</b>	<b>Muito</b>
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

**Durante a última semana:**

	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bas- tante</b>	<b>Muito</b>
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

## Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)

### EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objectivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

## *Cancer Coping Questionnaire (CCQ)*

### CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a sua doença na última semana e seleccione a frequência com que tem utilizado cada método mencionado. Ninguém utiliza todas as formas mencionadas, mas todas as pessoas utilizam algumas delas. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para reflectir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, actividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em actividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspectos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa actividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1

## Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC)

# INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(Copyright © A. VAZ SERRA, 1985)

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos Sexo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Est. Civil \_\_\_\_\_ Habilitações \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_

F1 (1+4+9+16+17) \_\_\_\_\_ F2 (3+5+8+11+18+20) \_\_\_\_\_ F3 (2+6+7+13) \_\_\_\_\_ F4 (10+15+19) \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

### Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Ao dar a resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz ( X ) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me bastante tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anexo C – Pedidos de Autorização para a Realização do Estudo

### Administração Regional de Saúde do Centro



**ARSC** ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora  
Dra. Teresa Caetano

[tecaetano74@gmail.com](mailto:tecaetano74@gmail.com)

003392 '14 02-04 09:24

Sua referência

Data

Nossa referência

Data


ASSUNTO: "MultiMAMAgrou – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama"

Serve o presente para informar V. Ex<sup>ª</sup>., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

 O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

  
Dr. Fernando Lopes de Almeida  
Vice-Presidente do Conselho Directivo  
da A.R.S. Centro, I.P.

AL

## Comissão de Ética para a Saúde

35



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> Parecer favorável.	<b>DESPACHO:</b> <i>Homologação o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>20.1.2014</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

**ASSUNTO:** "MultiMAMAgrou – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama" – 58/2013

*Dr. José Manuel Azenha Teresa*  
Presidente

*Dr. Fernando José R. Soares de Almeida*  
Vice-presidente

*Dr. Luís Manuel Milhão Mendes Cabral*  
Vogal

*Dr. Maria Augusta Mota*  
Vogal

#### Apreciação Geral:

- O estudo tem interesse e está bem apresentado.

O Relator

*Padre José António Pais*  
(Padre José António Pais)

O Presidente da CES

*Prof. Dr. Fontes Ribeiro*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

23 de Janeiro de 2014

## Direção do Aces Baixo Vouga



### Declaração

Manuel Duarte de Rezende Pereira Sebe, Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga, declara para os devidos efeitos, que autoriza a realização do projeto **“MultiMAMAgrou – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama”** no Centro de Saúde de Aveiro. Por ser verdade e para constar, dato e assino a presente declaração.

Aveiro, 15 de novembro de 2013.

O Diretor Executivo

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Manuel Sebe".

---

(Manuel Sebe, Dr.)

## **Anexo D – Formulário do Consentimento Informado para a Intervenção de Grupo**

A terapia de grupo a iniciar tem como objetivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais, podendo incluir o ensino de estratégias de *mindfulness*, a mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama.

Serão debatidos assuntos como as causas e o significado do cancro, as alterações corporais relacionadas com os tratamentos, o impacto da doença e do tratamento na autoestima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objetivos pessoais para o futuro, entre outros. Serão ensinadas e praticadas estratégias como a identificação de pensamentos, o treino de relaxamento e o método de resolução de problemas. Num dos grupos, em que poderá ter oportunidade de participar, serão também treinados exercícios de *mindfulness*.

As participantes no estudo vão ser solicitadas a participar na discussão dos vários assuntos debatidos, sem nunca serem obrigadas a fazê-lo. Existirão 8 sessões semanais de 2 horas aproximadamente. Não será permitida a entrada de pessoas novas depois do início do grupo e será desejável para o bom funcionamento do grupo que as participantes compareçam a todas as sessões e que permaneçam até ao final de cada sessão.

Durante o grupo os psicólogos não poderão fazer o acompanhamento psicológico individual de nenhuma das participantes, mas poderão ser abordados para falar individualmente de algum problema que tenha acontecido no grupo.

Se alguma das participantes iniciar acompanhamento psicológico ou de fisioterapia fora do grupo de apoio deve participá-lo aos psicólogos que acompanham o grupo. Não haverá qualquer inconveniente nisso, contudo é importante o conhecimento dessa alteração.

Os psicólogos e as participantes comprometem-se a preservar o anonimato e a confidencialidade das informações partilhadas no grupo.

A realização da terapia do grupo e os dados recolhidos através dos questionários preenchidos também serão utilizados no trabalho de investigação da responsabilidade da Professora Doutora Anabela Pereira, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

Refere-se ainda que têm sido realizados vários estudos de terapia de grupo e nenhum tem sugerido qualquer risco ou prejuízo para as participantes.

Ass: \_\_\_\_\_

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.**

*- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo.*

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Assinatura **X** \_\_\_\_\_

## **Anexo E – Breve Descrição das Sessões do Programa de Intervenção Implementado**

### ***Sessão 1***

A primeira sessão protocolada objetiva uma breve apresentação de todas as sobreviventes (e.g. idade, estado civil, ocupação, motivação para a participação no grupo) e dos terapeutas (orientadores das sessões) assim como, a explicação das regras de funcionamento da intervenção. A primeira sessão deste programa compreende a distribuição de *dossiers*, por todos os membros, de modo a colocarem todo o material fornecido. É solicitado a cada elemento que evoque os problemas encontrados durante diferentes fases da doença e que os anote, de forma a partilhar mais tarde com o grupo. Por fim, é realizada uma introdução às estratégias de *mindfulness*, como uma abordagem focada no aqui e no agora, sem julgamento. As participantes são convidadas a experimentar uma uva passa, com curiosidade, com atenção plena nas sensações, pensamentos e emoções, sem julgamento, como se fosse a primeira vez. São solicitadas desta forma, a descobrir como viver no momento presente, de uma forma agradável.

### ***Sessão 2***

A segunda sessão pretende aumentar o conhecimento sobre o carácter multifatorial do cancro, reforçando as capacidades que cada participante tem para lidar com a situação. De uma forma detalhada, são expostos os fatores de risco para o cancro da mama (e.g. idade, história pessoal de cancro, alterações genéticas, inatividade física) e solicitado o preenchimento de um questionário de autoavaliação do estilo de vida de cada mulher e comportamentos pró-saúde. As variáveis de estilo de vida que podem ser encaradas como potenciais protetores contra a doença oncológica (e.g. dieta e controlo de peso, cessação tabágica, comportamentos de proteção solar) são apresentadas de forma a promover um estilo de vida mais saudável e diminuir a probabilidade de desenvolver cancro ou outra doença. Por último, as participantes são convidadas a praticar body scan dirigindo a sua atenção plena para uma determinada zona do corpo. São ainda instruídas a perceber as sensações que estão presentes, com abertura e curiosidade e sem autocrítica, centrando a sua atenção sobre as áreas do seu corpo sequencialmente.

### **Sessão 3**

Na terceira sessão, as participantes são incentivadas a verbalizarem as alterações físicas e sexuais evidenciadas após a doença e os tratamentos inerentes, reconhecendo que estes podem ter um impacto significativo na sua vida. É realizada a familiarização com estratégias de promoção de autoestima e fornecidas informações acerca de possíveis soluções para problemas físicos e sexuais. De seguida é efetuada uma discussão acerca de formas de lidar com as alterações sentidas e listadas soluções práticas de apoio. No final da terceira sessão são trabalhadas algumas posturas de yoga, de forma a cultivar a consciência atenta das sobreviventes, sobre o seu corpo. As posturas são muito gentis e são praticadas devagar, com consciência do momento, das sensações do corpo e da respiração. As participantes são estimuladas a observar o seu corpo com cuidado, para estarem cientes dos seus limites e evitar esforçarem-se para além dos mesmos.

### **Sessão 4**

A quarta sessão fomenta a promoção de estratégias de *coping*, impulsiona a flexibilidade e a capacidade de adaptação aos acontecimentos da vida, promovendo o suporte social. As estratégias de gestão do stress são introduzidas no grupo como técnicas importantes para a redução do sofrimento psicológico, em pacientes com cancro da mama. Nesta sessão as participantes são chamadas a treinar a sua mente de modo a lidar habilmente com tudo o que chega e que não faz parte do foco (pensamentos intrusivos). Um dos métodos mais eficazes é simplesmente perceber a distração e em seguida, delicadamente voltar ao foco. A gentileza é encarada como o conceito chave de toda a experiência de perder e recuperar a consciência (em relação ao foco escolhido).

### **Sessão 5**

A quinta sessão é uma continuidade da sessão anterior e dirige-se essencialmente para o método de resolução de problemas, relaxamento, meditação e espiritualidade. A meta desta sessão consiste em compreender, através da atenção plena, a dimensão totalmente diferente e gratificante de si própria que se tinha perdido. As emoções são elementos influentes no comportamento e nos pensamentos dos indivíduos. Por isso, compreender a sua verdadeira natureza e ter a capacidade de colocar em pausa esse turbilhão de sentimentos dá origem a novas perspetivas, nunca antes ponderadas.

### ***Sessão 6***

Na sexta sessão são abordadas algumas recomendações para gerir o medo de reincidência da doença (manifestado quando as pessoas se deparam com pensamentos persistentes acerca da possibilidade de morrerem e se sentem num mundo de incerteza e ansiedade) e concedido suporte para a expressão e desenvolvimento da percepção de crescimento pessoal. A consciência plena sobre o caminhar é praticada também nesta sessão e a atenção deve ser deliberadamente focada nas sensações do corpo durante a caminhada. As participantes são encorajadas a perceber quando a sua mente vagueia e a ter cuidado em trazê-la de volta para as sensações do andar e são incentivadas a expandir a sua atenção para incluir as sensações de todo o corpo enquanto caminham.

### ***Sessão 7***

A sétima sessão pretende aumentar o conhecimento sobre o processo de comunicação, promovendo uma comunicação assertiva com as pessoas significativas. O tema proposto anseia que as participantes concluam que é inevitável não comunicar, sendo que existem diversas barreiras à comunicação. São inculcadas formas de melhorar a eficácia e esclarecida a importância da qualidade do relacionamento com os profissionais de saúde, na medida em que são eles que providenciam a intervenção terapêutica e facilitam boas ou más notícias. Na meditação do coração, ensinada na sétima sessão, o foco da atenção está centrado na respiração, mais especificamente na expiração. Pretende-se que o foco, através da respiração contemple a flexibilidade e o relaxamento da mente e do corpo. A força do coração, da autoestima e do amor incondicional da essência de cada participante é considerado a fonte de tal conquista.

### ***Sessão 8***

A oitava sessão consiste na conclusão do grupo, na discussão de objetivos pessoais e nos obstáculos que são necessários ultrapassar. Pretende ajudar cada membro do grupo a recuperar os seus antigos projetos ou a construir novos, transformando o sentimento de rutura numa atitude de continuidade. Solicita-se a cada participante que proceda à redação de uma carta para si mesma, onde expresse o que mais gostou de aprender, possíveis mudanças daí resultantes e quais os ensinamentos que gostaria de passar a aplicar na sua vida futura. Esta carta será enviada mais tarde por correio. Por último, é realizada a avaliação do grupo e solicitado o preenchimento dos questionários (pós-teste).

**Tabela E1** - Temáticas abordadas em contexto do programa de intervenção

<b>Sessão</b>	<b>Conteúdos psicoeducativos</b>	<b>Estratégias de <i>mindfulness</i></b>
<b>Sessão 1</b>	Apresentação	Exercício de observação da uva passa
<b>Sessão 2</b>	As causas do cancro: promoção de um estilo de vida contra o cancro	Exercício de body scan
<b>Sessão 3</b>	Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima	Praticar a consciência plena com o corpo em movimento - yoga
<b>Sessão 4</b>	As dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro: aprender a gerir as emoções	Pausa de 3 passos. Reconhecer, recolher e expandir
<b>Sessão 5</b>	Método de resolução de problemas, relaxamento, meditação e espiritualidade	Consciência dos padrões pessoais de reatividade. Barómetro emocional com pausa
<b>Sessão 6</b>	Lidar com a incerteza e com o medo de recorrência	Praticar a consciência plena com o corpo em movimento – caminhar
<b>Sessão 7</b>	A comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros	Mergulhar no silêncio (meditação do coração)
<b>Sessão 8</b>	Conclusão e objetivos para o futuro	Conclusão e objetivos para o futuro



## Anexo F – Folhetos concedidos no programa de intervenção

### Anexo F1 – Sessão 1

#### Questões Práticas do Mindfulness

- De acordo com Tacón, Caldera, & Ronaghan (2005) ao longo do programa é efetuado um treino contínuo de três práticas formais de mindfulness designadamente:
- o *body scan* (também denominado yoga deitado, inclui alteração gradual do foco de atenção por todo o corpo, de uma forma não crítica, em relação a todas as sensações e sentimentos das regiões corporais).
- a *meditação sentada* (envolve a atenção *mindfulness* da respiração e outras perceções, promovendo a consciência observacional).
- *yoga* (compreende um conjunto de posturas estudadas para relaxar e alongar todo o sistema muscular e esquelético e desenvolvendo uma relação corpo-meditação).



*“Não importa se vais devagar,  
desde que não pares”*

Confúcio

Estratégias de meditação  
baseadas em *Mindfulness*



### Introdução teórica

- O Mindfulness/ meditação concentrada começou a ser utilizado pelo Dr. Jon Kabat-Zin, um ex-biólogo americano, há 30 anos no MIT. O programa é utilizado em mais de 250 hospitais dos Estados Unidos e em alguns hospitais da Europa (Alemanha, Holanda, Suécia, Noruega, Reino Unido, Bélgica e Suíça).

- Nesta forma de meditação, a atenção é centrada simples e repetitivamente no que é conscientemente no momento presente, sem o esmiuçar, mas observando apenas o que emerge espontaneamente depois. Assim, a componente principal é a autorregulação da atenção no presente imediato. Tudo o que aparece nesse presente é reconhecido e aceite sem julgamento adicional. Se surge um pensamento, é rotulado “pensamento”, e depois observamos o que vem a seguir. Se emergir uma emoção, é rotulada de “emoção” e a nossa atenção segue adiante. O mesmo se verifica ao nível da “sensação”, como um sentimento de desconforto ou o desejo de parar, entre outros.

O segundo componente principal é a orientação de abertura e aceitação de cada momento da experiência de concentração. Objetiva portanto, que a pessoa evite os pensamentos de ruminação habituais. A frase clara e simples que Kabat-Zin ensina para termos em mente o que devemos fazer com a nossa atenção, para atingirmos uma consciência plena é: *“Fixem a vossa atenção e mantenham-na. Fixar e manter. Fixar e manter.”*



### Orientações do Mindfulness/Meditação

- Providencia uma via simples para nos desbloquearmos e sintonizarmos com a nossa própria sabedoria e vitalidade;
- Assume a direção e qualidade das nossas vidas, incluindo relacionamentos familiares, de trabalho assim como para com o mundo, mas essencialmente para o relacionamento com o “eu próprio”;

- Oportunidade para nos libertarmos da inconsciência, que se encontra presa a preconceitos, projeções, opiniões e preferências;
- Torna o indivíduo praticante mais gentil, contemplativo e dedicado através de um sistema sistemático de auto-observação, questionamento e ação preenchida de consciência.

### Mindfulness e a Doença Oncológica

- A meditação *mindfulness* é um exemplo de uma terapia complementar que tem sido usada por doentes oncológicos. Têm surgido cada vez mais programas de tratamento clínico e de promoção do bem-estar baseados nesta prática.
- Segundo Reibel e colaboradores (2001) a aplicação de programas de mindfulness em populações oncológicas potencia: o **aumento da qualidade de vida**, relacionada com a saúde e com **melhorias ao nível da vitalidade**, com **menos dor corporal**, **menos limitações** provocadas pela saúde física, **melhor funcionamento social**, e **diminuições dos níveis de ansiedade e depressão**.

## Anexo F2 – Sessão 2

Outro aspeto da alimentação diz respeito à **prevenção ou tratamento da Osteoporose**. Formas de combater a osteoporose:

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D, ambos nutrientes essenciais que exercem um papel importante na saúde dos ossos.
- A vitamina D é fundamental para o cálcio se fixar nos ossos e é sintetizada na pele sob acção dos raios ultravioletas.
- Fazer exercícios físicos regularmente.
- Diminuir o consumo de álcool.
- Cessar com o tabagismo.

### 2.CessaçãO Tabágica

- O tabaco é a principal causa de morte prematura, que se pode evitar, modificando o comportamento individual.
- Calcula-se que cada cigarro diário, reduz um ano na esperança de vida de um fumador regular.
- Aumenta a incidência de osteoporose, sobretudo na mulher.
- Leva à menopausa precoce e ao envelhecimento prematuro da pele na mulher .
- Efeito cumulativo no que respeita ao risco de desenvolvimento de cancro no tubo digestivo e no sistema respiratório.
- Aumenta o risco de tumor da laringe, da boca, da língua e lábio, do esófago, dos rins, da bexiga e do pâncreas.
- O tabagismo leva ao desenvolvimento de doenças pulmonares.

### Malefícios do Tabaco

- Redução da capacidade dos pulmões para se limparem.
- Diminuição da resistência à infeção.
- Aumento da vulnerabilidade a muitas doenças.

A única coisa possível para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida, é deixar de fumar.

Deixar de fumar completamente de um dia para o outro, é o método mais difícil, mas o mais eficaz.

### 3.Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

Os sobreviventes de cancro que foram sujeitos a radioterapia localizada apresentam maior predisposição para cancro de pele, que é aumentada pela exposição ao sol.

O consumo de vitamina D e exposição solar moderada são as principais medidas protectoras.

Os alimentos ricos em vitamina D são: -peixes e frutos do mar, óleo de fígado de peixe, gema de ovo, produtos lácteos enriquecidos com vitamina D).

#### Conselhos:

- Evitar a exposição solar entre as 12 e as 16 horas.
- Uso de protetor solar.
- Evitar bronzeadores que agravam os efeitos nefastos da exposição solar.
- Uso de chapéu de abas largas.
- Uso de roupas aquando da exposição solar intensa.

## Promoção de Estilos de Vida Contra o Cancro



### Guias Nutricionais para sobreviventes de cancro:

- Seja o mais magra possível, evitando, no entanto, atingir um peso demasiado baixo
- Consuma uma dieta saudável dando o privilégio a alimentos provenientes de produtos hortícolas
- Coma mais variedade de vegetais, frutas, grãos inteiros e legumes
- Limite o consumo de carne vermelha
- Limite o consumo de comida salgada
- Escolha comidas e bebidas que alcancem um peso saudável
- Evite bebidas com adição de açúcares, limite as comidas muito calóricas (comidas com muito açúcar e gordura, e pouca fibra)
- Se beber limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1-2 por dia
- Não use suplementos alimentares para se proteger do cancro

• Os fatores de estilo de vida que têm sido encontrados como potenciais protetores contra o cancro são especialmente os seguintes:

1. Dieta e Controlo de Peso
2. Cessação Tabágica
3. Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

#### 1. Dieta e Controlo de Peso

- A dieta e o controlo de peso é importante porque:
  - 70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam excesso de peso ou mesmo obesidade
  - A obesidade (pós-menopausa) é um dos fatores de risco mais bem estabelecido de cancro da mama, bem como, de outros cancros (cólon, rim, esófago e endométrio)
  - O ganho de peso durante e após os tratamentos de cancro tem sido apontado como redutor da qualidade de vida, bem como, representa um risco aumentado de declínio funcional, comorbilidade, recorrência de cancro e morte relacionada com cancro.

#### Como se pode perder peso?

- Controle das porções de comida
- Redução da densidade calórica dos alimentos: aumento de consumo de alimentos com baixa densidade calórica (vegetais ricos em água, frutas, grãos inteiros e sopas) e diminuição dos com elevada densidade calórica (gordura, carne vermelha, açúcar, comida refinada).
- Exercício físico, de resistência (o exercício físico tem sido comprovado como um factor protector de cancro, e de cancro da mama em particular)

#### Evitar ou limitar o consumo de álcool

Nos países desenvolvidos, aproximadamente 4% do casos de cancro da mama estão associados ao consumo de álcool. O risco aumenta em cerca de:

- 10% para cada bebida consumida por dia
- 20% para duas bebidas
- 30% para três
- 50% para quatro ou mais doses por dia



## Anexo F3 – Sessão 3

- Trocar de meias frequentemente
- Escolher roupas de fibras naturais (algodão e seda) que permitem que a pele respire
- Na hora de dormir, aplicar desodorizante para nos pés, evitando os desodorizantes perfumados
- Utilizar técnicas de relaxamento, porque estas ajudam a controlar o stress, que provoca muitas vezes o aumento da transpiração.

### O odor corporal pode ser melhorado através da dieta se :

- Evitar as carnes vermelhas.
- Fazer preferencialmente uma alimentação à base de vegetais (alguns dos melhores alimentos incluem a salsa, aipo, coentros, hortelã, sálvia, alecrim, tomilho e orégãos).
- Eliminar bebidas com cafeína.
- Eliminar alimentos com odores fortes como o alho e a cebola.

### Para lidar com situações indutoras de stress pode-se:

- Evitar/eliminar/diminuir as situações de stress
- Utilizar técnicas de resolução de problemas
- Ver diferentes perspectivas das situações
- Utilizar técnicas de relaxamento

### Promova a sua Autoestima

- Pode fazer:
  - Diário pessoal com as coisas positivas que fez durante o dia
  - Carta a contar os pequenos e grandes êxitos pessoais
  - Anúncio pessoal a publicitar as qualidades e competências pessoais
  - Filme/livro sobre a sua vida, enfatizando feitos importantes, aventuras e atividades realizadas
- Mude a forma como fala consigo mesma, tornando-a mais positiva
- Tente argumentar sobre as suas qualidades, fortalecendo as crenças positivas que tem sobre si própria
- Ensine às pessoas que a rodeiam cuidados a ter consigo:
  - Evitar expressões que demonstrem representações pejorativas
  - Transmitir uma imagem clara dos seus valores e qualidades
  - Acreditar nas suas qualidades e capacidades
  - Aproveitar qualquer "boa conduta" para a chamar a atenção do que fez bem
  - Dar-lhe oportunidade de efetuar tarefas desafiantes
  - Permitir que coloque a sua originalidade no que faz

Alterações corporais  
relacionadas com os  
tratamentos e o impacto  
na autoestima



### **Voltar a gostar do corpo**

- Observar, tocar e deixar ser tocada
- Autoconhecimento do corpo atual
- Propiciar o conhecimento do corpo pelos outros
- Observar as suas reações e as dos outros às alterações
- Verificar que consegue olhar cada vez melhor para o seu corpo e cada vez mais com maior prazer

### **Relações íntimas**

- Segurar nas mãos, tocar, abraçar, ter profundo carinho pela outra pessoa e partilhar sentimentos, esperança, sonhos, medos, emoções, e valores religiosos
- Falar com o seu parceiro sobre os medos, preocupações ou crenças sobre como o cancro afetou a vossa relação.
- Partilhar essas considerações e sentimentos fortalecerá a relação entre o casal
- Ver o companheiro como uma pessoa que a pode ajudar a lidar com as perdas resultantes do cancro e não como um potencial criticador

### **(In)Fertilidade/Menopausa (estratégias para a preservar)**

- Criopreservação
- Preservação de ovócitos
- Supressão ovariana
- Transposição ovariana

### **Precauções para evitar infeções e melhorar o linfedema**

- Evite lesões nos membros, especialmente os cortes, hematomas e arranhões de animais.
- Mantenha as extremidades secas e limpas.
- Mantenha a pele hidratada.
- Proteja a pele dos raios solares em excesso.
- Proteja a sua pele das picadelas de insectos.
- Proteja os seus dedos (usar luvas para evitar feridas).
- Evite cortar as cutículas das unhas.
- Evite tirar sangue e levar injeções no membro afetado.
- Consulte o seu médico se o membro estiver vermelho, ou aparecerem erupções cutâneas, inchaço, dor ou febre.
- Evite o uso de medidores de pressão arterial no membro afetado.
- Evite usar joias no membro afetado.

- Evite levantar pesos.
- Evite a exposição prolongada (> 15 minutos) a altas temperaturas (por exemplo, banheiras de hidromassagem e saunas).
- Evite colocar o braço afetado em água quente.
- Faça curativos (pensos) muitas vezes.
- Pratique natação.
- Não use roupas justas ou com elásticos que possam dificultar a circulação.
- Não use bolsas a tiracolo no ombro do lado em que foi feita a cirurgia.
- Quando viajar em aviões, use roupas de compressão para apoiar o membro afetado.

### **Recomendações para melhorar o odor corporal**

- Tomar um banho diário
- Secar os pés cuidadosamente depois do banho, uma vez que os microorganismos crescem nos espaços entre os dedos húmidos
- Escolher sapatos e meias feitas de materiais naturais (por exemplo, couro), porque podem ajudar a prevenir os pés suados e ajudam os pés a respirarem
- Tentar não usar o mesmo par de sapatos dois dias seguidos
- Usar meias de algodão e lã, pois ajudam a manter os seus pés secos

## Anexo F4 – Sessão 4

### 7. Estabelecimento de objectivos de vida

### 8. Relaxamento e outras formas de lidar com o stress

#### Outras técnicas para aliviar a ansiedade, stress, medos e depressão:

- Aromaterapia
- Imaginação guiada
- Hipnose
- Ter um diário
- Massagens
- Meditação
- Musicoterapia
- Relaxamento muscular progressivo
- Oração
- Grupos de apoio
- Yoga
- Tai chi

#### Factores de risco para “sofrimento psicológico”

- \*Doença psiquiátrica no passado
- \*Ter filhos mais novos
- \*Dor
- \*Uso de substâncias psicoactivas
- \*Tensão financeira
- \*Apoio social limitado
- \*Ter mais de 45 anos
- \*Maior nível de deficiência física

### Sugestões para Gerir o Stress



Algumas pessoas depois de terminarem os tratamentos e não haver nenhum indício de doença podem apresentar algumas dificuldades psicológicas, como:

- Lidar com a incerteza (possibilidade de recorrência)
- Lidar com problemas de saúde usuais e sinais vitais não relacionados com a doença prévia
- Lidar com a (falta) de vigilância médica
- Ansiedade de antecipação a exames médicos
- Depressão e Ansiedade
- Stress Pós-Traumático

**Formas básicas de gerir o stress e promover o bem-estar depois do cancro**

### 1. Identificar a origem do sofrimento psicológico

Questões como as seguintes podem ajudar: O que é que ao pensar no cancro ainda me causa mais sofrimento, medo ou preocupação?

### 2. Planear acções para melhorar as situações associadas ao sofrimento psicológico

Aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentirmos perdidos.

### 3. Utilizar estratégias para olhar de outra forma para as situações associadas ao sofrimento psicológico

Situação	Pensamentos "O que é que pensei?"	Emoções "O que é que senti?"	Comportamentos "O que é que fiz?"	Consequências "O que é que aconteceu a seguir?"
Esta na fila para comprar o bilhete para o cinema e algumas pessoas colocam-se à sua frente.	"Eles exageraram" "Eles não me respeitaram"	Desgosto Irritação Incompreensão	Não disse nada	Fiquei irritada até ao início do filme.

Podem ver a experiência de cancro pela qual passaram de duas formas:

- Fazendo um balanço entre aspectos positivos e negativos (ganhos e perdas) que ele vos trouxe.
- Prespectivando –o como uma fonte de crescimento pessoal, como possibilidade de re-observação dos objectivos e prioridades de vida.

### 4. Aceitar as situações que não se conseguem melhorar

### 5. Envolvimento em atividades de mestria e prazer

- Procure ocupar-se com atividades que sejam gratificantes para si, que envolvam interacção social e que desenvolvam competências de forma gradual e personalizada.

### 6. Procurar e aproveitar o apoio social especialmente dos mais significativos

- As pessoas que estão mais próximas são uma excelente fonte de apoio em todas as fases da vida.
- Partilhe o que pensa, o que sente e o que gostava de fazer em relação ao seu sofrimento.
- Conte com elas para se envolver em tarefas de que gosta.
- Não tenha receio que a pessoa sofra por saber que sofre, essa atitude fortalecerá a vossa relação.



## Anexo F5 – Sessão 5

### Relaxamento

Existem vários métodos de relaxamento. Um método dos mais eficazes é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, que consiste na contração e descontração de grupos musculares.

Uma forma de relaxamento fácil de utilizar é a indução da imagem de paz. Utilize um sítio tranquilo e confortável. Feche os olhos, faça respiração abdominal e “transporte-se” para um local que lhe transmite paz (exemplos: praia, campo, lareira acesa...). Tente sentir esse local com todos os seus sentidos: visão, audição, olfacto, tacto e paladar. Pode utilizar uma música de relaxamento para facilitar este processo.

### Benefícios da espiritualidade

- ajudar os pacientes a atingir uma sensação de paz
- reforçar os sentimentos de esperança
- reforçar o sentimento de dar sentido à vida
- potenciar o apoio social por parte das pessoas que partilham das mesmas crenças espirituais
- poder funcionar como auto-relaxamento em períodos stressantes
- fornecer a sensação de protecção
- poder constituir-se como uma das estratégias de  *coping*  necessárias para enfrentar o cancro e viver depois da experiência de cancro

### Métodos para Gerir Emoções



### Guias Orientadoras para a prática de exercício físico em sobreviventes de cancro

Pessoas com problemas cardiovasculares, diabéticos tipo I e II e doença pulmonar obstrutiva crónica não deverão seguir estas orientações.

Componentes de aptidão	Variável de formação	Sugestão de plano
Cardiorespiratório	Frequência	3-5 dias por semana
	Duração	20-60 minutos
Muscular	Frequência	2-3 dias por semana
	Duração	1 set de 3 a 20 repetições do exercício
Flexibilidade	Frequência	2-3 vezes por semana
	Duração	15 a 30 seg . 2 a 4 vezes

### Fases para colocar em Prática o Método de Resolução de Problemas:

Todos nós conseguimos fazer a resolução dos nossos problemas, contudo, aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentimos perdidos. Este parece ser o método mais eficaz, especialmente quando comparado com a impulsividade e a inactividade / fuga dos problemas.

- 1 - Definição do Problema
- 2 - Geração de Alternativas
- 3 - Avaliação das Alternativas
- 4 - Escolha da melhor Alternativa
- 5 - Execução do Plano Seleccionado
- 6 - Avaliação dos resultados

### Meditação

#### Características-chave da meditação

- estado mental activo, mas descontraído
- concentração
- respiração regulada para sincronizar a mente com o corpo
- abstrair-se de distrações e preocupações
- concentração no momento actual
- meditação focada (foco num objecto específico, como um som, uma palavra ou um pensamento)
- introspecção: tem em conta toda a experiência, sem um sentido de sujeito e objecto

#### Benefícios da meditação

- melhora a função cognitiva
- reduz a ansiedade
- reduz a dor
- potencia o bem-estar psicológico
- aumento da qualidade de vida

### Instruções para fazer Respiração Abdominal

- Coloque-se de forma confortável sentado ou deitado
- Coloque a mão no abdómen (barriga) próxima do umbigo;
- Feche os olhos e concentre-se na sua respiração;
- Respire pelo nariz e encha os pulmões de ar, leve-o até o abdómen, percebendo que ela se movimenta. Pode imaginar que está enchendo um balão que está dentro da sua barriga. Ao respirar, conte até cinco para que o pulmão e o abdómen fiquem expandidos;
- Solte a respiração pela boca contando até dez esvaziando completamente o pulmão e o abdómen;
- Repita dez vezes a respiração. Caso sinta tonturas ou veja "bolinhas" ao abrir os olhos, saiba que isso é normal e vai desaparecer. Isso acontece, porque o cérebro recebe mais oxigénio do que está habituado, mas é interessante ir adaptando o ritmo de forma que fique confortável e não gere náuseas.

## Anexo G – Características Psicossociais das Sobreviventes do Estudo

### Anexo G1

*Diferenças de grupos ao nível do coping, sintomatologia psicopatológica e autoconceito no pré-teste*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10	Grupo Controlo (GC) n=11	U
	M; Mdn; DP	M; Mdn; DP	
<b>Coping</b>			
CCQ Individual	33.10, 9.50, 5.62	35.18, 12.36, 7.12	40.00
CCQ Interpessoal	15.22, 8.16, 4.79	15.18, 9.44, 7.42	32.50
<b>Sintomatologia</b>			
EADH Ansiedade	6.50, 12.55, 3.40	5.36, 9.77, 2.29	41.50
EADH Depressão	5.10, 12.65, 3.10	3.36, 9.50, 1.80	38.50
<b>Autoconceito, total</b>	64.80, 11, 7.08	63.90, 11, 3.36	55
Aceitação/rejeição social	18.40, 10.85, 2.50	18.36, 11.14, 1.96	53.50
Autoeficácia	19.40, 10.95, 2.71	19.09, 11.05, 1.30	54.50
Maturidade psicológica	15.80, 11.95, 2.78	15.72, 10.14, 1.55	49.50
Impulsividade/atividade	11.20, 11.95, 1.93	10.72, 10.14, 1.27	15.50

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, U: Teste de U de Mann-Whitney

### Anexo G2

*Diferenças de grupos ao nível da qualidade de vida no pré-teste*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10	Grupo Controlo (GC) n=11	U
	M, Mdn, DP	M, Mdn, DP	
<b>QLQ C30 BR23</b>			
Estado geral de saúde, QdV	60, 10.75, 16.10	60.6, 11.23, 23.59	52.50
Função física	74, 8.80, 17.34	84.84, 13, 9.47	33
Função do papel	68.33, 8.80, 32.82	87.87, 13, 15.07	35
Função emocional	68.33, 8.95, 23.17	82.57, 12.8, 16.42	34.50

Função cognitiva	73.33, 9.60, 29.60	89.39, 12.27, 11.23	41
Função social	78.33, 9.00, 27.27	95.45, 12.82, 10.77	35
Fadiga	31.11, 12.35, 26.60	18.18, 9.77, 15.13	49.50
Náusea e vômito	8.33, 11.55, 26.35	0, 10.50, .00	41.50
Dor	33.33, 13.05, 27.21	16.66, 9.14, 14.90	34.50
Dispneia	16.66, 12.15, 23.57	3.03, 9.95, 10.05	37.50
Insónia	46.66, 13.15, 35.83	24.24, 9.05, 21.55	33.50
Perda de apetite	23.33, 13.30, 31.62	3.03, 8.91, 10.05	32
Obstipação	30, 12.15, 42.88	9.09, 9.95, 15.56	43.50
Diarreia	0, 10, 0	0, 11, 0	55
Dificuldades financeiras	26.66, 13.60, 26.29	6.06, 8.64, 20.10	29
Imagem corporal	65, 8.94, 31.62	92.42, 11.77, 13.66	25.50*
Função sexual	66.66, 8.94, 22.04	77.27, 11.77, 26.11	35.50
Satisfação sexual	42.85, 6.57, 25.19	50, 7.50, 18.25	18
Perspetivas futuras	36.66, 8.45, 39.90	69.69, 13.32, 34.81	29.50
Efeitos colaterais da terapia	23.80, 13.45, 15.22	12.98, 8.77, 8.54	30.50
Sintomas da mama	22.50, 12.30, 18.44	15.15, 9.82, 16.16	42
Sintomas braço	33.33, 13.10, 22.22	19.19, 9.09, 15.78	34
Incómodo queda cabelo	26.66, 3.90, 27.88	33.33, 4.25, 47.14	4.50

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, U: Teste de U de Mann-Whitney, \*p<.05

## Anexo H – Tabelas de resultados

### Anexo H1

*Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e pós-teste no grupo controlo e experimental*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10		T	Grupo Controlo (GC) n=11		T
	<i>Pré-teste</i>	<i>Pós-teste</i>		<i>Pré-teste</i>	<i>Pós-teste</i>	
	Mdn	Mdn		Mdn	Mdn	
<b><i>Coping</i></b>						
CCQ Individual	9.50	11.05	-.84	12.36	10.95	-1.20
CCQ Interpessoal	8.16	8.83	-.10	9.44	11.05	-.16
<b>Sintomatologia</b>						
EADH Ansiedade	12.55	12.85	-1.13	9.77	9.32	-.28
EADH Depressão	12.65	11.30	-.47	9.50	10.73	-1.49
<b>QLQ C30 BR23</b>						
Estado geral de saúde, QdV	10.75	10.55	-.26	11.23	11.41	-.42
Função física	8.80	8.80	-.10	13,9	13	-.94
Função do papel	8.80	8.90	-.69	13	2.91	.00
Função emocional	8.95	9.75	-.63	12.14	12.8	-2.23*
Função cognitiva	9.60	9.10	-.36	12.27	12.73	-.2
Função social	9.00	8.65	-.17	12.82	13.14	-1.00

Fadiga	12.35	12.90	-.56	9.77	9.27	-.71
Náusea e vômito	11.55	11.30	-1.73	10.50	10.73	-1.73
Dor	13.05	11.40	-.17	9.14	10.64	-1.73
Dispneia	12.15	12.10	-1.73	9.95	10	-1.00
Insônia	13.15	12.40	-.81	9.05	9.73	-.57
Perda de apetite	13.30	11.65	-1.6	8.91	10.41	-1.00
Obstipação	12.15	11.05	-1.6	9.95	10.95	-1.41
Diarreia	10	11.05	-1.00	11	10.95	-1.00
Dificuldades financeiras	13.60	12.45	-.37	8.64	9.68	-1.73
Imagem corporal	8.94	8.75	-.16	11.77	13.05	.000
Função sexual	8.94	9.75	-.14	11.77	12.14	-.36
Satisfação sexual	6.57	7.50	-.81	7.50	7.50	-.00
Perspetivas futuras	8.45	9.20	-2.11	13.32	12.64	-.18
Efeitos colaterais terapia	13.45	12.15	-.42	8.77	9.95	-.45
Sintomas da mama	12.30	12.40	-.35	9.82	9.73	-.74
Sintomas braço	13.10	11.85	-.31	9.09	10.23	-2.12
Incômodo queda cabelo	3.90	3.50	-.44	4.25	--	--
<b>Autoconceito, total</b>	11	12.30	-1.36	11	9.82	-.31
Aceitação/rejeição	10.85	11.55	-.30	11.14	10.50	-1.34
Autoeficácia	10.95	12.35	-.267*	11.05	9.77	-2.81*
Maturidade psicológica	11.95	13.70	-.119	10.14	8.55	-1.90
Impulsividade/atividade	11.95	14.25	-.73	10.14	8.05	-1.70

T: Teste de Wilcoxon, Mdn: Mediana, \*p< .05

## Anexo H2

*Diferenças entre os grupos no pós-teste ao nível do coping, sintomatologia psicopatológica e autoconceito*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10	Grupo Controlo (GC) n=11	H
	<i>Pós-teste</i> M, Mdn, DP	<i>Pós-teste</i> M, Mdn, DP	
<b>Coping</b>			
CCQ Individual	32, 11.05, 6.39	32.18, 10.95, 5.17	.001
CCQ Interpessoal	15.11, 8.83, 6.13	17.30, 11.05, 6.16	.74
<b>Sintomatologia</b>			
EADH Ansiedade	7.50, 12.85, 4.70	5.63, 9.32, 2.80	1.37
EADH Depressão	5, 11.30, 2.98	4.90, 10.73, 3.30	.046
<b>Autoconceito, total</b>	69.70, 12.30, 8.62	64.72, 9.82, 4.19	.84
Aceitação/rejeição social	18, 11.55, 3.65	17.18, 10.50, 2.18	.15
Autoeficácia	24.30, 12.35, 2.86	23, 9.77, 2.09	.91
Maturidade psicológica	15.80, 13.70, 2.25	14.54, 8.55, 1.50	3.73*
Impulsividade/atividade	11.60, 14.25, 1.57	10, 8.05, 1.09	5.51*

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, H: Teste de Kruskal Wallis, \* p< .05

### Anexo H3

*Diferenças entre os grupos no pós-teste ao nível da qualidade de vida*

	Grupo de Intervenção (GI) n=10	Grupo Controlo (GC) n=11	H
	<i>Pós-teste</i> M, Mdn, DP	<i>Pós-teste</i> M, Mdn, DP	
<b>Qualidade de Vida QLQ</b>			
<b>C30 BR23</b>			
Estado geral de saúde, QdV	58.33, 10.55, 20.41	60.12, 11.41, 17.62	.102
Função física	72.66, 8.80, 14.25	81.21, 13, 11.85	2.45
Função do papel	73.33, 8.90, 22.49	87.8, 2.91, 15.07	2.47
Função emocional	64.16, 9.75, 22.92	71.96, 12.14, 21.49	.78
Função cognitiva	75, 9.10, 14.16	83.33, 12.73, 14.90	2.05
Função social	80, 8.65, 21.94	96.96, 13.14, 10.05	4.35*
Fadiga	35.55, 12.90, 23.82	22.22, 9.27, 17.21	1.87
Náusea e vômito	13.34, 11.30, 31.22	4.54, 10.73, 7.78	.07
Dor	31.66, 11.40, 27.72	25.75, 10.64, 20.22	.08
Dispneia	6.66, 12.10, 14.05	0, 10, 0	2.31
Insónia	40, 12.40, 40.97	21.21, 9.73, 26.96	1.11
Perda de apetite	10, 11.65, 26.10	6.06, 10.41, 13.48	.38
Obstipação	13.33, 11.05, 23.30	15.15, 10.95, 17.40	.24
Diarreia	3.33, 11.05, 10.54	3.03, 10.95, 10.05	.005
Dificuldades financeiras	30, 12.45, 33.14	15.15, 9.68, 22.91	1.27
Imagem corporal	78.33, 8.75, 21.58	92.42, 13.05, 13.15	2.85
Função sexual	66.66, 9.75, 26.05	77.27, 12.14, 21.47	.89
Satisfação sexual	54.16, 7.50, 30.53	55.55, 7.50, 17.21	0, 1
Perspetivas futuras	60, 9.20, 21.08	72.72, 12.64, 32.72	1,86
Efeitos colaterais da terapia	20, 12.15, 16.91	12.12, 9.95, 11.53	.68
Sintomas da mama	25.83, 12.40, 19.02	16.66, 9.73, 13.94	.68
Sintomas braço	35.55, 11.85, 27.11	27.27, 10.23, 20.70	.36
Incómodo queda cabelo	16.66, 3.50, 27.88	--	.63

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, H: Teste de Kruskal Wallis, \* p< .05