



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2012

**ANA ALEXANDRA  
GARCIA PINTO**

**TERAPIA  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
EM SOBREVIVENTES  
DE CANCRO DA MAMA**



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação  
2012

**ANA ALEXANDRA  
GARCIA PINTO**

**TERAPIA  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
EM SOBREVIVENTES  
DE CANCRO DA MAMA**

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 Professora Doutora Sara Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e da Mestre Ana Torres, Investigadora do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

presidente

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira  
Professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Helena Teresa da Cruz Moreira  
Investigadora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

Doutora Sara Otília Marques Monteiro  
Professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

Mestre Ana Carla Seabra Torres Pires  
Especialista da Universidade de Aveiro

## agradecimentos

Não posso deixar de manifestar os mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Doutora Sara Monteiro pela orientação concedida na realização deste projeto.

À Mestre Ana Torres, co-orientadora, pela disponibilidade e preciosa ajuda.

Às voluntárias que participaram neste projeto, porque me ensinaram muito mais do que vai descrito neste trabalho.

À Liga Portuguesa contra o Cancro que me permitiu contactar com as sobreviventes de cancro da mama e que tornou realizável este projeto.

Ao meu noivo, um agradecimento especial, porque sem ele não teria chegado a iniciar esta caminhada. Agradeço o incentivo, paciência, amizade, amor e apoio nos momentos mais complicados.

Aos meus pais, pelas oportunidades que me proporcionaram ao longo da vida.

Aos meus avós, pelas lembranças e carinho que deixaram.

À minha irmã e cunhado, pelo apoio e coragem que depositaram em mim, e ao meu afilhado que com o seu sorriso contagiante me fez rir em situações complicadas.

Por último, aqueles amigos especiais que me acompanharam ao longo de toda a caminhada na Universidade. Agradeço a paciência para os dias menos bons, os sorrisos dos dias mais cinzentos, e o espírito de ajuda nos dias mais trabalhosos.

E a todos aqueles aqui não mencionados, mas que sempre me apoiaram neste percurso, fica o meu último agradecimento.

**palavras-chave**

Terapia de Grupo; Cognitivo-Comportamental; Cancro da mama.

**resumo**

Atualmente o cancro da mama é a doença oncológica com maior taxa de incidência em indivíduos do sexo feminino, em Portugal. Paralelamente ao crescimento do número de casos de cancro da mama, observa-se o aumento da investigação e compreensão desta patologia, o que tem resultado em ganhos quer ao nível da intervenção, quer do estado físico, psicológico e de qualidade de vida destas doentes. Além de que se tem verificado o aumento do estatuto de sobrevivência.

O presente estudo tem como objetivo compreender e avaliar as implicações da intervenção de grupo cognitivo-comportamental nas estratégias de *coping*, na sintomatologia psicopatológica e na qualidade de vida, em mulheres sobreviventes de cancro da mama. Pretende ainda perceber de que forma o otimismo se relaciona com a sintomatologia psicopatológica e com a qualidade de vida destas mulheres.

A amostra do estudo é constituída por sete mulheres sobreviventes de cancro de mama, pertencentes a uma extensão da zona centro, do “Movimento Vencer e Viver”, da “Liga Portuguesa Contra o Cancro”, que foram sujeitas a intervenção de grupo cognitivo-comportamental.

Para avaliar os efeitos da intervenção as participantes responderam a um protocolo de avaliação, constituído pelos seguintes instrumentos: EADH, TOV\_R, CCQ, EORTC QLQ-C30, suplemento BR23 antes da intervenção e imediatamente após o término da mesma.

Os resultados revelaram benefícios da intervenção relativamente às estratégias de *coping* e à manutenção da qualidade de vida.

Relativamente ao otimismo, verificou-se que é protetor de sintomatologia psicopatológica, observando-se também uma tendência para melhoria da qualidade de vida.

O presente estudo mostrou que a terapia de grupo cognitivo-comportamental é importante na manutenção da QdV, e na compreensão e promoção do otimismo em mulheres sobreviventes do cancro na mama.

**keywords**

Group therapy; Cognitive-behavioural; Breast cancer.

**Abstract**

Currently breast cancer is a cancer with highest incidence in Portuguese female. Parallel to the growing number of breast cancer cases, there is further research and understanding of this pathology, which has resulted in gains in terms of intervention, physical, psychological and quality of life.

Therefore it has been observed an increase on survival status.

This study aims to evaluate and to understand the implications of the group cognitive-behavioural for coping strategies in psychopathological symptoms and quality of life in surviving breast cancer women`s. The aim is also to understand how optimism is related to psychopathological symptoms and quality of life for these women.

The sample consist on seven breast cancer survivors women`s, belonging to an extension of the Zone Centre of "Movimento Vencer e Viver", of "Liga Portuguesa Contra o Cancro" which were subject to an cognitive-behavior group intervention.

To evaluate the effects of the intervention, participants answered to evaluation protocol constituted by the following psychological measures: EADH, TOV\_R, CCQ, EORTC QLQ-C30, BR23 supplement, before and immediately after the intervention.

The results showed benefits of intervention in relation to coping strategies and maintenance of the quality of life. For the optimism that there is protector psychopathological symptoms, is also observed a tendency to improved quality of life.

The present study showed that treatment of cognitive-behavioral group is important in maintaining quality of life, understanding and promotion of optimism in women survivors of breast cancer.

## Índice

Introdução .....	1
Qualidade de Vida em sobreviventes de cancro da mama.....	2
Sintomatologia Psicopatológica em sobreviventes de cancro da mama.....	3
Otimismo em sobreviventes de cancro da mama.....	4
Estratégias de <i>coping</i> em sobreviventes de cancro da mama.....	5
Intervenção de grupo cognitivo-comportamental.....	7
Métodos.....	10
Desenho do estudo.....	10
Caracterização da amostra.....	10
Procedimentos.....	12
Instrumentos.....	13
Resultados.....	16
Discussão.....	22
Referências.....	25
Anexos.....	31

## Introdução

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve a partir das células da mama, em consequência da transformação de uma célula normal numa célula maligna, sendo este processo devido a uma disfunção na divisão celular (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2011; Portal da Saúde, 2005).

À semelhança do que acontece nos restantes países, em Portugal o risco de desenvolver cancro é atualmente muito elevado. Ainda em contexto nacional e relativamente ao cancro da mama em particular, esta constituiu atualmente a doença oncológica com maior taxa de incidência (Miranda, 1994).

Apesar de não existir unanimidade acerca da causa do cancro, são apontados diversos fatores de risco para o cancro da mama nomeadamente, o sexo (mais prevalente no sexo feminino), a idade (mais prevalente em idades mais avançadas), história prévia e familiar de cancro da mama, consumos excessivos (tabaco, álcool, alimentos ricos em gordura, etc.), fatores ambientais, predisposição genética (oncogenes) e *stress* (Justo, 2002; Patrão, 2007).

A trajetória do cancro da mama é constituída por diversas fases, caracterizadas por diversos desafios a nível pessoal, familiar, conjugal, social, profissional entre outros.

Na fase de diagnóstico a mulher confronta-se com uma doença que ameaça a vida e como tal toma consciência da sua vulnerabilizada pessoal, vivenciando sentimentos de negação e revolta. Na fase de tratamento, a mulher é sujeita a tratamentos agressivos e prolongados, com consequências físicas e elevado impacto. O período de sobrevivência caracteriza-se sobretudo pelo medo de recorrência da doença acompanhado por sentimentos de incerteza (Silva et al., 2011).

A par do elevado crescimento de casos de cancro da mama, tem-se observado o aumento da investigação e compreensão desta patologia, o que tem resultado em ganhos quer ao nível da intervenção, quer do estado físico, psicológico e Qualidade de Vida (QdV) das doentes (Anderson et al., 2004). De facto, os avanços técnicos e científicos permitem a deteção precoce do cancro da mama e a realização de tratamentos que conduzem à cura, pelo que se tem registado a diminuição da mortalidade de doentes com cancro da mama e o conseqüente aumento do número de mulheres sobreviventes (Direção Geral de Saúde, 2002; Ministérios da Saúde, 2004; Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

Alguns autores consideram sobrevivente de cancro a pessoa que terminou os tratamentos, e que se encontra livre da doença (Solana, 2005), outros estabelecem um



mínimo de cinco anos sem a doença para determinar a sobrevivência a um cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Neste sentido, o cancro da mama deixou de ser encarado como fatal, passando a ser visto como uma doença que pode reincidir e que, necessita de cuidados continuados e específicos a nível físico e psicológico (Moreira et al, 2008).

Assim, têm sido desenvolvidas várias investigações, nomeadamente de inspiração cognitivo-comportamental, no sentido de desenvolver capacidades para lidar com a doença, prevenir ou diminuir a presença de psicopatologia e promover a QdV das mulheres sobreviventes de cancro da mama (Silva et al., 2011).

### **Qualidade de Vida em sobreviventes de cancro da mama**

Segundo a literatura, o diagnóstico de cancro da mama afeta e em elevado grau o equilíbrio físico, psíquico e social das doentes, desenhando-se um quadro de crise em que a adaptação psicológica e QdV são afetadas.

O termo QdV está relacionado com as experiências individuais, num dado momento e num contexto sociocultural determinado, sendo que no contexto específico da saúde prende-se com a QdV global mas também com os conceitos relativos ao próprio estado de saúde, aos sintomas da doença e dos tratamentos. A expressão “Qualidade de Vida relacionada com a Saúde” relaciona-se com a doença, com as representações desta, com as crenças sobre as causas e consequências da mesma, com os preconceitos, as emoções que desencadeia, os sintomas e os tratamentos (Dias & Durá, 2002).

Cramer (1994) define QdV relacionando-a com o bem-estar mental, físico e social e não somente com a ausência de doença ou de incapacidade (Cramer, 1994 cit por. Dias & Durá, 2002). Para Ferrans e Powers (1992), QdV é a sensação de bem-estar pessoal que advém da satisfação ou insatisfação com áreas de vida do dia-a-dia que são importantes para a mesma (Ferrans & Powers, 1992 cit por. Dias & Durá, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a QdV expressa-se pela perceção pessoal acerca da vida, relativamente ao contexto cultural, ao sistema de valores, tendo em consideração os objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações (Bloom et al., 1998; Dias & Durá, 2002; Silva et al., 2011).

No entanto, apesar da definição do conceito não ser consensual, o interesse pela avaliação da QdV surge na medida em que os avanços nesta área têm permitido a redução das taxas de mortalidade e o consequente aumento do número de mulheres sobreviventes e das suas expectativas de vida. Assim, compreender como as mulheres

sobreviventes gerem o impacto do cancro e a experiência das transformações na vida torna-se relevante de modo a potenciar uma sobrevivência de qualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A investigação nesta área tem evidenciado que alguns anos após o diagnóstico, a QdV das mulheres com cancro da mama é boa, embora em alguns casos exista prejuízo em determinados domínios, nomeadamente no domínio físico (como consequência da persistência ou do aparecimento de sintomas de dor, inchaço, perda de sensibilidade ou fraqueza no braço, níveis elevados de fadiga, infertilidade e sintomas decorrentes da menopausa induzida pelos tratamentos), no domínio sexual (em resultado da falta de interesse sexual, da dificuldade de sentir prazer e de atingir o orgasmo, de problemas hormonais e dos sintomas da menopausa), além de dificuldades em lidar com a imagem corporal. (Helgeson & Tomich, 2005; Moreira et al., 2008; Patrão & Leal, 2004; Silva et al., 2011).

Ainda assim, à medida que o tempo vai passando e a mulher recuperando dos efeitos secundários dos tratamentos, a QdV tende a melhorar significativamente (Silva et al., 2011).

### **Sintomatologia Psicopatológica em sobreviventes de cancro da mama**

De facto, o diagnóstico de cancro da mama afeta em elevado grau o equilíbrio físico, psíquico e social das mulheres na medida em que estas experimentam preconceitos, medo da morte, alterações na sua auto-imagem, perda funcional e até mesmo sentimentos de desvalorização social (Makluf, Dias & Barra, 2005). Por todos estes motivos muitas mulheres com cancro da mama assistem ao desenhar de um quadro de crise em que a adaptação psicológica e QdV são afetadas, tendendo mesmo ao desenvolvimento de psicopatologia nomeadamente, Perturbações do Humor e de Ansiedade, mais exatamente a Perturbação Depressiva *Major* e a Perturbação de Ansiedade Generalizada (Derogatis et al., 1983; Dias & Durá, 2002; Pereira & Figueiredo, 2008; Zabora, 2001).

Seguem-se alguns estudos que comprovam a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em mulheres com cancro da mama.

Derogatis e colaboradores (1983), utilizando uma amostra de mulheres com cancro da mama, verificaram que aproximadamente 13% apresentavam depressão e 4% perturbações de ansiedade.

Segundo Zabora (2001), existe de facto presença de ansiedade e depressão nas mulheres com cancro da mama, variando a taxa de prevalência entre 13% e 54%.

Maia e Correia, no ano de 2008, verificaram que a sintomatologia ansiosa é mais prevalente em condições de avaliação e diagnóstico, enquanto os sintomas depressivos surgem mais na fase de conclusão dos tratamentos e no regresso às rotinas diárias.

Acresce referir a investigação conduzida por Winnie e colaboradores (2010), um estudo com o objetivo de analisar a ansiedade e a depressão, e os seus efeitos na QdV, de doentes com cancro da mama. Com base numa amostra de duzentas e dezoito mulheres, concluíram que de facto as mulheres com cancro da mama revelam sintomatologia depressiva e ansiosa e que estas têm efeitos prejudiciais para a QdV em geral destas mulheres.

Assim, de uma forma geral, a QdV das mulheres com cancro da mama é afetada pela presença de sintomatologia psicopatológica ansiosa e depressiva.

### **Otimismo em sobreviventes de cancro da mama**

Embora a situação de cancro da mama possa de facto revelar-se um fator de risco, nomeadamente no que respeita à sua saúde mental, é possível que se torne uma fonte de mudança e de novas oportunidades de vida, tendo em conta a forma como é percebida.

O otimismo define-se pela expectativa de que coisas positivas aconteçam, enquanto o pessimismo reflete uma expectativa de que aconteçam coisas contrárias (Carver & Scheier, 2005; Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010).

O pessimismo assenta na ideia de que os acontecimentos negativos são explicados como estáveis, gerais e de causalidade interna, e o otimismo na visão instável de acontecimento negativos, atribuindo-lhes uma causalidade externa. Um indivíduo pessimista acredita que é impotente, enquanto um otimista acredita que os seus comportamentos interferem nos resultados (Carver & Scheier, 2005).

Diversas investigações salientam os efeitos contrastantes do otimismo e do pessimismo no bem-estar psicológico (Peterson & Bossio, 2001; Scheier & Carver, 1985; Carver et al., 2010).

O otimismo parece influenciar a saúde em vários aspetos nomeadamente, pode evitar o aparecimento da doença, minimizar a severidade da doença, abreviar a recuperação e ainda tornar a recaída menos provável (Peterson & Bossio, 2001).

Perante situações adversas cada indivíduo experimenta individualmente uma variedade de emoções, que variam em quantidade e intensidade e que podem ir da raiva, à ansiedade e à tristeza. O equilíbrio entre estes sentimentos parece estar relacionado com o grau de otimismo ou pessimismo, na medida em que as pessoas otimistas são

mais confiantes e como tal, têm sentimentos relativamente positivos contrariamente às pessimistas que manifestam maior tendência para sentimentos negativos como a ansiedade, culpa, raiva ou tristeza. Assim, em geral, parece que as pessoas otimistas tendem a desenvolver menos psicopatologia depressiva e ansiosa, e a ter melhor estado de saúde em geral (Scheier, Carver & Bridges, 2001).

Seguem-se alguns estudos acerca das implicações do otimismo no cancro da mama.

Carver e colaboradores em 1993 desenvolveram um estudo onde procuram analisar o efeito do otimismo na adaptação psicológica ao tratamento do cancro da mama. O otimismo foi avaliado através do teste de orientação de vida (TOV) e os resultados revelaram que o otimismo predizia não apenas o *distress* inicial mas também a resiliência ao *stress* durante o ano seguinte à cirurgia.

Também com uma amostra de mulheres com cancro da mama, Carver e colaboradores em 1994 propuseram-se a estudar o otimismo *versus* pessimismo enquanto preditor do ajustamento psicológico no 1º ano após a cirurgia. Os resultados revelaram que o pessimismo está relacionado com um pior ajustamento. Assim, os autores concluíram que o pessimismo aumenta o risco de reações psicológicas adversas ao diagnóstico e tratamento para o cancro da mama e diminui a QdV em geral.

De um modo geral, é possível afirmar que otimismo desempenha um papel importante e adaptativo, na medida em que encoraja os indivíduos a fazer face à adversidade e a dirigir-se para objetivos. No que refere ao cancro da mama em particular, ser otimista parece funcionar como um fator protetor para o ajustamento psicológico, uma vez que as investigações têm revelado que as mulheres mais otimistas apresentam menos *distress* emocional, enquanto as pessimistas parecem apresentar uma maior vulnerabilidade ao cancro e conseqüentemente uma pior QdV.

### **Estratégias de *Coping* em sobreviventes de cancro da mama**

Embora o cancro da mama seja uma experiência de crise, que acarreta dificuldades a diversos níveis, não é encarada por todas as mulheres de igual forma, isto é, algumas fazem uma avaliação da doença centrada na ameaça enquanto outras encaram a doença como um desafio.

As estratégias de *coping* podem ser definidas como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados para enfrentar uma situação adversa, como é o caso do cancro da mama (Lazarus & Folkman, 1984 cit por. Varela & Leal, 2007).

O *coping* assume duas funções basilares: o controlo das emoções e a resolução do problema. Assim, o *coping* que permite o controlo das emoções é adotado quando se pretende a manutenção da esperança, do otimismo, a diminuição do desconforto emocional, perante situações de ameaça ou perigo. No que concerne às estratégias que visam a resolução do problema, estas são assumidas geralmente com o objetivo de criar soluções (Antoniazzi et al., 1998; Ogden, 2004; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Existem além destas, outras estratégias de *coping*: a procura de apoio no suporte social, em que os indivíduos procuram apoio nas pessoas do que estão em seu redor, normalmente família e amigos; a normalização, em que o indivíduo procura conviver com o problema como algo normal, sem desenvolver sentimentos de culpa; a distração, que implica que o indivíduo se envolva em atividades prazerosas e preencha assim o seu tempo; e as práticas religiosas, em que o indivíduo se envolve em crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa procurando força para enfrentar a situação e continuar a viver (Varela & Leal, 2007).

As estratégias de *coping* não são por si só adaptativas ou mal adaptativas, é necessário ter em conta a natureza do foco de *stress*, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço do mesmo, sendo que a sua eficácia é caracterizada pela flexibilidade e mudança (Antoniazzi et al., 1998). Assim, um *coping* adequado resulta numa adaptação psicológica também adequada, evidenciado por um bom funcionamento social e bem-estar geral (Pais-Ribeiro, 2005).

As sobreviventes de cancro da mama apresentam vários estilos de *coping*, ou seja, diversas estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com acontecimentos indutores de *stress* (Patrão & Leal, 2004).

Jim, Richardson, Golden-Kreutz e Andersen (2006) procuraram perceber, em mulheres com cancro da mama e dois anos após o diagnóstico, a relação longitudinal entre as estratégias de *coping* e o significado que a doença teve nas suas vidas. Os resultados indicaram que as estratégias de *coping* positivas (reinterpretação positiva, suporte social) prediziam a atribuição de um significado positivo às suas vidas (sentimentos de paz, de satisfação com a vida e com o futuro) e a ausência destas estratégias prediziam relatos de perda de significado ou confusão.

De uma forma geral os resultados dos estudos desenvolvidos nesta área revelam que as estratégias de *coping* mais eficazes são as que se baseiam na aceitação face à doença e na resolução ativa dos problemas, contrariamente às estratégias que refletem desesperança e pouco otimismo (Varela & Leal, 2007; Silva et al., 2011).

Deste modo, parece plausível considerar que a adaptação ao cancro da mama deve ser entendida como um processo dinâmico, que implica a utilização de estratégias de *coping* que permitam lidar com o problema e assim promover a sua QdV (Silva et al., 2011). Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental reveste-se de elevada importância na medida em que mediante programas adequados permite um melhor recurso e utilização de estratégias de *coping*.

### **Intervenção de Grupo Cognitivo-Comportamental**

A saúde mental das mulheres com diagnóstico de cancro da mama pode de facto ser prejudicada se não utilizarem estratégias de *coping* adequadas para lidar com a doença e com o *stress* a ela associado, e assim existir um prejuízo da QdV destas mulheres. As alterações psicológicas podem apenas constituir uma etapa passageira no processo de adaptação psicológica à doença ou podem conduzir a quadros clínicos severos, caso as doentes não apresentem recursos pessoais ou psicológicos suficientes para superar as experiências inerentes ao cancro.

Neste contexto, é clara a necessidade de intervenção psicológica que desenvolva habilidades para enfrentar a doença e assim melhorar a QdV destas doentes.

É assim, fundamental realizar investigações que permitam desenvolver intervenções psicológicas e analisar a sua eficácia em mulheres com cancro da mama, nomeadamente em fase de sobrevivência (Edelman & Kidman, 1999).

Neste contexto, as intervenções cognitivo-comportamentais na psico-oncologia têm sido alvo de um interesse crescente e parecem demonstrar eficácia na obtenção de melhorias em vários indicadores psicológicos (Edelman & Kidman, 1999; Moorey, et al., 1998), nomeadamente no *coping* (Moreli et al., 2009; McKiernan et al., 2011), nos sintomas de depressão (Edelmar & Kidman., 1999), nos sintomas de ansiedade (Edelman & Kidman, 1999) e na QdV (Anderson, 1992; Cumingham et al., 1998; Edmonds et al., 1999).

Em 1998, Cumingham e colaboradores, utilizaram uma amostra de sessenta e seis mulheres com cancro da mama, e verificaram que não existiram diferenças significativas com a intervenção de grupo cognitivo-comportamental.

A meta-análise Sheard e Maguire (1999), em que foram analisadas quarenta e cinco investigações sobre o efeito das intervenções psicológicas acerca da ansiedade e depressão, revelou que a terapia de grupo cognitivo-comportamental é pelo menos tão eficaz quanto a individual. A mesma conclusão resulta do estudo de Kiernan e colaboradores (2011).

Edelmar e Kidman (1999), de uma amostra de cento e vinte e quatro pacientes com cancro da mama, constituiu um grupo de controlo e um grupo experimental em que aplicou um programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental. Os dados revelaram melhorias significativas no grupo de intervenção no que respeita aos sintomas de depressão e perturbações de humor no geral.

O estudo de Justo (2002) revelou também eficácia da terapia na redução de indicadores psicológicos nomeadamente da ansiedade e depressão.

Fallowfield em 1990 concluiu que os desafios cognitivos inerentes à vivência de cancro da mama, se não forem bem dirigidos, são preditivos de um ajustamento negativo à doença (Fallowfield, 1990 cit por. McIntyre, Fernandes & Pereira, 2002). Neste contexto é evidente a importância das intervenções de grupo de inspiração comportamental, dirigidas às cognições disfuncionais e aos comportamentos que daí resultam. Assim, estas procuram potenciar estratégias de *coping* (McIntyre et al., 2002).

O estudo de Moreli e colaboradores (2009) revela que as intervenções que promovem estratégias de *coping* identificadas como eficazes, diminuem significativamente a depressão e melhoram a QdV.

Edmonds e colaboradores, num estudo de 1999, demonstraram a eficácia da intervenção de grupo em mulheres com cancro da mama, relativamente à QdV. Contudo, o mesmo estudo revelou menos evidência para a eficácia da intervenção a longo prazo.

Um estudo de 2011, cujo objetivo foi avaliar a intervenção de grupo cognitivo-comportamental, em sessenta e nove mulheres Irlandesas com cancro da mama, revelou melhorias significativas nas estratégias de *coping*, no entanto de uma forma geral, a intervenção revelou eficácia limitada (McKiernan, et al., 2011).

Acresce referenciar alguns estudos portugueses desenvolvidos nesta área.

Torres, Monteiro e Pereira, em 2010, apresentaram um projeto de investigação a realizar em Portugal, com o objetivo de desenvolver um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental de grupo para mulheres com cancro da mama. Pretendiam objetivamente encontrar estratégias cognitivo-comportamentais para aplicação em grupo eficazes na promoção do ajustamento psicológico e na manutenção dos efeitos terapêuticos alcançados; encontrar características formais de funcionamento dos grupos terapêuticos que potenciem a eficácia e durabilidade terapêutica; verificar a intervenção de grupo cognitivo-comportamental é mais eficaz e duradoura que a intervenção de grupo psico-educativa. Recorrendo a uma amostra de 80 mulheres com cancro da

mama, pertencentes ao “Movimento Vencer e Viver” do núcleo regional do centro da “Liga Portuguesa Contra o Cancro”, as autoras esperam obter maior eficácia e durabilidade nas variáveis psicológicas apresentadas com a intervenção de grupo cognitivo-comportamental, tal como é descrito na literatura.

As mesmas autoras, em 2012, utilizando uma amostra de 18 voluntárias recrutadas do “Movimento Vencer e Viver” da “Liga Portuguesa Contra o Cancro”, da região centro do país, demonstram a aplicabilidade de uma intervenção de grupo de inspiração cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama.

Na Universidade do Minho, foi desenvolvido um programa de intervenção de grupo, para mulheres com cancro da mama, avaliando a sua eficácia. Para este efeito utilizaram duas condições: um grupo de controlo e um grupo experimental, recorrendo a medidas de pré e pós teste para ambos os grupos. O objetivo era avaliar a eficácia do programa no que respeita à adaptação à doença, incluindo aspetos como o *coping*, a ansiedade e a depressão. O programa foi testado em 15 mulheres com cancro da mama, utentes de dois hospitais da região norte do país, comparando com 25 mulheres com cancro da mama selecionadas para grupo de controlo. Os resultados demonstraram que o grupo experimental teve alterações significativas entre os dois momentos de avaliação no sentido esperado para a depressão, a ansiedade e as estratégias de *coping* (McIntyre et al., 2002).

Apesar de existirem vários estudos nesta área, é importante continuar a investir neste sentido, nomeadamente na fase de sobrevivência, por forma a garantir o bem-estar psicológico e a QdV destas mulheres.

Neste contexto, o objetivo fundamental desta investigação passa por avaliar a eficácia de um programa de intervenção de grupo cognitivo-comportamental, em mulheres sobreviventes de cancro da mama. Pretende-se assim analisar os efeitos da intervenção ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, ao nível das estratégias de *coping* e ao nível da QdV. Pretende-se ainda perceber de que forma o otimismo se relaciona com a sintomatologia psicopatológica e com a QdV destas mulheres.

Avalia-se também a relação das estratégias de *coping* com a sintomatologia psicopatológica ansiosa e depressiva, da sintomatologia com a QdV, e das estratégias de *coping* com a QdV.

Assim, de acordo com a revisão da literatura, espera-se a diminuição dos sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade), melhoria das estratégias de *coping* utilizadas e aumento da QdV. Espera-se também, que as mulheres mais otimistas e que utilizam



mais estratégias de *coping*, revelem menos sintomatologia psicopatológica e melhor QdV.

Espera-se ainda que as mulheres que utilizam mais estratégias de *coping*, tenham menos sintomas de ansiedade e depressão e melhor QdV, e ainda que as mulheres com menos sintomas de ansiedade e depressão revelem melhor QdV.

## Métodos

### Desenho do Estudo

O estudo caracteriza-se por ser um estudo piloto de um programa de intervenção de grupo Cognitivo-Comportamental, em que foi manipulada a variável independente (aplicação de um programa Cognitivo-Comportamental), em dois momentos de avaliação prospetiva: no início (pré-teste) e no final da terapia (pós-teste).

### Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por sete mulheres sobreviventes de cancro da mama, pertencentes ao “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro, da “Liga Portuguesa Contra o Cancro”.

Para inclusão no estudo, a sobrevivência há pelo menos 5 anos foi um critério estabelecido. Estabeleceram-se como critérios de exclusão os seguintes: inaptidão para participar em tarefas propostas; incompatibilidade com um ou mais membros do grupo; evidência de antecedentes de outras perturbações psiquiátricas, dependência de substâncias psico-ativas (por exemplo: drogas e álcool) ou perturbações orgânicas.

Com idades compreendidas entre os 39 e os 68 anos (M=56; DP=11.148), a maioria das participantes são reformadas (42.9%), seguidas das empregadas (28.6%) e das desempregadas (14.3%). Três mulheres têm a 4ª classe, duas têm o 12º ano e as duas restantes formação universitária. São predominantemente casadas (85.7% - n=6), existindo apenas 1 divorciada.

Na tabela 1, são apresentadas a média e o desvio padrão das idades da amostra, bem como a frequência e a percentagem das restantes características sociodemográficas.

**Tabela 1**

*Características sociodemográficas da amostra*

Variáveis	Amostra (n=7)
<b>Idade</b>	M= 56.7; DP= 11.1
Min-Máx	39-68

<b>Estado Civil</b>	<b>n (frequência)</b>
Casada [n (%)]	6 (85.7%)
Divorciada [n (%)]	1 (14.3%)
<b>Habilitações Literárias</b>	
1º Ciclo (1-4º ano) [n (%)]	3 (42.9%)
Ensino Secundário (10-12º ano) [n (%)]	2 (28.6%)
Formação Universitária [n (%)]	2 (28.6%)
<b>Situação Profissional</b>	
Ativa/Empregada [n (%)]	2 (28.67%)
Desempregada [n (%)]	1 (14.3%)
Aposentada/Reformada [n (%)]	3 (42.97%)
Outro [n(%)]	1(14.3%)

No que diz respeito às características clínicas da amostra (tabela 2) verificou-se que o meio mais prevalente de deteção do cancro foi o Auto-exame (42.9% - n=3), o segundo foi o exame de rastreio solicitado pelo médico sem deteção anterior (28.6% - n=2), o terceiro foi o Rastreio LPCC (14.3% - n=1) e uma mulher não respondeu à questão. No que diz respeito aos tratamentos realizados verificou-se que a mastectomia (85.7% - n=6), o esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (42.9%) e a quimioterapia (42.9%), foram os tratamentos mais recorrente nestas mulheres, seguindo-se a radioterapia (28.6%) e a hormonoterapia (14.3%).

**Tabela 2**

*Características clínicas da amostra*

<b>Variáveis</b>	<b>Amostra (n=7) n (frequência)</b>
<b>Meio de deteção do cancro</b>	
Autoexame pela própria	3 (42.9%)
Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem deteção anterior)	2 (28.7%)
Rastreio LPCC	1 (14.3%)
<b>Tipo de cirurgia realizada</b>	
Mastectomia	6 (85.7%)
Quadrantectomia+Mastectomia	1 (14.3%)

<b>Tipo de Tratamento</b>	
Quimioterapia	3 (42.9%)
Radioterapia	5 (71.4%)
Imunoterapia	0 (100%)
Hormonoterapia	6 (85.7%)
Esvaziamento Axilar	4 (57.1%)
<b>Recorrência</b>	
Não recorrência	7(100%)

Na tabela 3 encontram-se descritos os dados relativos ao grau de motivação e o número de anos de diagnóstico.

Quanto ao grau de motivação para participar no grupo, este varia entre 1 e 5 (M=4.57; DP=.535), pelo que se pode considerar um grau de motivação muito elevado, na medida em que 3 mulheres revelaram boa motivação e 4 mulheres revelaram motivação máxima. No que respeita ao número de anos de diagnóstico, varia entre os 5 e os 20 anos (M=13.86; DP=5.24).

### **Tabela 3**

*Grau de motivação e número de anos de diagnóstico de cancro da mama*

<b>Variáveis</b>	<b>Amostra (n=7)</b>
	<b>Média (Desvio Padrão)</b>
Grau de motivação	4.57 (.535)
Número de anos de diagnóstico	13.86 (5.24)

### **Procedimentos**

As participantes foram identificadas e convidadas a participar voluntariamente através do “Movimento Vencer e Viver” do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro, depois de se obter a autorização da direção de cada uma das instituições. Inicialmente, numa consulta individual e mediante entrevista clínica, foram desvendados os objetivos da intervenção levada a cabo e percebido o interesse e a viabilidade da participação de cada mulher na intervenção. Assim, foi possível formar um grupo de intervenção, constituído por 7 mulheres sobreviventes de cancro da mama.

Depois de esclarecidos os objetivos do estudo, garantida a confidencialidade dos dados obtidos, e obtido o consentimento informado, foi fornecido a cada participante o protocolo de avaliação constituído pelas medidas acima referidas. A mesma bateria de

questionários foi preenchida por cada uma das participantes imediatamente após o término da intervenção.

Procedeu-se então à intervenção de grupo cognitivo-comportamental, baseado no protocolo de intervenção desenvolvido por Torres, Monteiro e Pereira (No prelo). Assim, a intervenção decorreu ao longo de 8 sessões semanais, com duração de 90 a 120 minutos cada uma, tendo a intervenção decorrido entre o dia 20 de Março e 22 de Maio com um terapeuta, um co-terapeuta e um observador.

Após a recolha dos questionários, os dados foram introduzidos no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17 para o Windows, e sujeitos a algumas análises, que posteriormente permitiram a formulação das conclusões do estudo. Desta forma, com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas do grupo. Foram ainda utilizadas correlações de Spearman e o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, no sentido de comparar as alterações do pré para o pós-teste, devido à reduzida dimensão da amostra e, por consequência, à não normalidade da distribuição dos dados.

De referir ainda que se utilizou como referência um nível de significância de  $p < .05$ .

### **Instrumentos**

Todas as participantes responderam voluntariamente aos questionários: *Questionário de Identificação e Caracterização Socio-Demográfica*; *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (EADH) de Zigmond e Snaith (1983), versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007); *Questionário de Formas de Lidar com o Cancro* (CCQ) de Moorey, Frampton e Greer (2003), versão experimental Portuguesa de Torres, Pereira e Monteiro; *Teste de Orientação de Vida-Revisto* (TOV-R) de Scheier & Carver (1985), versão portuguesa de Monteiro, Tavares e Pereira (2006); *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (QLQ-BR23) de Aaronson et al. (1993), versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008).

O *Questionário de Identificação e Caracterização Socio-Demográfica* permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados.

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada com a EADH, sendo esta escala constituída por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por 7 itens. As respostas a cada item pode ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem mais sintomas de ansiedade e depressão. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de sintomas de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983).

Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta um coeficiente alpha de Cronbach de .76 e  $R_s = .74$  para a subescala de ansiedade. Quanto á subescala de depressão, apresenta um coeficiente alpha de Cronbach de .81 e  $R_s = .70$  (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O CCQ é uma escala de auto-avaliação concebida para medir as estratégias de *coping*, constituída por 21 itens agrupados em 6 fatores: *coping*, *coping* individual, *coping* interpessoal, foco positivo, diversão e planeamento. O formato da resposta é de tipo Likert de 4 pontos, variando de 0 a 4 (de “nunca” a “muito frequente”) (Moorey et al., 2003).

No estudo verifica-se uma consistência interna adequada, com um coeficiente de alpha de Cronbach de .87 para a subescala individual (itens 1 a 14) e de .82 para a subescala interpessoal (itens 15 a 21). A validade teste-reteste da subescala individual obtida foi de 0.90 ( $n=25$ ,  $p<.001$ ) e de 0.84 ( $n=19$ ,  $p<.001$ ) para a subescala interpessoal. As outras subescalas também apresentaram correlações igualmente elevadas, variando num intervalo de .67 (para o foco positivo) a .81 (para a Diversão) (Moorey et al., 2003).

Relativamente à adaptação para a população portuguesa, este instrumento encontra-se em fase de validação por Torres, Pereira e Monteiro. Os valores de consistência interna encontrados neste estudo foram, alpha de Cronbach de .82 para a escala total, .91 para a subescala interpessoal e .65 para a subescala individual.

O TOV (*Teste de Orientação de Vida*) é um instrumento de auto-resposta que procura avaliar o otimismo. É constituído por 8 itens numa escala de resposta Likert que varia de 0 (“Discordo muito”) a 4 (“Concordo muito”). Dos 8 itens 2 são formulados de modo positivo (itens, 2 e 8), 2 itens são formulados de modo negativo (itens, 5 e 9) e 4 itens são neutros (itens 4, 6, 7 e 10). Os itens neutros não têm como objetivo avaliar o

otimismo disposicional, pelo que não são incluídos na análise de dados. Assim, as pontuações podem variar entre um mínimo de zero e um máximo de dezasseis. Nesta análise, os valores dos itens formulados de modo negativo devem ser invertidos, para que quanto maior for a nota global do teste maior seja o índice de otimismo disposicional (Monteiro, 2008; Percezek et al., 2000; Pereira, 2008).

No estudo original, o coeficiente alpha de Cronbach encontrado foi de .78, para um valor de estabilidade temporal de, .56 e .79 (coeficientes teste-reteste). Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa revelaram: alfa de Cronbach=.66, fiabilidade composta=.66 e variância extraída=.26. Constataram ainda que os índices de ajustamento GFI (Goodness of Fit) e NFI (Normed Fit Index) apresentam valores muito satisfatórios (Monteiro, 2008).

O EORTC QLQ-C30, utilizado para avaliar a QdV, é constituído por 30 itens, 29 escalas multi-item e 5 escalas funcionais (funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel). Apresenta três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito) e uma condição global (saúde e qualidade de vida). As restantes 6 escalas de um único item relevante descrevem sintomas do cancro (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras).

O formato da resposta é de tipo Likert de 4 pontos (de “*não*” a “*muito*”), podendo a pontuação total variar entre 0 e 100, sendo que quanto mais elevadas forem, melhor QdV revelam (Patrão, 2007; Rebelo et al., 2007).

A escala revela boa consistência interna (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) apresentando um coeficiente de alpha de Cronbach entre .79 e .86 (Patrão, 2007).

O QLQ-BR23 é um módulo aplicado para avaliar a QdV de doentes com cancro da mama especificamente, durante o processo de doença (cirurgia e tratamentos). É constituído por 23 itens, que se subdividem em 4 escalas funcionais: a imagem corporal, funcionamento sexual, satisfação sexual e perspetivas futuras; e 4 escala sintomáticas que avaliam sintomas da doença e efeitos secundários do tratamento: efeitos da quimioterapia, sintomas na mama, sintomas no braço e preocupação com a queda do cabelo (Patrão, 2007; Rebelo et al., 2007).

A pontuação das questões é cotada segundo uma escala de tipo Likert, de 4 níveis (“*não*”, “*um pouco*”, “*bastante*” e “*muito*”) sendo que quanto mais elevado o valor obtido, menor é a qualidade de vida, exceto nas questões 44, 45 e 46 do QLQ-BR23 em que, quanto maior a pontuação, melhor é a QdV avaliada (Patrão, 2007; Rebelo et al., 2007).

## Resultados

Em relação à caracterização da amostra, relativamente às variáveis dependentes estudadas (sintomas psicopatológicos, estratégias de *coping*, otimismo e QdV), encontram-se os resultados respetivos nas tabelas 4, 5, 6 e 7 apresentadas de seguida.

Ao nível dos sintomas psicopatológicos, é possível observar que a ansiedade (M=5.00, DP=3.31) apresenta um valor médio superior à depressão (M=2.71, DP=3.54), (tabela 4), no entanto ambos se situam no intervalo normal (0-7) encontrado no estudo de aferição para a população portuguesa, pelo que não se verifica presença de sintomas de ansiedade nem de depressão na amostra deste estudo no início da intervenção.

**Tabela 4**

*Média e desvio padrão relativos aos sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão)*

Variáveis	Amostra (n=7)
	Média (Desvio Padrão)
Ansiedade	5.00 (3.31)
Depressão	2.71 (3.54)

No que respeita ao otimismo verifica-se (M=12.57; DP=2.57) (tabela 5), que a média da amostra se situa dentro do intervalo normativo estabelecido no estudo de validação e adaptação portuguesa do TOV-R (M = 14.87; DP = 4.77).

**Tabela 5**

*Média e desvio padrão relativos ao otimismo*

Variáveis	Amostra (n=7)
	Média (Desvio Padrão)
Otimismo Disposicional	12.57 (2.57)

Quanto às estratégias de *coping* pode-se de uma forma geral perceber que as mulheres que participaram neste estudo utilizam estratégias de *coping* (tabela 6).

No entanto, pelas suas características, a escala de *coping* é mais relevante para testar os efeitos da intervenção na utilização das mesmas.

**Tabela 6***Média e desvio padrão relativos às estratégias de coping*

Variáveis	Amostra (n=7)
	Média (Desvio Padrão)
Coping Individual	30.71 (10.29)
Coping Interpessoal	10.28 (5.76)
Coping	9.71 (4.07)
Coping de Focu Positivo	7.42 (2.76)
Coping de Diversão	7.42 (1.61)
Coping de Planeamento	6.14 (3.38)

Ao nível da QdV, é possível observar no estado de saúde e QdV uma média de 70.23 (DP=32.23) relativamente próxima, do valor máximo possível. O mesmo se verifica em todas as escalas funcionais (física, cargo/papel, emocional, cognitiva e social). A função cargo/papel e a função social são os fatores que apresentam valor médio mais elevado (M=97.61; DP=6.29). Estes resultados indicam que as participantes revelam boa QdV em geral, bem como bons níveis de funcionamento a este nível.

Dos sintomas enumerados pelas mulheres, a insónia é o sintoma com pontuação média mais elevadas (M=52.38; DP=32.53), comparativamente à dispneia e diarreia que estão ausentes.

Relativamente às escalas funcionais do BR23, a imagem corporal é aquela que apresenta pontuação média mais elevada (M=88.09; DP=24.46) o que revela bom funcionamento ao nível da sua imagem corporal, isto é, lidam bem com a sua auto-imagem.

No que respeita à função sexual (M=33.33; DP=13.60) e satisfação sexual (M=33.33; DP=23.57) observam-se pontuações médias mais baixas, pelo que se pode considerar que as participantes não revelam um bom nível de funcionamento a este nível.

Ao nível dos sintomas físicos, os sintomas do braço apresenta pontuação média mais elevada (M=30.15; DP=29.89), o que revela ser o sintoma que mais interfere na vida das participantes deste estudo.



**Tabela 7***Média e desvio padrão relativos à QdV*

<b>Variáveis</b>	<b>Amostra (n=7) Média (DP)</b>
Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida	70.23 (32.22)
Função física	87.61 (7.13)
Função do cargo/papel	97.61 (6.29)
Função emocional	70.23 (27.57)
Função cognitiva	76.19 (23.28)
Função social	97.61 (6.29)
Fadiga	29.19 (22.91)
Náusea e Vômito	7.14 (18.89)
Dor	16.66 (13.60)
Dispneia	0 (.00)
Insónia	52.38 (32.53)
Perda de apetite	19.04 (37.79)
Obstipação	14.28 (17.81)
Diarreia	0 (.00)
Dificuldades financeiras	19.04 (37.79)
Imagem corporal	88.09 (24.46)
Função sexual	33.33 (13.60)
Satisfação sexual	33.33 (23.57)
Perspetivas futuras	66.67 (38.49)
Efeitos colaterais da terapia	10.54 (4.7)
Sintomas da mama	8.33 (6.8)
Sintomas do braço	30.15 (29.89)

Com o objetivo de verificar as alterações ao nível dos sintomas psicopatológicos, das estratégias de *coping* e da QdV, alcançadas com a intervenção cognitivo-comportamental desenvolvida, aplicou-se o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas. Nas tabelas 8, 9 e 10 estão apresentados os resultados obtidos.

Ao nível dos sintomas psicopatológicos não houve diferenças estatisticamente significativas a assinalar da fase pré para a fase pós teste (tabela 8).

**Tabela 8**

*Comparações dos resultados dos sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) nos dois momentos de avaliação*

Variáveis	Amostra (n=7)			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	z	p
Ansiedade	3	3	-.085	.93
Depressão	1	3	-1.17	.23

Quanto às estratégias de *coping*, observaram-se aumentos no coping individual, no coping, no foco positivo e no planeamento, do pré para o pós teste, ainda que não se tenha conseguido verificar significância estatística (tabela 9).

**Tabela 9**

*Comparações dos resultados das estratégias de coping, nos dois momentos de avaliação*

Variáveis	Amostra (n=7)			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	z	p
Coping Individual	34	36	-1.01	.31
Coping Interpessoal	12	10	-.41	.67
Coping	9	11	-1.19	.23
Coping de Focu Positivo	7	8	-.53	.59
Coping de Diversão	7	7	-2.06	.93
Coping de Planeamento	6	8	-.08	.39

No que respeita às facetas da QdV (tabela 10), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo observou-se aumento de pontuações em várias facetas nomeadamente, estado geral de saúde e QdV, satisfação sexual e sintomas da mama.

**Tabela 10**

*Comparações dos resultados da QdV, nos dois momentos de avaliação*

Variáveis	Amostra (n=7)			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	z	p
Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida	75	83	-.185	.85
Função física	86	86	-1.00	.32
Função do cargo/papel	100	100	-1.00	.32
Função emocional	75	75	-.40	.68
Função cognitiva	83	83	-1.00	.32
Função social	100	100	-1.00	.32
Fadiga	20	20	-1.09	.27
Náusea e Vômito	0	0	-1.00	.32
Dor	16	16	-.37	.70
Dispneia	0	0	-1.00	.32
Insónia	66	33	-.57	.56
Perda de apetite	0	0	-1.00	.32
Obstipação	0	0	-.44	.65
Diarreia	0	0	-1.00	.32
Dificuldades financeiras	0	0	-.37	.70
Imagem corporal	100	100	-1.63	.10
Função sexual	33	16	-1.51	.12
Satisfação sexual	33	66	-1.00	.32
Perspetivas futuras	66	66	-1.00	.32
Efeitos colaterais da terapia	9	9	-.18	.11
Sintomas da mama	8	16	-1.85	.25
Sintomas do braço	22	22	-.40	.68

Foram também realizadas análises correlacionais de Spearman, com o objetivo de verificar se existe efetivamente relação das estratégias de *coping* com os sintomas psicopatológicos, do otimismo com os sintomas psicopatológicos (tabela 11), e ainda dos sintomas psicopatológicos, do otimismo e das estratégias de *coping* com a QdV (tabela 12).

Na análise correlacional entre o otimismo e a sintomatologia psicopatológica verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa, quer para a ansiedade quer para a depressão, sendo no entanto mais forte a correlação com a ansiedade (ansiedade:  $r=-.86$ ;  $p=.01$ ;  $r^2=.73$ ; depressão:  $r=.80$ ;  $p=.02$ ;  $r^2=.64$ ).

No que respeita à correlação entre as estratégias de *coping* e a sintomatologia psicopatológica, ansiosa e depressiva, os resultados não revelaram significância estatística.

**Tabela 11**

*Correlação do otimismo e estratégias de coping com a sintomatologia psicopatológica*

Variáveis	Amostra (n=7)		
	$r_s$	p	$r^2$
<b>Otimismo</b>			
Ansiedade	-.86	.01	.73
Depressão	-.80	.02	.64
<b>Ansiedade</b>			
Coping Individual	.56	.90	.31
Coping Interpessoal	.63	.12	.39
Coping	.33	.46	.10
Coping de Foco Positivo	.09	.84	.008
Coping de Diversão	-.42	.34	.17
Coping de Planeamento	-.13	.77	.01
<b>Depressão</b>			
Coping Individual	-.11	.79	.01
Coping Interpessoal	.54	.20	.29
Coping	.35	.43	.12
Coping de Foco Positivo	-.06	.89	.003
Coping de Diversão	-.52	.22	.27
Coping de Planeamento	-.31	.49	.09

Na análise correlacional da ansiedade e depressão com a QdV observou-se uma correlação negativa com ambas, embora se verifique o limiar de significância com a depressão ( $r=-.75$ ;  $p=.05$ ;  $r^2=.56$ ).

No que respeita à relação com o otimismo e a QdV também não se observaram resultados com significância estatística.

Quanto às estratégias de *coping* e QdV, não se encontraram resultados estatisticamente significativos.

### **Tabela 12**

*Correlação da QdV em geral com a sintomatologia psicopatológica (subescala da ansiedade e da depressão), o otimismo (disposicional) e as estratégias de coping.*

Variáveis	QdV Geral		
	$r_s$	p	$r^2$
Ansiedade	-.48	.29	.23
Depressão	-.75	.05	.56
Otimismo	.30	.51	.09
Coping Interpessoal	-.15	.74	.02
Coping	-.17	.70	.02
Coping de Foco Positivo	.09	.84	.008
Coping de Diversão	.62	.13	.38
Coping de Planeamento	.49	.25	.24

### **Discussão**

Após uma análise cuidada dos resultados obtidos, verificou-se a respeito da sintomatologia psicopatológica, que as participantes não apresentam sintomatologia psicopatológica ansiosa e depressiva no início do estudo. Especificamente, observou-se a manutenção dos níveis de ansiedade, ainda que não se tenha verificado a mesma tendência para a depressão, da fase pré para a fase pós teste. O aumento observado, não significativo, de sintomas de depressão pode ser explicado pelo facto de no decorrer da intervenção serem abordados determinados temas, nomeadamente os fatores de risco de cancro da mama. Assim, é possível que a perda de uma noção algo confortável em relação ao risco de recaída (têm um risco de cancro aumentado em relação a outras pessoas que nunca passaram pela doença) potencie o aumento de sintomas depressivos.

Contudo, de uma forma geral, não se verificou benefícios da intervenção ao nível dos sintomas psicopatológicos, o que pode ser explicado pelo facto de as participantes já terem passado pela doença há alguns anos e pela conseqüente inexistência inicial de psicopatologia.

Na análise das comparações dos resultados das estratégias de *coping* nos dois momentos de avaliação (pré e pós-teste), verificou-se uma tendência de melhorias ainda que sem significância estatística. Estes resultados aproximam-se de estudos como o de McIntyre e colaboradores em 2002 e de McKiernan e colaboradores em 2011, na medida em que estes autores verificaram benefícios da intervenção a este nível.

A curta duração do programa pode ter limitado a aprendizagem de novas estratégias de *coping*, uma vez que o carácter breve da intervenção pode não permitir a repetição e generalização das aprendizagens. Assim, acredita-se que uma maior incidência da intervenção nas estratégias de *coping*, ou uma terapia um pouco mais longa, resultaria em melhorias significativas a este nível. No entanto, uma vez que se verifica uma tendência de melhoria, é possível que a utilização de uma amostra maior, ou de um grupo de controlo, permitissem confirmar benefícios ao nível das estratégias de *coping*.

No que concerne à QdV, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas comparando os dois momentos da avaliação, verificando-se no entanto o aumento de pontuações da QdV em geral, da satisfação sexual e da imagem corporal. Desta forma, ainda que não se possa concluir que a intervenção levada a cabo nesta investigação tenha contribuído para a melhoria da QdV, pode-se afirmar que permitiu a manutenção da mesma. Neste sentido pode-se afirmar que esta hipótese não foi confirmada, na medida em que os resultados não vão ao encontro às conclusões dos estudos como os de Edelmar e Kidman (1999), de Teixeira (2004) e Moreli e colaboradores (2009), uma vez que estes autores verificaram efeitos positivos na QdV mediante intervenção de grupo cognitivo-comportamental. No entanto, estes resultados podem ser explicados pela boa QdV que as participantes apresentavam na fase pré teste. Isto é, se na fase anterior à intervenção revelavam uma boa QdV em geral, é natural que com a terapia não se tenham observado benefícios significativos a este nível.

No que se refere ao otimismo, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa, quer para a ansiedade quer para a depressão, o que vai de encontro aos estudos de Scheier, e colaboradores (2001). Estes autores verificaram que as pessoas mais otimistas tendem a apresentar menos sintomas de ansiedade e depressão e assim melhor estado de saúde mental em geral.

No que respeita ao otimismo e QdV observou-se uma correlação positiva, o que vai de encontro ao estudo de Carver e colaboradores em 1994. Ainda que os resultados

obtidos não revelem significância estatística, parece existir de facto uma tendência para uma melhor QdV nas pessoas mais otimistas.

Assim, ao nível do otimismo, este estudo dá um contributo importante na medida em que, revela que as mulheres sobreviventes de cancro da mama mais otimistas apresentam menos sintomas de ansiedade e depressão e melhor QdV em geral.

Os resultados de correlação encontrados entre o otimismo e os sintomas psicopatológicos revelam significância estatística elevada, o que permite afirmar com certeza que estes estão efetivamente relacionados e neste caso negativamente. O otimismo parece de facto ser protetor de sintomatologia psicopatológica ansiosa e depressiva, e contribuir para uma melhor QdV das mulheres sobrevivente de cancro da mama. Neste sentido, sugerem-se programas de intervenção direcionados especificamente para a promoção do otimismo das mulheres sobrevivente de cancro da mama.

No que respeita à correlação entre as estratégias de *coping* e a ansiedade, verificou-se que as estratégias de *coping* de diversão e de planeamento são protetoras de sintomas de ansiedade, na medida em que se verificou uma correlação negativa entre elas. Relativamente aos sintomas de depressão, verificou-se a sua diminuição mediante o recurso a estratégias de *coping* individual, de foco positivo, de diversão e de planeamento. Estes resultados vão de encontro ao esperado, na medida em que, segundo a literatura, nomeadamente Justo (2009), as estratégias de *coping* se revelam eficazes na redução de sintomas psicopatológicos.

Em concordância com a investigação de Teixeira (2004), verificou-se no presente estudo que o recurso a estratégias de *coping* se encontra positivamente associado com a QdV. Contudo, estes resultados não são estatisticamente significativos, provavelmente devido ao número reduzido da amostra, verificando-se somente a existência de uma tendência.

No que respeita aos sintomas de ansiedade e depressão, verificou-se que existe uma tendência de correlação negativa com a QdV. Apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, a relação encontrada entre os sintomas de depressão e QdV encontram-se no limiar da significância, pelo que se deve ter em conta este aspeto, na medida em que seria provavelmente significativo se a amostra fosse maior. Estes resultados aproximam-se dos encontrados em investigações como a de Teixeira (2004) e Moreli e colaboradores (2009), no sentido em que se verifica uma tendência de correlação negativa entre os sintomas psicopatológicos e QdV em geral.

O facto da amostra do estudo ser bastante homogéneo, sendo que a maioria das mulheres foi submetida a mastectomia, recebeu quimioterapia, realizou hormonoterapia e não teve recorrência da doença, constitui-se um ponto forte deste estudo na medida em que potencia a fidelidade dos resultados obtidos com a intervenção.

No entanto, a amostra utilizada foi de conveniência, aspeto que coloca em causa a representatividade da amostra, condicionando a generalização dos resultados. Assim, sugere-se para investigações posteriores um método de seleção diferente.

Apesar das limitações metodológicas referidas e dos resultados encontrados indicarem um efeito limitado do programa, a sua importância é inegável, uma vez que se verificaram benefícios ao nível da manutenção da QdV em geral, e da compreensão e promoção do otimismo em mulheres sobreviventes do cancro na mama.

Os benefícios encontrados neste estudo, justificam a futura replicação destes resultados em amostras mais alargadas e distribuição aleatória das participantes entre um grupo de controlo e um grupo experimental.

### Referências

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Scaub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & 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(3), 65-376.
- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Press, A. N., Williams, P. D & Wingate, A. (1999). Defining and Measuring Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45-50.
- Anderson, B. (1992) Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J. Consult. Clin. Psychol*, 60, 552–568.
- Anderson, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, M., Glaser, R., Emery, C. & Crespín, T. (2004). III Psychological, behavioral and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (17), 3570-3580.
- Antoniazzi A.S., Dell’Aglío D.D. & Bandeira D.R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.



- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M. & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Carver, C.S. & Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*. American Psychological Association, Washington, DC, 189-216.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2005). Optimism. In Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (ed). *Handbook of Positive Psychology*, 231-243.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C, Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, . D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C, Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1994). Optimism versus Pessimism Predicts the Quality of Women´s Adjustment to Early Stage Breast Cancer. *Cancer*, 73(4), 1213-1220.
- Cumingham, A., Edmonds, C., Jenkins, G., Pollack, H., Lockwood, G. & Earr, D. (1998). A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 508-517.
- Cruz, J.F., & Mota, M. (1997). Adaptação e características psicométricas do POMS – “Profile of Mood States e do STAI – State Trait Anxiety Inventory”. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida & M. Simões (Eds), *Avaliação psicológica: formas e contextos*, 5, 539-545. Braga, Universidade do Minho: APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Dias, R., & Durá, E. (2002). Qualidade de Vida e doença oncológica. *Territórios da Psicologia Oncológica*, 75-98, Lisboa: Climepsi
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., et al.(1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medicals Association*, 249 (6), 751-757.
- Direcção Geral da Saúde (2002). Rede de referência hospitalar de oncologia. Lisboa: DGS.

- Edelman, S., Bell, D. & Kidman, A. (1999). A group cognitive behavior therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.
- Edelman, S. & Kidman, A., D. (1999). Description of a group cognitive behavior therapy programme with cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 306-314.
- Edmonds, C., Lockwood, G. & Cunningham, A. (1999). Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 74-91.
- Helgeson, V. & Tomich, P. (2005). Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14, 307-317.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M. & Andersen, B.L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Justo, J. M. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, Intervenção e articulações. *Territórios da Psicologia Oncológica*, 51-73. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals* 32(9).
- Kroenke, K. Spitzer, R. L. & Williams J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, 16, 606-613.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2011). O que é o cancro? Retirado a 23 de Outubro de 2011 de <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=9>.
- Maia, L. & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. *Portal dos Psicólogos*, 1-34.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- McIntyre, T., Fernandes, S. & Pereira, M. (2002). Intervenção Psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. *Territórios da Psicologia Oncológica*, 281-302. Lisboa: Climepsi Editores.
- McKiernan, A., Steggle, S., Guerin, S. & Carr, A. (2011). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(2), 143-156.

- Monteiro, S.O. M. (2008). Optimismo e Vinculação na Transição para o Ensino Superior: Relação com Sintomatologia Psicopatologia, Bem-Estar e Rendimento Académico. *Dissertação de Doutoramento*. Universidade de Aveiro.
- Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. (2006). Optimism in college students: Portuguese study of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). In V. C. I. d. P. C. y. d. I. Salud (Ed.). Costa Rica.
- 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 behaviour. *Psycho-Oncology*, 12, 331-344.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 218-228.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Moreli, L., Stacciarini J., Cardoso S. & Carvalho E., (2009). Applied interventions to promote coping strategies for depression among women with cancer. *Ciência y enfermaria*. 15(2), 41-54.
- Miranda, A. (1994). Rastreo do Cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12(3), 57-60.
- Mukluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A., (2005). Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer da Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Patrão, I. (2007). O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos. *Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde*. Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.

- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltazar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225-237.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A. & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, Mood, and Aspects of Personality in Spanish Translation and Evidence of Convergence With English Versions. *Journal of Personality Assessment, 74*(1), 63-87.
- Pereira, M. (2008). Promoção e Comportamentos de Saúde: Intervenção Diagnóstica no Cancro da Mama. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de Aveiro.
- Pereira, M., & Figueiredo, A. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal. Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Onco-News, 5*, 11-19.
- Peterson, C. & Bossio, L. (2001). Optimism and Physical Well-Being. In Chang, Edward C. (Ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*. American Psychological Association, 169-188.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de Cancro: uma outra realidade! *Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 16*(1), 142-148.
- Portal da Saúde. (2005). Cancro da mama. Retirado a 23 de Outubro de 2011 de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+mama.htm>.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Cancro da Mama: Um Estudo Exploratório com 60 Mulheres Portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(1), 13-32.
- Scheier, M.F., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Seidl, E., Tróccoli B. & Zannon C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225-234.
- Shead, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer, 80*(11), 1770-1780.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o Papel de variáveis

- sociodemográficas, clínicas e das estratégias de *coping* enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Solana CA. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia*, 28(3), 151-63.
- Teixeira J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica* 22(3), 441-448.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2010). Actas do VII simpósio nacional de investigação em psicologia. *Universidade do Minho*, 1509-1517.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2012). Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas, (1ª ed). *Universidade de Aveiro*. Placembo Editoras.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(15), 479-488.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Viana, M. F., Almeida, P. L. & Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor - POMS, *Análise Psicológica*, 1(29), 77-92.
- Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatics Research*, 27(4), 299-305.
- Winnie, K., Marsh, G., Ling, W, Leung, F., Joe, C., Yeung, M. & George, K. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal on Oncology Nursing*, 14, 17-22.
- 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.
- Zigmond, P. & Snaith, P. (1983). The hospital and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

**Anexos**

## Anexo 1 – Formulário de Consentimento Informado

A terapia de grupo a iniciar tem como objectivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais 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 auto-estima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objectivos 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.

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 1 hora e 30 minutos 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. De uma sessão para a seguinte será pedida a realização de uma tarefa simples, que parte da reflexão do assunto a tratar na sessão seguinte e consiste no registo “à mão” numa folha de um caderno que será facultado a todas as participantes.

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 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 nos trabalhos de investigação das Psicólogas Ana Carla Seabra Torres Pires e Ana Pinto, que garantem 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.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**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 objectivos 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 reflectir sobre esta proposta. Desejo colaborar nos estudos das psicólogas Ana Carla Seabra Torres Pires e Ana Pinto.*

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

Assinatura   X   \_\_\_\_\_

## Anexo 2 – Questionário Inicial



## Questionário Inicial

Nome \_\_\_\_\_ Idade 

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

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

Telefone / Telemóvel \_\_\_\_\_

Data de Diagnóstico: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

MEIO DE DETECÇÃO	Auto-exame (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



**Anexo 3** – Questionário de orientação de vida (TOV-R)

## TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (TOV-R)

Scheier, Carver, & Bridges, 1994; versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006

**Instruções:** Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com os seus sentimentos, mais do que de acordo com o que acha que a maioria das pessoas iria responder.

Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	<b>Discordo muito</b>	<b>Discordo pouco</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo muito</b>
1. Para mim, é fácil relaxar	E	D	C	B	A
2. Sou sempre otimista em relação ao meu futuro	E	D	C	B	A
3. Gosto muito dos meus amigos	E	D	C	B	A
4. É importante para mim manter-me ocupado	E	D	C	B	A
5. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero	E	D	C	B	A
6. Não me preocupo muito facilmente	E	D	C	B	A
7. Raramente espero que coisas boas me aconteçam	E	D	C	B	A
8. Em geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más	E	D	C	B	A

#### Anexo 4 – Questionário de estratégias de *coping* (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 <i>Stress</i>	<i>Stress</i> Moderado	Pouco <i>Stress</i>	Nenhum <i>Stress</i>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a doença na última semana e selecione 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 fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respeitar 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, atividade física como tratar de 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 atividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspetos 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 fez:

	<b>Muito Frequentemente</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Nunca</b>
15. Envolveu o seu companheiro numa atividade 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

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

## Anexo 6 – Questionário de Qualidade de Vida – (EORTC QLQ-C30)

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: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_

	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
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 grande distância a pé?	1	2	3	4
3.Custa-lhe dar um pequeno 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 lavra-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
6.Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desemprego das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7.Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou em outras atividades 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
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 atividades 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 interferirem na sua vida familiar?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferirem na sua atividade social?	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                      Ótima

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

1   2   3   4   5   6   7  
Péssima                      Ótima

**Anexo 7 – Questionário de Qualidade de Vida, Suplemento de cancro da mama (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>Bastante</b>	<b>Muito</b>
31. Sentiu secura 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 dificuldades 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 e no futuro?	1	2	3	4

<b>Durante as últimas quatro semanas:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente ativa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4
<b>Durante a última a semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</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 dificuldades em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afetada?	1	2	3	4
51. A área da mama afetada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afetada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4