

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



**ESTUDO CLÍNICO SOBRE O IMPACTO PSICO-FUNCIONAL E ESPIRITUAL NO
ESTATUTO DE SOBREVIVENTE ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre
em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

POR

MARINA ARLETE ALVES FERREIRA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA



FACULDADE DE FILOSOFIA
Braga 2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



ESTUDO CLÍNICO SOBRE O IMPACTO PSIO-FUNCIONAL E ESPIRITUAL NO ESTATUTO DE SOBREVIVENTE ONCOLÓGICO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado por: MARINA ARLETE ALVES FERREIRA
Sob a orientação de: Professor Doutor Rui Devesa Ramos

Centro Regional de Braga



Faculdade de Filosofia
Braga – Maio de 2011

“Há muitas razões para duvidar e uma só para crer”

Carlos Drummond de Andrade

1902-1987

Agradecimentos

À Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE pela receptividade e disponibilidade ao trabalho de investigação;

Ao Hospital de Braga pela disponibilidade e acolhimento nos procedimentos necessários à recolha de dados;

Aos Doutores: Paulo Passos, Rui Nabiço, Teresa Macedo, Catarina Portela, Júlia Amorim, Herlander Marques, Luís Castro, Mesquita Rodrigues, Xavier Lamelas, João Anjos pela disponibilidade e contribuição imprescindível na recolha da amostra clínica;

Aos utentes de ambas as instituições de saúde pela participação e testemunhos oferecidos;

Aos familiares e amigos dos utentes que participaram do estudo pela compreensão e pelo tempo que não se importaram de disponibilizar quando eram acompanhantes nas consultas médicas.

À minha mãe, por ser mãe, e fazer mais sacrifícios dos que podem ser aceites;

À Vira e ao Delfim que por entre contratempus e peripécias foram sempre presentes;

Ao Daniel pela coragem e distinção, pela amizade e lealdade que coloca em tudo, por ser um bom cultivador de paixões ...e claro, pelo corsa!

Resumo

A presente investigação tem como principal objectivo analisar o terreno que se manifesta após o diagnóstico e tratamento da doença oncológica, numa fase que tradicionalmente designa o utente como sobrevivente da doença de cancro. O estudo incide sobre as variáveis psicopatológica, funcional e espiritual, fazendo a associação com os dados sócio-demográficos e as características individuais de diagnóstico e tratamento de cada participante procurando a possibilidade das variáveis em estudo contribuírem ou melhor predizerem o estatuto de sobrevivente oncológico.

A Amostra reúne um grupo de 42 indivíduos, 29 mulheres e 13 homens com idade superior a 18 anos, a quem foi diagnosticado uma doença oncológica e que no momento da recolha de dados eram considerados sobreviventes, “livres da doença”, período que se convencionou de pelo menos 5 anos após o diagnóstico, sem recidivas.

A amostra foi recolhida através da consulta de *follow-up* e com base no processo clínico dos utentes na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, (ULSAM, EPE) e Hospital de Braga, EPE. Para a colheita de dados recorreu-se a um questionário sócio-demográfico, ao Brief Symptom Inventory (BSI), Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36) e uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde (EE).

Os resultados concluem a existência de dois modelos com capacidade predictiva do estatuto de sobrevivente oncológico, expressos pelas dimensões ideação paranoide e desempenho emocional, que explicam 26,5% da sobrevivência.

Em conclusão ficou demonstrada a presença de sequelas ao nível psicológico e ao nível funcional após cinco ou mais anos do diagnóstico da doença, e por isso, a necessidade de intervir a este nível para a promoção da saúde e bem-estar do paciente, incontestavelmente através de um trabalho multidisciplinar.

Palavras-chave: oncologia, sobrevivente oncológico, espiritualidade, psicopatologia, funcionalidade, dissertação de mestrado.

Abstract

The main objective of this research is to analyze the atmosphere that is manifested after the diagnosis and treatment of cancer, at a stage that traditionally refers to the user as a survivor of cancer disease.

The study focuses on the psychopathological variables, functional and spiritual energy, making the association with the socio-demographic data and the individual characteristics of diagnosis and treatment of each participant searching for the possibility of the study variables contribute or predict efficiently the status of the cancer survivor.

The sample contains a group of 42 individuals, 29 women and 13 men over the age of 18 years, to whom was diagnosed a cancer, and at the time of data collection were considered survivors, "free of the disease," a period that was conventionally at least 5 years after diagnosis, without recurrence.

The sample was collected through the follow-up and based on the clinical process of users in the Local Unit of Health in Alto Minho, EPE, (ULSAM, EPE) and the Hospital of Braga, EPE.

For the data collection mentioned above we have used a socio-demographic questionnaire, "the Brief Symptom Inventory" (BSI), a questionnaire of Health State (MOS SF-36) and a scale for the assessment of spirituality in health contexts (EE). The results prove the existence of two models with predictive capability of the status of a cancer survivor, expressed by the dimensions paranoid ideation and emotional performance, which explain 26.5 % of survival.

Accordingly to the above information we can conclude that this study demonstrated the presence of sequels in the psychological level and at the functional level after five or more years of the diagnosis of the disease. Therefore, there is the need to interfere at this level for the promotion of health and well-being of the patient, clearly through a multidisciplinary work.

Key Words: oncology, cancer survivor, spirituality, psychopathology, functionality, master's thesis.

Índice

Introdução	10
-------------------	-----------

Parte I Enquadramento teórico

1. As Doenças Oncológicas no Panorama Actual	13
1.1. Os números do cancro na população	14
1.2. Actuar Para a Sobrevida	15
1.3. O Sobrevivente Oncológico	16
2. Aspectos Psicossociais da Doença Oncológica	17
2.1. Factores Psicológicos na Doença Oncológica	18
2.2. O impacto da Doença Sobre a Funcionalidade	19
2.3. O Espaço da Espiritualidade	20
3. Ensaio sobre o doente Oncológico	21
3.1. A investigação científica com o sobrevivente de cancro	23
3.2. A Pertinência do presente estudo	26

Parte II Estudo empírico

1. Método	30
1.1. Desenho do estudo	30
1.1.1. Objectivo geral	30
1.1.2. Objectivo específico	30
1.2. Participantes	31
1.3. Instrumentos de medida	
1.4. Procedimentos na recolha de dados	32
2. Análise de dados	32
2.1. Procedimentos estatísticos	33
2.2. Resultados	34
2.2.1. Questionário sócio-demográfico	34
2.2.2. Análise da normalidade da distribuição	39
2.2.3. Escala de Avaliação da Espiritualidade (EE)	40
2.2.4. Questionário de saúde (Medical Outcomes Study 36-items Short-Form Healthy Survey- SF-36)	41
2.2.5. Inventário de sintomas psicopatológicos (Brief Symptoms Inventory) (BSI)	42
2.2.5.1. Pontos de corte	45
2.2.6. Análise de regressão linear múltipla	47
3. Discussão dos resultados	52

4. Conclusão	54
5. Referências bibliografias	56
6. Anexos	63

Índice de tabelas

Tabela 1: Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna.

Tabela 2a: Dados sócio-demográficos da amostra.

Tabela 2b: Dados sócio-demográficos da amostra.

Tabela 2c: Dados sócio-demográficos da amostra.

Tabela 2d: Dados sócio-demográficos da amostra.

Tabela 3: Teste de Shapiro-Wilk na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas da Escala de Avaliação da Espiritualidade (EE), Questionário de Saúde (MOS SF-36) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), nos grupos de homens e mulheres, bem como no total da amostra.

Tabela 4: Média (M), desvio-padrão (DP) e teste t de medidas independentes ou teste U Mann-Whitney na comparação entre Homens *versus* Mulheres, relativamente às escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade.

Tabela 5: Correlação entre as escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade.

Tabela 6: Média (M), desvio-padrão (DP) e teste t de medidas independentes ou teste U Mann-Whitney na comparação entre Homens *versus* Mulheres, relativamente às dimensões do Questionário de Saúde (MOS SF-36).

Tabela 7: Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos nos itens mais representativos do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Tabela 8: Média (M), desvio-padrão (DP) e teste t de medidas independentes ou teste U Mann-Whitney na comparação entre Homens *versus* Mulheres, relativamente às dimensões do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Tabela 9: Pontos de corte: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Tabela 10: Matriz de correlações entre as dimensões do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), por grupo gênero.

Tabela 11: Variáveis excluídas do modelo.

Tabela 12: Tabela ANOVA da regressão *stepwise*.

Tabela 13: Modelo resumido.

Tabela 14: Matriz de coeficientes de regressão *stepwise*.

Anexos

Anexo 1: Autorização das instituições de saúde para a realização do estudo

Anexo 2: Consentimento informado

Anexo 3: Questionário sócio-demográfico e clínico

Anexo 4: Escala de avaliação da espiritualidade em contexto de saúde

Anexo 5: Medical Outcomes Study 36-Items Short-Form Health Survey- SF-36 (Questionário de Saúde) (MOS SF-36)

Anexo 6: Brief Inventory Symptoms (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) (BSI)

Anexo 7: Tabela 1 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna

Anexo 8: Tabela 3 – Teste de Shapiro-Wilk na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas da Escala de Avaliação da Espiritualidade (EE), Questionário de Saúde (MOS SF-36) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), nos grupos de homens e mulheres, bem como no total da amostra.

Anexo 9: Tabela 7 – Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos nos itens mais representativos do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Acrónimos

ADN	Ácido desoxirribonucleico.
BSI	Brief Symptoms Inventory (Inventário de Sintomas Psicopatológicos).
CSB	Câncer Statistic Banch
CV	Coefficiente de variação
DP	Desvio-padrão.
EE	Escala de Avaliação da Espiritualidade.
M	Média
MOS SF-36	Medical Outcomes Study 36-Items Short-Form Health Survey – SF-36 (Questionário de Saúde).
n	Número de elementos da amostra
NCI	National Câncer Institute.
ULSAM, EPE	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial.
VD	Variável dependente.
VI	Variável independente.
p	Probabilidade estatística.
r	Correlação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

No decorrer do sec. XX, os países desenvolvidos contemplam uma transformação nos seus padrões de doenças, evoluindo de doenças infecciosas e agudas para doenças crónicas, prolongadas no tempo e comumente recidivas, exigindo terapêuticas mais especializadas e prolongadas. O cancro é um exemplo desta transformação, e dos contínuos esforços da ciência médica para impedir o seu desenvolvimento fatal (Conde, 1986).

Ao longo dos anos múltiplas pesquisas têm sido feitas no sentido de descobrir tratamentos mais eficazes e com efeitos secundários mais suportáveis, para assim haver uma possibilidade de prolongar a vida da pessoa doente, não só no tempo, mas na dignidade. Nos finais do sec. XIX e princípios do sec. XX verificam-se os grandes progressos no tratamento ao cancro, (Conde, 1986), mas este continua, contudo, a ser a segunda causa de morte nos países industrializados (Pimentel, 2006). A sua incidência depende de variáveis como a idade, o sexo e principalmente da localização geográfica, incidindo sobretudo nas pessoas mais idosas, embora se encontrem casos em qualquer faixa etária.

Com o aperfeiçoamento da ciência no campo dos tratamentos, o doente oncológico viu uma esperança na sua sobrevivência. Contudo, apesar de a terminologia «sobrevivente de cancro» ser usada desde há algumas décadas, o consenso sobre a sua definição, não é ainda claro para todos.

Em Portugal através das publicações na área verifica-se que têm sido realizados vários estudos no campo da oncologia abordando a fase do diagnóstico e dos tratamentos, mas pouco se conhece depois de ultrapassadas estas etapas. O presente estudo ciente desta carência propôs-se a analisar o terreno das dimensões psicopatológica, funcional e espiritual que se manifesta após um período mínimo de 5 anos desde a confirmação do diagnóstico de cancro. Tendo como objectivo geral conhecer o estatuto de sobrevivente na doença oncológica e contribuir para futuras investigações na área, procurando especificamente, avaliar as variáveis predictoras do estatuto de sobrevivente, verificar como se posicionam entre si as diferentes dimensões para explicar o fenómeno sobrevivência, verificar se alguma dimensão estudada requer particular atenção no estatuto sobrevivente e para o estatuto sobrevivente, sinalizar a eventual necessidade de intervir junto desta população caso se confirme a existência de psicopatologia, e ainda sinalizar de entre os aspectos estudados os que possam requerer particular atenção na promoção da saúde dos utentes oncológicos → factores predictoras. Com este intuito, a presente dissertação procura numa primeira parte um enquadramento teórico, subdividido em três pontos. O primeiro, abordando a definição de cancro, os possíveis

tratamentos e a designação de sobrevivente. O segundo, as dimensões sobre as quais o estudo em causa incide, e um terceiro, que resumidamente procurou destacar alguns dos estudos realizados na área e que poderão contribuir para a compreensão da problemática e pertinência da experiência empírica promovida, que a seguir se descreve na segunda parte deste trabalho.

Parte I
Enquadramento Teórico

1. As Doenças Oncológicas no Panorama Actual

Graças ás múltiplas investigações que tem vindo a ser realizadas ao longo do tempo, hoje são conhecidos cerca de 100 tipos diferentes de cancro. Patologia que se desenvolve a partir da unidade básica estrutural e funcional do organismo vivo – a célula, que revela para isso uma alteração da sua morfologia e bioquímica – célula cancerígena. Em regra, as células crescem, dividem-se e multiplicam-se para que assim se formem novas células, onde as que envelhecem e morrem possam ser substituídas por outras. No cancro, este processo disciplinado não acontece. Novas células são formadas sem que o organismo necessite e não há substituição das que já existiam por estas agora formadas. Este processo descontrolado irá originar um tumor que em muitos casos poderá ser maligno – cancro (Bower & Maxman, 2008; Pheiffer in Shirley & Otto 2000).

Ao falar de tumor, está-se a fazer referência a um termo genérico que indica um aumento anormal de uma parte ou da totalidade de um tecido - neoplasia, podendo cursar de duas formas. Os tumores benignos - não cancerosos, caracterizam-se por um conjunto de células que crescem de forma lenta e ordeira e não invadem os tecidos adjacentes, ou seja, são células que crescem circunscritas a um determinado tecido e por isso não desenvolvem metástases, mas pelo seu crescimento anormal, podem provocar a compressão de estruturas vitais lesionando-as. Por sua vez, os tumores malignos - cancerosos, expandem-se a nível local e ou invadem os tecidos adjacentes podendo chegar a partes distantes daquela em que se formou, introduzindo-se nos vasos linfáticos e sanguíneos da zona, alcançando a circulação linfática ou sanguínea. No decorrer deste percurso vão desenvolver outros tumores semelhantes ao original que tomam a designação de metástases. O seu crescimento é desordenado devido a uma alteração nas funções que regulam o ADN. Sempre que este sofre uma modificação, o resultado é uma desorganização das funções biológicas. Como consequência, o crescimento das células é desordenado, perdendo estas a sua função especializada, podendo adquirir outras funções ou características (Costa, Magalhães, Félia et. al. 2005; Enciclopédia da Saúde, 2005; infocancro).

Segundo Yamagushi (1994), oncologia é a ciência que estuda o cancro, como ele se forma, como se instala e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento.

Actualmente a ciência reconhece que podem ser os responsáveis pela formação de tumores os agentes químicos (substâncias químicas do exterior que actuam sobre o organismo), os agentes físicos (certas radiações) e ou os agentes biológicos (determinados vírus), que em associação com factores pessoais (genéticos, ambientais, imunitários) aumentam a probabilidade de a causa produzir o efeito. A oncologia dedica maior interesse sobre factores

atmosféricos, alimentares, profissionais, factor tabaco e factores hereditários e desconhecidos. É sabido, que um factor específico necessita de agir reiteradamente sobre o organismo e de actuar também sobre a sua natureza para que haja a formação de um tumor, acontece que posteriormente à sua formação este processo tem tendência para prolongar-se no tempo e para a autonomia em relação ao doente (Conde, 1986; Pfeifer in Shirley & Otto 2000).

1.1. Os números do cancro na população

Segundo a organização mundial da saúde em 2008, 25 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com um cancro, tendo falecido em 2007 cerca de 8 milhões de doentes. Destes 8 milhões, estima-se que 72% se encontram em países desenvolvidos. A ciência médica acredita que aproximadamente 1/3 das doenças de cancro têm como ser prevenidas e outro terço se for detectado atempadamente e tiver um tratamento adequado podem ser curados (Surbone, 2009). Na Europa uma em cada quatro pessoas já teve, tem ou poderá desenvolver um cancro. Estima-se que em 2015 se diagnostiquem um milhão e 405 mil novos casos, sendo os mais prevalentes, o cancro do pulmão, do colórectal e da mama (Pimentel, 2006). É a segunda causa de morte em Portugal, tornando-se muitas vezes uma doença incapacitante (Miranda, 1994 cit. por Patrão & Leal, 2004). Em 2010 matou 30 mil portugueses e todos os anos a incidência tem vindo a aumentar, surgindo cerca de 50 mil novos casos anuais (Rádio Renascença).

No que respeita ao género, a estatística demonstra que as mulheres são sobretudo afectadas pela neoplasia da mama, do cólon e recto e do colo do útero. Por sua vez, nos homens destaca-se o cancro do pulmão, da próstata, do estômago, e do cólon e recto que possui análoga incidência de géneros. A distribuição geográfica desempenha um factor de peso na incidência das diferentes neoplasias, provavelmente condicionada pelos factores ambientais - de natureza biológica, química ou física (Câncer Statistics Branch of the NCI, 2010; Enciclopédia da Saúde, 2005;). Actualmente tem-se verificado uma maior predominância da doença em pessoas idosas devida, provavelmente à maior susceptibilidade ou sistema imunitário deficiente (Goldman in Shirley & Otto, 2000).

Com um grande estigma associado, a informação esclarecedora sobre o cancro é formada em volta de ambiguidades e imprecisões, contribuindo para as erradas concepções acerca da doença (Lopes, 2005). Estudos revelam que a etapa do momento do diagnóstico é vivida com inúmeras dúvidas, incertezas, medo e questionamentos, considerada stressante e de grande desgaste emocional. O estado de choque e um grande medo de morrer verificam-se e

caracterizam a informação enviesada do senso comum (Silva, 2005). A palavra cancro continua hoje associada à ideia de morte e considera-la uma patologia fatal é por si só contraproducente. No entanto o sucesso da sua cura actualmente é bem superior ao que a maioria das pessoas julga.

1.2. Actuar para a sobrevida

Odgen, 2004 cita (Regateiro, in enfermagem oncológica 2004), “não há uma doença única chamada «cancro»”, mas antes um conjunto de várias situações oncológicas que na sua constituição possuem características em comum. Fala-se assim, de uma doença multifactorial, que implica tratamentos e prognósticos diferentes e que agride a integridade física e psíquica da pessoa. Hoje, procura-se a detecção precoce da doença e investe-se na qualidade e eficácia dos tratamentos para atenuar os efeitos negativos que esta exerce na pessoa, existindo um maior cuidado sobre a sua totalidade, valorizando a dimensão social, económica, legal, familiar, espiritual, entre outras (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006; 2007).

A ciência médica disponibiliza actualmente tratamentos curativos como a cirurgia com o objectivo de extrair o tecido canceroso e erradicar as células tumorais malignas; a radioterapia que utiliza radiações ionizantes de diversos tipos com a intenção de destruir ou retardar o processo de divisão das células malignas; a quimioterapia que passa pela utilização de medicamentos citostáticos tóxicos para as células malignas e ainda o tratamento hormonal, que estimula ou inibe a produção de hormonas, e por fim, a Imunoterapia que pretende estimular e reforçar as defesas naturais do organismo contra os tumores (Enciclopédia da Saúde, 2005).

Através do progresso e aperfeiçoamento destes tratamentos médicos, a luta contra a doença tem vindo a triunfar aumentando a sobrevida da pessoa afectada. O NCI (2002), refere que cerca de 10.1 milhões de pessoas vivem após um diagnóstico de cancro, estatística que demonstra a urgência de outros cuidados, no sentido de promover a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa. Esta organização tem neste sentido, em colaboração com outras entidades privadas e profissionais, procurado melhorar métodos e sistemas de dados no acompanhamento do doente oncológico investindo na sua qualidade de vida, facto que tem aumentado o número de pessoas que vivem por longos períodos de tempo após o diagnóstico. O aumento da esperança na sobrevida do doente resulta de uma combinação entre a detecção precoce, aperfeiçoamento dos tratamentos, e mais e melhores cuidados de suporte. A organização refere que em 2006, cerca de 11,4 milhões de americanos viviam com o diagnóstico de cancro invasivo. Destes, mais de 2,5 milhões lidavam com o diagnóstico de

cancro da mama feminino, mais de 2,1 milhões com cancro de próstata, e mais de 1,1 milhões com cancro colorretal. Cerca de 1,7 milhões (14,5 por cento) dos 11,4 milhões de americanos que tinham sido diagnosticadas com cancro invasivo eram sobreviventes de longo prazo que tinham sido diagnosticados pelo menos 20 anos antes. Compreender como é gerido o impacto e a experiência de cancro é pois fundamental, para que ganhos e custos na saúde possam ser equacionados.

1.3. O sobrevivente de cancro

Mullan (1985) é referido como o primeiro autor a utilizar o conceito de sobrevivente de cancro, destacando-lhe o dinamismo e a impossibilidade de delimitação uma vez que a doença interfere nos vários aspectos da dimensão humana e da sua vida, implicando a pessoa que padece, a família, os cuidadores, e todos os que estão próximos e partilham desta experiência, considerados muitas vezes de sobreviventes secundários (Pollack, Rowland, Crammer & Stefanek, 2009). É neste sentido expressa como uma doença crónica, com implicações físicas, emocionais e sociais e efeitos colaterais a longo prazo.

O National Coalition for Cancer Survivorship refere que, desde o período de diagnóstico e de equilíbrio pessoal, um indivíduo diagnosticado com cancro é considerado um sobrevivente. Já o NCI defende que o estatuto de sobrevivência abarca aspectos físicos, psicossociais e económicos desde o momento do diagnóstico até ao final da vida, incluindo aspectos relacionados com o acesso aos cuidados de saúde, a possíveis reincidências e à qualidade de vida. Inclui na definição a família, os amigos e todos os cuidadores, como fazendo parte do processo/experiência de sobrevivência (NCI). Por sua vez outros autores atribuem esta designação à pessoa que se encontre em qualquer fase após o fim do tratamento e que esteja aparentemente livre da doença (Little, Paul, Christopher, & Sayers, 2002; Feuerstein, 2007), outros preferem ser mais cautelosos e definir como sobrevivente aquela pessoa que vive para além dos cinco anos após o tratamento ou até que «rejeite o termo ‘sobrevivente’, preferindo pensar nas pessoas com história de cancro como lutadoras, afortunadas, campeãs, doentes, ou simplesmente como pessoas que tiveram uma doença ameaçadora» (Reuben, 2004 cit. por Pinto e Pais-Ribeiro, 2006). Diante destas posições, verifica-se claramente as divergências quanto á definição de sobrevivente de cancro, no entanto, é tradicionalmente considerado por vários clínicos e perpetua-se no senso comum o período de 5 anos como bom prognóstico. Os dados estatísticos são aqui um argumento ao revelarem um aumento de 70% sobre a taxa de sobrevida decorrido este período de tempo ou mais, embora não haja uma significância biológica específica sobre este facto. Para uma grande parte dos cancros, a probabilidade de

sobreviver aos segundos cinco anos é maior do que sobreviver aos primeiros cinco. No entanto, nada invalida a possibilidade de reincidências findo este espaço de tempo, aspecto que conduz à cronicidade de alguns tipos de cancro e enfatiza a necessidade de acompanhamento para além desta meta (Goldman in Shirley & Otto, 2000). Assim, pensar o conceito de sobrevivente será indiscutivelmente, fazer um assento nos aspectos subjectivos de bem-estar e qualidade de vida que a própria pessoa atribui à sua experiência.

2. Aspectos Psicossociais na doença Oncológica

Cabaço (1995) refere ao citar Marti, Tusquat Y Grau (1987), que a saúde física e mental são o produto de uma adaptação à esfera humana nas dimensões biológica, psicológica e social, devendo ser abordadas como um todo (cit. in Bernardo, 1988). Parte desta associação, a harmonia e o equilíbrio em que a saúde se alicerça.

A literatura é unânime afirmando que os sobreviventes de cancro se deparam com alguns problemas que lhes são comuns: a) o medo de recidivas e ou da morte, b) alterações ao seu estilo de vida e ajuste aos efeitos colaterais, c) o encontro de um significado e lugar para o cancro, e ainda d) problemas genéticos (Schag, Ganz, Wing, Sim & Lee, 1994; Pinto & Ribeiro, 2007). Associado à doença está sempre um certo nível de mau estar, que se estende desde a ausência de, até ao extremo mau estar. São comuns as crises existências e o despoletar de vulnerabilidades, bem como o desenvolvimento ou intensificação de sintomas ou quadros psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade. As preocupações, os medos, o mau estar psicológico e as alterações ao estilo de vida de até então, são o resultado das estratégias que o paciente usa para enfrentar a doença e que vão impor o uso de outras novas formas de enfrentar a situação. Também a localização do cancro interfere com a qualidade de vida e com o bem-estar psicológico, sendo uns mais vulneráveis do que outros à emergência de patologia (Diez, Forjaz & Landívar, 2005).

Neste sentido, abordar e compreender aspectos psicopatológicos, funcionais e espirituais na doença do cancro será um factor promotor para fomentar a qualidade de vida e o bem-estar dos utentes e melhorar os cuidados prestados.

2.1. Factores Psicológicos na Doença Oncológica

Nos últimos anos maior atenção tem sido dedicada aos factores psicológicos na doença oncológica. Não só pela crescente sobrevida destes pacientes, mas também pela aposta na possível contribuição dos factores psicológicos na etologia da doença.

Vários estudos prospectivos tem sido realizados neste sentido e as suas contribuições têm permitido compreender o impacto psicológico da doença sobre a pessoa e dos factores psicológicos sobre a manifestação da doença quando associados com outras causas. “A depressão psicológica, as dificuldades de relacionamento interpessoal, a personalidade dependente e subestimada face a um objecto ideal e a impossibilidade de exprimir a impulsividade agressiva”, são factores que se concluíram tendenciais condutores ao advento das doenças oncológicas (Justo in Dias & Durá, 2002). Determinados traços de personalidade ou estilos de comportamento podem assim, tornar as pessoas mais susceptíveis a desenvolver uma doença oncológica. Estudos verificam frequentemente a existência de um maior potencial ao desenvolvimento da doença em indivíduos com pior saúde mental, como a presença de depressão, ansiedade, baixa auto-estima, fadiga, dificuldade de tomar decisões, solidão ou isolamento, entre outros, considerando que estes são aspectos que baixam a imunidade do organismo e conseqüentemente aumentam a susceptibilidade à doença. Também a sociedade tende a impor determinadas funções e comportamentos ao indivíduo com base no seu género o que em parceria com a dificuldade de enfrentar a doença e de continuar a exercer o seu papel, leva a sentimentos de impotência e inferioridade desencadeando as condições ao desenvolvimento de conflitos emocionais e reacções psíquicas que dificultam a sua participação activa no tratamento (Gianini, 2007).

Derogatis e col. cit. por Haccille (2000), observaram uma percentagem considerável de perturbações psiquiátricas nos doentes oncológicos, com maior predomínio sobre a Depressão e a Ansiedade, percentagens duas vezes superior à prevalência da população global de doentes e três vezes superior à população geral. White e Macleod (2002) apontam também a depressão, a ansiedade, e as perturbações neuropsiquiátricas como as patologias de foro mental mais prevalentes nos doentes oncológicos. Por sua vez, Soares, Moura, Carvalho e Batista (2000), encontraram diferenças entre géneros no que refere à sintomatologia emocional. Dimensões como a somatização, as obsessões-compulsões, a depressão e a ansiedade revelaram-se mais significativas no género feminino e nos homens constatou-se uma maior eficácia em lidar com a doença. Neste sentido, é indiscutível, que os pacientes de cancro sofrem um grande impacto psico-emocional e cuidar deste estado é pois, uma necessidade que começa a ser considerada pelos médicos e a ser olhada como um aspecto primordial na promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Pollack, Rowland, Crammer et al. (2009) citam um estudo da autoria de Bober et al. (2009), em que este recolheu relatos de despreparação dos médicos de medicina interna no acompanhamento aos sobreviventes devido à falta de formação e de directrizes indefinidas ou inexistentes na

prática clínica. Muitos dos sobreviventes oncológicos ignoram a pertinência do equilíbrio entre corpo-mente no decorrer da fase de recuperação, mas são vários os estudos que demonstram, que através das técnicas de biofeedback, meditação, yoga, imagens guiadas e outras de relaxamento, há um efeito positivo da mente sobre a imunidade nas doenças oncológicas.

A reinserção psicológica mais ou menos adequada do indivíduo doente depende das vivências e significados atribuídos e integrados por si e pela sua família à doença e aos tratamentos (Ribeiro in Dias & Durá, 2002). O modo como lidam com a doença, a percepção que têm sobre os sintomas, causas, duração, consequências e controlo, são aspectos que vão influenciar e explicar parte das diferenças individuais ao nível do ajustamento emocional (Soares, Moura, Carvalho & Batista, 2000). Ribeiro (1998) atribui ao tipo de cancro, às expectativas de sobrevivência, à agressividade das terapêuticas, às alterações na imagem corporal, às características da personalidade, entre outras variáveis, a responsabilidade pelas consequências psicológicas manifestas por alguns utentes. A associação entre as perturbações psicológicas e a inadequada adaptação à doença, bem como o descuido sobre estes aspectos, podem na doença oncológica comprometer consideravelmente o sucesso da cura (Hacpille, 2000). A doença não é um evento estático, mas antes um processo de transformação pessoal, onde o crescimento pessoal se revela um componente essencial da recuperação. Urge a necessidade da pessoa afectada reflectir sobre quem é e qual o sentido e lugar da doença na sua vida.

2.2. Impacto da doença sobre a funcionalidade

Farinati (1997) cit. por Alves, Leimann, Vasconcelos et al. (2007), refere-se à capacidade funcional como a potencialidade para desempenhar as actividades de vida diária ou para realizar determinado acto sem necessidade de ajuda.

Em contraposição, Yang & George (2005) designam a incapacidade funcional como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade.

Conviver com uma doença crónica é uma possibilidade actualmente, no entanto esta situação requer uma adaptação à nova realidade e a capacidade de distanciar-se de comportamentos estereotipados. Para o sobrevivente oncológico as mudanças nos padrões de vida e os reajustes agora necessários podem colocar a sua identidade anterior em causa. A urgência de reestruturar as relações sociais, laborais e afectivas implicam o assumir de outro

papel que se envolve de ambiguidades. Como refere Pinto & Ribeiro (2007) deixa de «“ser doente”» para «“se tornar na pessoa que teve um cancro”».

O conceito de funcionalidade tem vindo a adquirir uma posição mais positiva, substituindo o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva. Engloba actualmente a interacção entre vários factores numa abordagem bio-psico-social integrando os componentes de saúde a esses mesmos níveis. Trata-se de uma dimensão que depende do contexto ambiental em que a pessoa se insere partindo de actividades mais simples às mais complexas. Inclui aspectos referentes à aprendizagem e aplicação de conhecimento, comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, actividades e situações de vida doméstica, relações e interacções pessoais, educação e trabalho, situação económica, vida comunitária e outras actividades. Basicamente é uma dimensão que se baseia na capacidade do indivíduo para executar determinadas actividades e envolver-se na participação social (Farias & Buchalla, 2005).

No utente oncológico os padrões de funcionamento psicossocial podem ser variados, provocando distintas trajectórias inter-individuais. Por esta razão, afirmar um único modelo de adaptação é incoerente e inaceitável (Knobf, 2007 cit. por Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

2.3. O Espaço da Espiritualidade

Estando a doença de cancro associada a uma conotação social negativa, as questões existenciais emergem colocando a pessoa em confronto com a sua vulnerabilidade. Surgindo como uma ameaça à integridade física, a doença serve-se dos valores e das crenças da pessoa mediatizando os efeitos do cancro.

A dimensão espiritual envolve questões ligadas ao significado da vida e à razão de viver, sendo definida como uma sensação de paz individual, um pressuposto e uma ligação aos outros (Panzini, Rocha, Bandeira et al. 2007; Henocho & Danielson, 2009). Pinto e Ribeiro, (2010), consideram a espiritualidade uma dimensão complexa e multidimensional que agrega aspectos cognitivos (procura de sentido e significado na vida), aspectos emocionais (sentimentos de esperança, os afectos, o conforto e o apoio) e aspectos comportamentais (modo como as crenças espirituais são manifestadas e a força do seu estado de espírito). Através da prática de uma religião, da ligação com os outros, da natureza, da arte, da procura de uma verdade, através de um conjunto de valores e princípios ou mesmo pelo confronto com uma doença grave como o cancro, muitas pessoas encontram a sua espiritualidade. Neste

sentido, descreve-se como uma dimensão relevante na atribuição de significado ao sofrimento que a doença provoca e um recurso de esperança diante do estado de saúde.

O NCI com base em estudos científicos menciona factores como a diminuição da ansiedade, depressão, raiva, desconforto, sensação de isolamento e risco de suicídio; menor consumo de drogas e álcool; aumento de sentimentos positivos, de esperança e optimismo, maior capacidade de gozar a vida no decorrer da doença e dos tratamentos, melhor adaptação à doença; sensação de crescimento pessoal, satisfação com a vida e paz interior, que podem ser facilitados e promovidos devido ao bem-estar espiritual e religioso, estando aqui em causa também, o aumento do tempo de vida do doente. Na adaptação à doença a espiritualidade assume assim um importante contributo afectando o modo como cada pessoa vive a sua vida. Frequentemente este conceito é usado no lugar da fé religiosa, atribuindo-lhe as práticas ou devoções específicas, numa relação com o transcendente e o divino. No entanto a sua definição é distinta, reservando-se à religião um conjunto específico de crenças e práticas que normalmente se desenvolvem dentro de um grupo organizado.

Hoffmann, et al. (2006) escreve, “O sentido de transcendência é um grande aliado para quem necessita restaurar a sua integridade abalada.” Para Marques (2003), a espiritualidade pode favorecer a aceitação da doença e a própria reabilitação ou o apoio que outros poderão proporcionar. A teoria fundamenta assim, que a dimensão religiosa e espiritual parece estar relacionada com expectativas de vida maiores, maior esperança, equilíbrio na auto-estima, bem-estar psicológico e interpessoal, menor sintomatologia ansiosa e depressiva e menor risco de suicídio.

Os sobreviventes de cancro exibem diferentes trajectórias no que diz respeito ao seu bem-estar psico-espiritual e que disso depende muito provavelmente a sua idade, o género, o nível de educação, as tradições culturais e ou práticas religiosas (NCI).

3. Ensaio sobre o doente Oncológico

As investigações que têm sido realizados no decorrer dos anos com o objectivo de conhecer qual o impacto da doença na vida das pessoas e quais as possibilidades de ajustar, promover e manter a qualidade de vida e o bem-estar dos afectados, têm-se debruçado maioritariamente sob as fases do diagnóstico e tratamento, favorecendo um maior conhecimento destas etapas em relação à fase da sobrevivência. Os números disponíveis da incidência e prevalência da doença, frequentemente se encontram referidos nos artigos científicos e sites da Internet ou em bases estatísticas demonstrando a evolução da patologia, a eficácia das intervenções e ou necessidade de ajuste das mesmas. Ao pesquisar sobre dados

referentes à doença oncológica é notório o défice encontrado na informação disponível sobre a fase de sobrevivência comparativamente às etapas anteriores. Em relação ao diagnóstico e tratamento Patrão, Leal e Maroco (2008), no sentido de averiguar o impacto emocional dos diferentes momentos do adoecer da mama, acompanharam 30 mulheres, a maioria casada, com média de 52,9 anos de idade, e com escolaridade até ao 12º ano, ao longo do diagnóstico, cirurgia e tratamento, não tendo encontrado indícios de instabilidade emocional ou de perturbação de adaptação com depressão e ou ansiedade ou mista. Neste sentido, defendem que as mudanças provocadas pela doença implicam o recurso às potencialidades pessoais e à reestruturação das prioridades e objectivos através de uma transição psicossocial que conduz ao crescimento pessoal. Matthews e Cook (2009), numa amostra de 93 mulheres submetidas a radioterapia por cancro de mama encontraram uma relação positiva entre o optimismo e bem-estar emocional, e entre o suporte social. Os resultados consideraram ainda a auto-transcendência como mediador parcial entre o optimismo e o bem-estar emocional.

No contexto da doença oncológica os pacientes vêm a necessidade de usar determinadas estratégias de coping na adaptação à nova realidade. Lazarus e Folkman (1984) classificou estas estratégias em dois grupos: a) estratégias focadas no problema e b) estratégias focadas nas emoções, em que as primeiras procuram agir sobre o problema eliminando ou diminuindo-o, e as segundas, procuram ajustar as emoções às alterações que o problema comporta. Num estudo realizado por Dunkell-Schetter et. al. (1992), verificou-se que as principais estratégias de coping usadas pelos pacientes oncológicos, eram o suporte social, a focalização em aspectos positivos, o distanciamento/isolamento e evitamentos cognitivos e comportamentais (cit. in Maia & Correia, 2008). Varela e Leal (2007) numa amostra de 84 mulheres, com média de idade de 47,9 anos, maioritariamente casadas e com baixo nível de instrução académica, após o diagnóstico de cancro de mama já em tratamento ou tendo terminado recentemente, revelaram um maior uso de estratégias de espírito de luta¹ e de fatalismo². Por sua vez, Soares, Moura, Carvalho et al. (2000) num estudo intitulado “As relações entre o ajustamento emocional, as estratégias de coping, a afectividade e a percepção da doença”, revelou que as estratégias de coping são usadas diferentemente consoante o género. Assim, os homens são mais eficazes a lidar com a doença, mantendo uma atitude mais positiva, sem descorar as actividades, a sua independência e a esperança na reabilitação ao contrário das mulheres que usam mais estratégias de regulação afectiva.

¹ Diz respeito a um padrão de resposta caracterizado por uma atitude optimista. O utente sente que possui algum controlo sobre o percurso da doença (Varela & Leal, 2007).

² A atitude do utente face à doença é passiva (Varela & Leal, 2007).

Nunes (2008) num estudo realizado com 26 mulheres mastectomizadas sob tratamento de quimioterapia adjuvante entre os 26 e 55 anos de idade verificou que apesar dos múltiplos factores implicados no ajustamento psicossocial, a sua amostra revelava uma abordagem positiva à sua doença.

Hoffmann et al. (2006) no seu estudo sobre Repercussões Psicossociais, Apoio Social e Bem-Estar Espiritual em mulheres com Cancro da Mama observaram que as mulheres que haviam pensado em desistir do tratamento eram aquelas que denunciavam maior crença religiosa denunciando acreditar mais num ser divino para a sua cura do que na própria equipa médica. No mesmo artigo é referido que “O sentido de transcendência é um grande aliado para quem necessita restaurar a sua integridade abalada.” Para Marques (2003) a espiritualidade pode favorecer a aceitação da doença e a própria reabilitação ou o apoio que outros poderão proporcionar.

Em questões de funcionalidade, Gianini (2007) verificou que homens e mulheres possuem preocupações diferentes em relação aos seus papéis sociais. As mulheres revelam preocupação com a impossibilidade de assumir os cuidados familiares e as lides domésticas, enquanto os homens parecem ter mais dificuldade em lidar com as suas limitações físicas e de suporte, com a interrupção repentina das suas actividades e com a perda do papel de provedor familiar. Diferenças provavelmente associadas aos aspectos culturais e de socialização entre homens e mulheres.

Preocupações com a saúde futura dos filhos ou da família, o medo da recorrência, a discriminação laboral, as dificuldades financeiras e as exigências dos efeitos secundários tardios do tratamento, as dificuldades em lidar com as alterações na imagem corporal e no funcionamento corporal, a fadiga e a dor são aspectos que podem permanecer após os tratamentos e afectar o sobrevivente oncológico (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

3.1. A investigação científica com o sobrevivente de cancro

A importância e a curiosidade pela fase da sobrevivência na doença oncológica, com base nos estudos que têm vindo a ser publicados revelam-se de certo modo negligenciadas. Hoje parece nascer o reconhecimento da importância de apostar e validar o investimento no equilíbrio e bem-estar da pessoa depois de um acontecimento marcante e destruturante como é a doença de cancro. A crescente esperança de vida que o homem tem atingido na sociedade actual, despoletou um conjunto de doenças degenerativas e crónicas que ano após ano intensifica a sua incidência. A doença do cancro é uma destas enfermidades, que graças

aos avanços da ciência tem obtido resultados promissores no tratamento do paciente. No entanto, depois dos tratamentos a pessoa acometida pela doença vê-se desamparada pelo sistema de saúde e na verdade, não há certezas, e muitas vezes nem a crença pessoal, quanto à sua cura. Estudos no campo oncológico concorrem para o conhecimento das mudanças decorrentes deste acontecimento e oferecem uma visão mais alargada e consistente das reais necessidades dos doentes e do seu sistema de apoio. É com base nestes pesquisas que se promove a adequação das intervenções e se constroem outras no sentido de aperfeiçoar o conhecimento na área. Lentamente se vê surgir as pesquisas científicas que incidem sobre a fase da sobrevivência.

Numa revisão da literatura, Pinto e Pais-Ribeiro (2006) concluíram que os estudos publicados com sobreviventes de cancro entre o ano de 2000 e 2004 sobre a qualidade de vida incidem sobretudo no cancro da mama e que nesta fase a mesma dimensão é geralmente boa comparada com a população saudável, havendo no entanto, uma transversalidade em questões que os autores referem estar conectadas com a saúde, trabalho e preocupações relacionadas com a família, medo de recidiva, alterações na auto-imagem e na vida sexual. No que respeita ao suporte social, os estudos revelaram que este é um factor importante funcionando como atenuante das condições agressivas no diagnóstico e tratamento. Trata-se de um mecanismo que por intermédio das relações interpessoais protege os indivíduos dos efeitos negativos do stress sobre a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Serra, 2002 cit. por Patrão & Leal, 2004). Pinto e Pais-Ribeiro (2006) ainda na mesma revisão bibliográfica encontraram uma correlação positiva entre apoio social e qualidade de vida nas mulheres que tiveram cancro de mama e uma correlação negativa entre a incerteza (associada ao medo da recidiva) e a qualidade de vida (Lewis et al., 2001; Pedro, 2001; Sammarco, 2003; Wonghongkul et al., 2000, *op. cit.*). Verificaram ainda que o apoio social percebido é menor nas pessoas mais velhas (Sammarco, 2003, *op. cit.*) do que nas pessoas mais novas (Sammarco, 2001. *op. cit.*), os autores consideram que esta pode ser a razão pela qual a incerteza é elevada com o avançar da idade. Também a percepção de um apoio social adequado se mostrou associada a baixos níveis de ansiedade e depressão, melhor adaptação social e melhor auto-estima (Lewis et al., 2001; Sammarco, 2001, *op. cit.*). O sentido de coerência e esperança revelaram-se predictores directos do bem-estar psicológico, e a perspectiva espiritual evidenciou uma relação indirecta nesse bem-estar (Gibson & Parker, 2003, *op. cit.*).

No que diz respeito às dimensões aqui em discussão os estudos realizados apontam-nas como variáveis importantes com efeito sobre a sobrevivência do utente.

Também Moreira, Silva e Canavarro (2008), através de três grupos de sujeitos (56 mulheres sem história de doença oncológica, 32 recentemente diagnosticada e 58 sobreviventes), constatou que o grupo das sobreviventes apresentava níveis normais de ansiedade e depressão, encontrando-se afectada a qualidade de vida e o domínio físico, bem como, o nível normal de ansiedade e depressão no grupo recentemente diagnosticado. Contrariamente, Kornblith e Ligibel (2003) citado pelo mesmo autor, encontraram igualmente em sobreviventes de cancro de mama, níveis de ansiedade e depressão significativos durante pelo menos os quatro anos seguintes à finalização dos tratamentos.

Através de uma outra investigação igualmente sobre o ajustamento psicossocial, realizada por Costanzo, Ryff e Singer (2009), com uma amostra de 398 indivíduos com cancro e 796 saudáveis constatou-se um decréscimo na saúde mental após o diagnóstico da doença, ao contrário dos restantes domínios que mantinham a sua presença proporcional antes e depois do diagnóstico. Neste mesmo estudo foi ainda possível verificar que os sobreviventes exibiam espiritualidade, bem-estar social e crescimento pessoal, e que o factor idade foi significativo no que respeita ao funcionamento psicossocial, havendo maior probabilidade de desenvolvimento de distúrbios mentais nas classes mais jovens da população.

Num outro estudo sobre qualidade de vida com sobreviventes de cancro, Trentham-Dietz et al. (2003) recolheram uma amostra de 443 mulheres em consulta de *follow-up*, que tinham recebido o diagnóstico de cancro colo rectal entre o ano de 1990 e 1991. Os resultados indicaram que a média da componente física era menor nos sobreviventes com mais idade, maior número de comorbilidade e maior massa corporal. A componente mental também se revelou inferior quando a comorbilidade aumentava, estando os oito domínios da escala Mos SF-36 associados com a diminuição da comorbilidade. Os autores concluíram que com a evolução dos anos após o diagnóstico, a idade, o peso corporal e a condição médica crónica são mais dominantes na determinação da saúde física e mental dos sobreviventes de cancro do colo rectal, comparativamente aos factores relatados nos momentos iniciais da doença.

Schag et al. (1994), observaram numa amostra de 57 pacientes de cancro do pulmão, 117 de cancro do cólon e 104 de cancro da próstata, que o género e o estatuto profissional eram bons predictores da qualidade de vida dos sobreviventes do cancro do cólon, e que ambos os grupos em estudo, destacando-se mais o cancro do pulmão, referiam dificuldades significativas de reabilitação no campo físico, sexual, psicossocial, na interacção médica e ainda nas relações conjugais, aspectos que revelam no sobrevivente oncológico a dificuldade de retomar o seu estado de saúde normal/anterior.

Tiedtke, Rijk, Casterlé et al. (2009), numa revisão de artigos publicados entre o ano de 1995 e 2008 sobre as experiências e conceitos acerca do regresso ao trabalho nas mulheres sobreviventes de cancro da mama, constataram que a mulher se preocupa particularmente com a revelação do diagnóstico à sua entidade patronal e aos seus familiares. Após os tratamentos, existe uma vontade de retomar o emprego e os papéis procurando voltar à sua rotina anterior, mas vêm-se muitas vezes impedidas pelo cansaço e pelas dificuldades de concentração. Muitas mulheres obtêm o suporte necessário ao equilíbrio entre o seu papel laboral e a sua nova realidade, mas outras sentem-se discriminadas e acabam por reavaliar a sua posição no mundo do trabalho.

Em relação à espiritualidade, com o objectivo de verificar se as facetas desta, eram predictoras no ajustamento ao cancro Yanez et al. (2009), constataram numa amostra de 418 pacientes de cancro da mama que a procura de significado/paz é um predictor no declínio de sintomas depressivos e no aumento da vitalidade. Um segundo grupo de 165 sobreviventes, a procura de significado/paz mostrou-se um predictor na melhoria da saúde mental e na diminuição do distress. Em ambos, a fé associou-se à percepção de crescimento. Neste estudo, as duas dimensões em questão mostraram-se predictoras no ajustamento ao cancro, evidenciando a sua importância na adaptação à fase da sobrevivência. Por sua vez, Pinto e Ribeiro (2010), numa amostra de 426 sujeitos sobreviventes de cancro, a maioria com mais de um ano de sobrevivência, denotaram diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da espiritualidade e as variáveis sócio-demográficas e clínicas e entre a qualidade de vida. O género feminino evidenciou maior espiritualidade e as pessoas mais velhas mais crenças, tal como aquelas com menor escolaridade. Verificou-se ainda, que com o passar do tempo, após o fim dos tratamentos, a dimensão espiritual/religiosa sofre um decréscimo.

Burris e Andrykowski, (2009) numa amostra de 116 sobreviventes oncológicos rurais e não rurais observaram piores resultados na saúde mental, mais sintomas de ansiedade e depressão, mais stress disfuncional e ainda mais problemas emocionais no grupo rural, tendo-se mantido este padrão de resultados quando ajustados ao nível de educação e funcionamento físico, aspectos que poderão estar associados à maior dificuldade em aceder e utilizar os serviços de saúde mental pelos utentes rurais, demonstrando a importância da proveniência do utente oncológico.

3.2. A Pertinência do Presente Estudo

Assente nestes e outros registos teóricos e na realidade que hoje se vive no campo oncológico cresce o interesse em pormenorizar e averiguar o espaço que envolve, designa e confecciona o sobrevivente de cancro. Mais do que estar livre da doença enquanto dimensão física e biológica é estar em equilíbrio com as várias facetas que envolvem a dimensão humana e promovem a qualidade de vida e o bem-estar.

Observar o comportamento do sobrevivente de cancro na saúde mental, no seu funcionamento diário e sobre a dimensão espiritual concorre para particularizar esta fase na experiência de ter desenvolvido e manifesto uma doença oncológica. É urgente clarificar as dimensões que podem englobar o conceito “sobrevivente” e conhecer aquelas que estão protegidas ou merecem atenção no sentido de serem promovidas e promotoras neste estádio.

Actualmente existem inúmeras concepções de saúde mental, mas de um modo geral todas se referem a um estado de boa adaptação, bem-estar, prazer de viver e a percepção de que o indivíduo está ou tem a possibilidade de realizar os seus talentos e aptidões (Caplin, 1989 cit. por Martins, s.d.). Neste sentido, o equilíbrio mental é sem dúvida um aspecto de capital importância sobre o bem-estar da pessoa. Também a dimensão funcional enquanto referência à capacidade de execução de determinadas actividades e envolvimento na participação social se define como um importante contributo na promoção da saúde e bem-estar da pessoa, bem como a influência da espiritualidade ao atribuir um significado à vida devolvendo uma sensação de paz e ligação aos outros. Com base na abordagem que estes conceitos fazem à pessoa crê-se importante o estudo deles no contexto da doença oncológica, no sentido de verificar como se posicionam no estatuto de sobrevivente. Na impossibilidade de estudar todas ou um maior conjunto de variáveis presentes na interconexão bio-psico-socio-emocional, considerou-se optar aleatoriamente por três que a literatura descreve como relevantes no bem-estar da pessoa doente e que implicam a abordagem da psicologia clínica e da saúde. Com este estudo pretende-se contribuir na abordagem e conhecimento de uma fase do ciclo da doença oncológica que deixou de ser uma possibilidade remota nas pessoas vítimas da doença. Neste cenário considera-se pertinente descodificar a possibilidade de afirmar ou infirmar o estatuto de sobrevivente oncológico. De espreitar a pessoa que após o diagnóstico e tratamento obtém um estatuto que deixa a dúvida da sua adequação. De valorizar ou invalidar a intervenção da psicologia a partir deste momento. De dirigir a atenção dos profissionais de saúde para a eventual necessidade de expor maior cuidado e investimento em aspectos que possam destacar-se e exercer influencia sobre o bem-estar e contribuir para o

equilíbrio da pessoa vencedora da doença. De um modo geral, o objectivo do estudo que aqui se apresenta é relembrar uma etapa da doença que progressivamente faz a desvinculação do utente à instituição de saúde, e que pode de algum modo, estar a descorar alguma dimensão no equilíbrio mental da pessoa. A seguir, apresenta-se e descreve-se o trabalho empírico realizado sobre a dimensão psicopatológica, espiritual e funcional no sobrevivente oncológico.

II

Estudo Empírico

1. Método

1.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, uma vez que se procede á descrição da amostra em estudo e apenas se usa um grupo representativo da população em que a recolha de informação é realizada num único momento. O método é correlacional, por se procurar uma associação entre as variáveis independentes e o estatuto de sobrevivente. Em questão, está o estatuto de sobrevivente, como variável dependente, e a dimensão espiritualidade, psicopatologia e funcionalidade, como variáveis independentes.

1.1.1. Objectivo Geral

Como objectivo geral pretende-se conhecer o estatuto de sobrevivente oncológico e contribuir para futuras investigações na área.

1.1.2. Objectivo Específico

Como objectivo específico pretende-se:

1. Identificar as variáveis preditoras no estatuto de sobrevivente;
2. Verificar como se posicionam entre si as diferentes dimensões para explicar o fenómeno sobrevivência;
3. Sinalizar de entre os aspectos estudados os que possam requerer particular atenção na promoção da saúde dos utentes oncológicos → factores preditores.
4. Sinalizar a eventual necessidade de intervir junto desta população caso se confirme a existência de psicopatologia;

1.2. Participantes

A amostra é formada por 42 sujeitos, de idades compreendidas entre os 28 e os 78 anos, sendo 29 do género feminino e 13 do género masculino. A média de idades é de 60,7 anos.

Todos os participantes têm 5 ou mais anos de diagnóstico da doença de cancro, sem recidiva, sendo esta média de 8,7 anos.

71,4% da amostra é casada e 95,2% têm filhos. O nível de escolaridade é baixo, 9,5% não sabe ler nem escrever e 61,2% tem a instrução primária. 73,8% dos participantes reside em meio rural.

1.3 Instrumentos de medida

Para a recolha de informação necessária à realização do estudo utilizaram-se os seguintes instrumentos:

a) Com a pretensão de recolher informação sócio-demográfica e clínica construiu-se um questionário a partir do qual se obtiveram os dados considerados pertinentes para a caracterização da amostra (ver anexo 1).

b) Para medir a espiritualidade foi utilizada uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde, construída por Pinto e Pais-Ribeiro (2007). Trata-se de uma escala com origem na combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do Quality of Life - Cancer survivor QOL - CS, da sub-escala da espiritualidade do instrumento da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL), e de dados clínicos resultantes das entrevistas com doentes oncológicos. É uma escala de apenas cinco questões, em que duas se referem às crenças e três são relativas à esperança/optimismo. A escala apresenta propriedades psicométricas favoráveis. A consistência interna nas crenças é de 0,92 e na esperança/optimismo é de 0,69. No global a consistência é de 0,74.

c) Para avaliar sintomatologia psicopatológica recorreu-se ao Brief Symptom Inventory (BSI). A escala original foi construída por Derogatis (1982) e os primeiros estudos de adaptação à população Portuguesa foram realizados por Canavarro (1999). Trata-se de uma escala que avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia (somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos). A escala é indicada para doentes de foro psiquiátrico, perturbados emocionalmente ou pessoas da população em geral. Apresenta boa fidelidade, heterogeneidade, estabilidade temporal, validade preditiva e capacidade discriminativa indicando propriedades métricas adequadas.

d) Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) questionário construído por Ware e Sherbourne (1992), com o objectivo de medir e aprofundar o estudo de conceitos gerais de saúde. Trata-se de um instrumento de avaliação da saúde de reduzidas dimensões, com aplicação em diferentes contextos (prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de políticas de saúde) podendo ser aplicado a indivíduos a partir dos catorze anos com/ou sem doença.

O instrumento divide-se em duas grandes componentes. A componente mental representada pelos itens de avaliação dos aspectos sociais, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental, e a componente física, composta pelos itens de avaliação funcional, aspectos

físicos, dor e estado geral de saúde. Estas componentes subdividem-se por oito sub-escalas, que avaliam as seguintes dimensões de saúde: 1) funcionamento físico; 2) limitações de papéis decorrentes de problemas físicos; 3) funcionamento social; 4) dor corporal; 5) saúde mental; 6) limitações de papéis por problemas emocionais; 7) vitalidade; e 8) percepção geral de saúde.

O perfil obtido permite uma avaliação multidimensional dos efeitos da saúde/doença no funcionamento quotidiano do indivíduo e seu bem-estar.

O MOS SF-36 foi traduzido para a língua portuguesa pelo grupo da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, coordenado pelo Doutor L. Ferreira, sendo a versão portuguesa desta escala reconhecida pelo Medical Outcome Trust. Os resultados distribuem-se por uma escala de zero a cem, onde um resultado elevado indica um melhor estado de saúde.

1.4. Procedimentos na recolha de dados

Após concedida a autorização dos hospitais ULSAM, EPE e Hospital de Braga, EPE para a recolha de dados pertinentes ao objectivo do estudo, solicitou-se junto dos profissionais de saúde a colaboração na recolha da amostra pretendida. Assim, para o propósito do estudo, o utente teria de ter idade mínima de 18 anos, uma doença de cancro estabilizada há pelo menos cinco anos, ou seja, sem recidivas nos últimos cinco anos, e no presente não podia estar a receber apoio psicológico. Neste sentido, sempre que o médico tivesse em consulta um utente que reunisse as características imprescindíveis à integração da amostra clínica, seria encaminhado para um gabinete adjacente para a realização da entrevista e preenchimento das escalas de medida.

Já neste espaço, a recolha de dados inicia-se pela apresentação do investigador e pela exposição do consentimento informado. Depois de esclarecer e clarificar a finalidade e os pressupostos de confidencialidade e anonimato e de obter o parecer favorável do utente, a recolha de dados inicia-se com a entrevista clínica para depois administrar a EE, o MOS SF-36 e a BSI.

Para cada utente cronometrou-se aproximadamente 20 minutos na recolha de dados.

2. Análise de dados

Após a recolha de informação pertinente, o passo seguinte prende-se com a análise desses mesmos dados. Assente na natureza quantitativa das medidas de avaliação, recorreu-se à análise estatística através do programa SPSS 19.0.

2.1. Procedimentos estatísticos

O nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($0,05 < p \leq 0,10$).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M) e o desvio-padrão (DP) para as variáveis quantitativas. A dispersão, foi ainda, apreciada pelo coeficiente de variação (CV) [$CV = (DP/M)*100$]³.

O estudo da normalidade das distribuições foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk ($n < 30$). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal.

A verificação da existência de relações de dependência, que podem ou não ser relações de causalidade, entre duas variáveis qualitativas (grupo *versus* opção de resposta em cada item dos questionários), foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de Pearson (χ^2), por intermédio do procedimento *crosstabs*. Na existência de violação dos pressupostos, o teste do qui-quadrado obteve-se pela soma do quadrado dos seus resíduos estandardizados. Nos casos em que não foi possível a aplicação rigorosa do teste, recorreu-se ao teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 99%. Nas tabelas 2x2, na impossibilidade de cumprimento dos pressupostos recorreu-se ao teste de Fisher (*Fisher's Exact Test*).

O estudo da correlação entre as escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade, dimensões do MOS SF-36 e dimensões do BSI, foi efectuada pelo coeficiente de correlação produto-momento de Pearson (variáveis quantitativas com distribuição normal) ou pelo coeficiente de correlação de Spearman (variáveis quantitativas com distribuição não-normal). A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação definido por Pestana & Gageiro (2005)⁴.

³ $CV \leq 15 \Rightarrow$ fraca dispersão
 $15 < CV \leq 30 \Rightarrow$ dispersão média
 $CV > 30 \Rightarrow$ elevada dispersão

⁴ Pestana & Gageiro (2005):
 $\leq 0,19$ Muito Fraca
0,20 a 0,39 Fraca
0,40 a 0,69 Moderada
0,70 a 0,89 Forte
0,90 a 1,0 Muito Forte

A consistência interna foi avaliada pelo Alpha de Cronbach⁵ (ver anexo 7).

2.2. Resultados

2.2.1. Questionário Sócio-demográfico

A análise da informação recolhida através do questionário sócio-demográfico encontra-se na Tabela 2a, aí pode observar-se que em ambos os grupos a totalidade dos sujeitos não tem apoio psicológico.

Quanto ao estado civil, a maior parte dos sujeitos, dos dois grupos (homens: $n = 9$, 69,2%; mulheres: $n = 21$, 72,4%), é casado(a).

A quase totalidade dos sujeitos tem filhos (homens: $n = 12$, 92,3%; mulheres: $n = 28$, 96,6%). De todos, apenas um sujeito do sexo feminino tem filhos menores. Nos restantes, a maior parte dos homens ($n = 6$, 46,2%) e das mulheres ($n = 11$, 37,9%) tem 2 filhos maiores.

Em relação à escolaridade, a maior parte dos sujeitos, ainda que mais pronunciado no grupo das mulheres, tem a instrução primária (actual 1º ciclo do ensino básico) (homens: $n = 6$, 46,2%; mulheres: $n = 20$, 69,0%). De realçar que nenhum indivíduo tem formação académica superior, e apenas 2 homens e 2 mulheres têm frequência do ensino secundário.

A quase totalidade dos homens ($n = 12$, 92,3%) e a totalidade das mulheres ($n = 29$, 100%) afirmou ser praticante da religião católica, sendo que a maior parte deles tem uma frequência de prática religiosa de “uma vez por semana” (homens: $n = 8$, 61,5%; mulheres: $n = 16$, 55,2%).

Quanto à situação profissional, a maioria dos sujeitos encontra-se na situação de reformado(a) (homens: $n = 10$, 76,9%; mulheres: $n = 24$, 82,8%).

Pela Tabela 2b, observa-se que relativamente à actividade profissional anterior à neoplasia, a maioria dos sujeitos podia, segundo o Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001)⁶, no que se refere à Classificação Nacional de Profissões, ser enquadrada no grupo 7 “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”. Antes da neoplasia, a maior parte dos

⁵Classificação do α -Cronbach:

Muito Boa	$\alpha \geq 0,90$
Boa	$0,80 \leq \alpha < 0,90$
Razoável	$0,70 \leq \alpha < 0,80$
Fraca	$0,60 \leq \alpha < 0,70$
Inaceitável	$\alpha < 0,60$

⁶ Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). Classificação Nacional de Profissões. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.

sujeitos dos dois grupos estava na situação de empregabilidade (apenas uma mulher era desempregada e outra reformada).

A maior parte dos sujeitos é proveniente do meio rural/campo (homens: $n = 10$, 76,9%; mulheres: $n = 21$, 72,4%).

Quanto ao tipo de cancro, podemos afirmar que nos homens não existe um padrão comum, ainda que o cancro do cólon tenha sido o mais referido ($n = 5$, 38,5%). Nas mulheres, o cancro da mama foi o mais mencionado ($n = 20$, 69,0%).

No que concerne ao tipo de tratamento recebido, a quase totalidade dos homens ($n = 11$, 84,6%) foi submetido a quimioterapia, ainda que não seja desprezível a quantidade de homens que recebeu cumulativamente cirurgia ($n = 8$, 61,5%). Por sua vez, a maior parte das mulheres fez cirurgia ($n = 27$, 93,1%) e outro tipo de tratamentos (quimioterapia: $n = 15$, 51,7%; radioterapia: $n = 14$, 48,3%).

No que se refere aos efeitos indesejáveis e permanentes do tratamento, ambos os grupos distribuem-se quase de forma equilibrada pelas opções de resposta “sim” e “não”.

Pela tabela 2c, observa-se que a maioria dos sujeitos não teve recidivas (homens: $n = 11$, 84,6%; mulheres: $n = 23$, 79,3%).

Em relação à existência de doença física antes do diagnóstico de cancro, a maioria dos sujeitos afirmou não ter qualquer doença (homens: $n = 10$, 76,9%; mulheres: $n = 20$, 69,0%). A situação após o diagnóstico de cancro e tratamento não modificou consideravelmente, ou seja, do total da amostra apenas mais uma mulher passou a ter doença física.

Pela Tabela 2d, observa-se que a totalidade dos homens ($n = 13$, 100%) e a maioria das mulheres ($n = 16$, 55,2%) não tiveram nem apoio psicológico nem psiquiátrico antes ou depois do diagnóstico de cancro. Todavia, uma quantidade não negligenciável de mulheres ($n = 9$, 31,0%) teve apoio psiquiátrico. Nestes casos, os motivos foram “depressão”, “ansiedade e depressão” e “violência doméstica”. De salientar, ainda, que 3 mulheres (10,3%) não responderam.

A alteração do estilo de vida e hábitos de saúde após diagnóstico e tratamento do cancro, foi mantido ao nível do exercício físico, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos para a maioria da amostra. As preocupações com a alimentação foram mais evidentes no género feminino.

Pela Tabela 2e, observa-se que quer a idade actual quer os anos após o diagnóstico apresentam valores médios semelhantes entre homens e mulheres, o que resultou, nas duas variáveis, na inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 2a – Dados sócio-demográficos da amostra.

	Homens (n=13)		Mulheres (n=29)		TOTAL (n=42)	
	N	%	n	%	n	%
<i>Apoio psicológico</i>						
Sim	---	---	---	---	---	---
Não	13	100	29	100	42	100
<i>Estado civil</i>						
Solteiro(a)	1	7,7	1	3,4	2	4,8
Casado(a)	9	69,2	21	72,4	30	71,4
Separado(a)/Divorciado(a)	2	15,4	2	6,9	4	9,5
Viúvo(a)	1	7,7	5	17,2	6	14,3
<i>Tem filhos?</i>						
Sim	12	92,3	28	96,6	40	95,2
Não	1	7,7	1	3,4	2	4,8
<i>Nº filhos menores</i>						
2	---	---	1	3,4	1	2,4
Não respondeu	13	100	28	96,6	41	97,6
<i>Nº filhos maiores</i>						
1	3	23,1	3	10,3	6	14,3
2	6	46,2	11	37,9	17	40,5
3	3	23,1	2	6,9	5	11,9
4	---	---	6	20,7	6	14,3
5	---	---	2	6,9	2	4,8
8	---	---	1	3,4	1	2,4
9	---	---	1	3,4	1	2,4
Não respondeu	1	7,7	3	10,3	4	9,5
<i>Escolaridade</i>						
Não sabe ler nem escrever	---	---	4	13,8	4	9,5
Instrução primária (1º - 4º ano)	6	46,2	20	69,0	26	61,9
Ensino básico 2º ciclo de ensino (5º - 6º ano)	3	23,1	---	---	3	7,1
Ensino básico 3º ciclo de ensino (7º - 9º ano)	2	15,4	3	10,3	5	11,9
Ensino secundário (10º - 12º ano)	2	15,4	2	6,9	4	9,5
<i>Religião</i>						
Católica	12	92,3	29	100	41	97,6
Outra religião	1	7,7	---	---	1	2,4
<i>Práticas religiosas</i>						
Mais que uma vez por semana	1	7,7	7	24,1	8	19,0
Uma vez por semana	8	61,5	16	55,2	24	57,1
Uma a três vezes por mês	1	7,7	---	---	1	2,4
Apenas em casamentos, batizados e funerais/nunca	3	23,1	6	20,7	9	21,4
<i>Situação profissional</i>						
Empregado(a)	3	23,1	2	6,9	5	11,9
Desempregado(a)	---	---	1	3,4	1	2,4
Reformado(a)	10	76,9	24	82,8	34	81,0
Outro*	---	---	2	6,9	2	4,8

* Doméstica

--- Equivale a zero respostas, nenhum sujeito cotou a questão.

Tabela 2b – Dados sócio-demográficos da amostra.

	Homens (n=13)		Mulheres (n=29)		TOTAL (n=42)	
	N	%	n	%	n	%
<i>Profissão anterior à neoplasia</i>						
Bancário	1	7,7	---	---	---	---
Cabeleireiro	1	7,7	---	---	---	---
Camionista	2	15,4	---	---	---	---
Cozinheiro	1	7,7	---	---	---	---
Gerente	1	7,7	---	---	---	---
Manipulador de cargas	1	7,7	---	---	---	---
Pintor da construção civil	1	7,7	---	---	---	---
Secretário judicial	1	7,7	---	---	---	---
Técnico de refrigeração	2	15,4	---	---	---	---
Vendedor	2	15,4	---	---	---	---
Agricultora	---	---	3	10,3	---	---
Apoio domiciliário	---	---	1	3,4	---	---
Auxiliar de idosos	---	---	1	3,4	---	---
Auxiliar de limpeza	---	---	1	3,4	---	---
Costureira	---	---	1	3,4	---	---
Desempregada	---	---	1	3,4	---	---
Doméstica	---	---	11	37,9	---	---
Empregada de balcão	---	---	1	3,4	---	---
Empregada fabril	---	---	2	6,9	---	---
Escriturária	---	---	1	3,4	---	---
Funcionário Público	---	---	1	3,4	---	---
Instrutora condução automóvel	---	---	1	3,4	---	---
Oleira	---	---	1	3,4	---	---
Recepcionista	---	---	1	3,4	---	---
Reformada	---	---	1	3,4	---	---
Telefonista	---	---	1	3,4	---	---
<i>Morada</i>						
Rural/campo	10	76,9	21	72,4	31	73,8
Urbano/cidade	3	23,1	8	27,6	11	26,2
<i>Tipo de cancro</i>						
Cólon	5	38,5	1	3,4	6	14,3
Esterno	---	---	1	3,4	1	2,4
Estômago	1	7,7	4	13,8	5	11,9
Intestino	2	15,4	3	10,3	5	11,9
Linfoma	3	23,1	---	---	3	7,1
Mama	---	---	20	69,0	20	47,6
Recto	1	7,7	---	---	1	2,4
Sigmoide	1	7,7	---	---	1	2,4
<i>Tipo de tratamento recebido</i>						
Cirurgia	8	61,5	27	93,1	35	83,3
Radioterapia	4	30,8	14	48,3	18	42,9
Quimioterapia	11	84,6	15	51,7	26	61,9
Hormonoterapia	0	0,0	4	13,8	4	9,5
Imunoterapia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Efeitos indesejáveis permanentes do tratamento</i>						
Sim	6	46,2	15	51,7	21	50,0
Não	7	53,8	14	48,3	21	50,0

Tabela 2c – Dados sócio-demográficos da amostra.

	Homens (n=13)		Mulheres (n=29)		TOTAL (n=42)	
	N	%	n	%	n	%
<i>Recidivas</i>						
Sim	2	15,4	6	20,7	8	19,0
Não	11	84,6	23	79,3	34	81,0
<i>Número de recidivas</i>						
1	2	15,4	5	17,2	7	16,7
2	---	---	1	3,4	1	2,4
Não teve recidivas	11	84,6	23	79,3	34	81,0
<i>Tipo de cancro na recidiva</i>						
Cólon	1	7,7	---	---	1	2,4
Esterno	---	---	1	3,4	1	2,4
Linfoma	1	7,7	1	3,4	2	4,8
Mama	---	---	3	10,3	3	7,1
Pulmão	---	---	1	3,4	1	2,4
<i>Doença física antes do diagnóstico de cancro</i>						
Sim	3	23,1	9	31,0	12	28,6
Não	10	76,9	20	69,0	30	71,4
<i>Quais?</i>						
Amigdalite	1	7,7	---	---	1	2,4
Pneumonia	1	7,7	---	---	1	2,4
Tuberculose	1	7,7	---	---	1	2,4
Artroses; broncopneumonia	---	---	1	3,4	1	2,4
Bronquite	---	---	1	3,4	1	2,4
Diabetes	---	---	2	6,9	2	4,8
Dores articulares	---	---	1	3,4	1	2,4
Erupções	---	---	1	3,4	1	2,4
Hérnia discal	---	---	1	3,4	1	2,4
Hérnias; apendicite	---	---	1	3,4	1	2,4
Úlcera nervosa; hipertensão arterial	---	---	1	3,4	1	2,4
<i>Doença física após diagnóstico de cancro e tratamentos</i>						
Sim	3	23,1	10	34,5	13	31,0
Não	10	76,9	19	65,5	29	69,0
<i>Quais?</i>						
Hérnia	1	7,7	---	---	1	2,4
Pneumonia	1	7,7	---	---	1	2,4
Trombose venosa	1	7,7	---	---	1	2,4
Anemia; insuficiência cardíaca	---	---	1	3,4	1	2,4
Colesterol	---	---	1	3,4	1	2,4
Depressão	---	---	1	3,4	1	2,4
Diabetes	---	---	1	3,4	1	2,4
Dores articulações	---	---	2	6,9	2	4,8
Hérnia	---	---	1	3,4	1	2,4
Osteoporose	---	---	1	3,4	1	2,4
Pneumonia; tiróide; problemas de coluna	---	---	1	3,4	1	2,4
Remoção do útero e ovários; fístulas	---	---	1	3,4	1	2,4

Tabela 2d – Dados sócio-demográficos da amostra.

	Homens (n=13)		Mulheres (n=29)		TOTAL (n=42)	
	N	%	N	%	n	%
<i>Apoio psicológico/psiquiátrico antes ou depois do diagnóstico de cancro</i>						
Não, nem psicológico, nem psiquiátrico	13	100	16	55,2	29	69,0
Sim, psicológico	---	---	3	10,3	3	7,1
Sim, psiquiátrico	---	---	9	31,0	9	21,4
Não respondeu	---	---	1	3,4	1	2,4
<i>Motivo/diagnóstico</i>						
Ansiedade e depressão	---	---	2	6,9	---	---
Depressão	---	---	7	24,1	---	---
Violência doméstica	---	---	1	3,4	---	---
Não respondeu	---	---	3	10,3	---	---
<i>Alteração do estilo de vida e hábitos de saúde, após o diagnóstico e tratamento</i>						
EXERCÍCIO FÍSICO						
Mais	3	23,1	2	6,9	5	11,9
Menos	---	---	4	13,8	4	9,5
Igual	10	76,9	23	79,3	33	78,6
HÁBITOS TABÁGICOS						
Menos	4	30,8	2	6,9	6	14,3
Igual	9	69,2	27	93,1	36	85,7
HÁBITOS ALCOÓLICOS						
Mais	---	---	1	3,4	1	2,4
Menos	4	30,8	7	24,1	11	26,2
Igual	9	69,2	21	72,4	30	71,4
HÁBITOS ALIMENTARES						
Mais	5	38,5	14	48,3	19	45,2
Menos	---	---	2	6,9	2	4,8
Igual	8	61,5	13	44,8	21	50,0

* diferenças estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 2e – Dados sócio-demográficos da amostra: média (M), desvio-padrão (DP) e teste *t* de medidas independentes na comparação Homens *versus* Mulheres.

	TOTAL		Homens		Mulheres		Comparação	
	M	DP	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Anos após diagnóstico	8,7	4,9	7,6	3,2	9,2	5,5	-0,957	0,345
Idade actual	60,7	12,0	62,5	14,8	59,9	10,7	0,657	0,515

2.2.2. Análise da Normalidade das Distribuições

Pela Tabela 3 (ver anexo 8), observa-se que as variáveis assinaladas com asterisco (*) registam distribuição não-normal ($p < 0,05$). Isto significa que aquando do estudo inferencial,

sempre que estas variáveis forem utilizadas para análise, recorrer-se-á a procedimentos estatísticos não-paramétricos. Nas restantes variáveis, com distribuição normal ($p > 0,05$), o estudo inferencial será efectuado por recurso a procedimentos estatísticos paramétricos.

2.2.3. Escala de Avaliação da Espiritualidade (EE)

Por espiritualidade entende-se o conjunto de sentimentos e de crenças profundas, na maior parte das vezes, associadas à religiosidade, onde se incluem estados de paz, de ligação aos outros e de um forte acreditar nas vantagens oferecidas pela vida. O cancro é possivelmente a doença que mais ameaça esta integridade, mesmo após o tratamento, não afectando a espiritualidade adquirida no curso da doença. Perante uma situação adversa, como é o caso do cancro, muitas pessoas saem reforçadas, adquirindo um novo e renovado sentido de viver, redefinindo as prioridades e enfatizando os aspectos positivos que a vida oferece: esperança, paz, harmonia, equilíbrio, felicidade, relação interpessoal, satisfação, utilidade, entre outros. Pela tabela 4, relativa à comparação entre homens *versus* mulheres, quanto às subescalas da espiritualidade, observa-se que a proximidade das classificações médias (*mean ranks*) dos dois grupos (homens: 16,77; mulheres: 23,62) no respeitante às crenças, resultou em diferenças marginalmente significativas ($p = 0,078$), devido à classificação média mais elevada das mulheres.

A dispersão dos sujeitos em torno da média é elevada nos homens (grande heterogeneidade) e moderada nas mulheres (média heterogeneidade).

Tabela 4 – Média (M), desvio-padrão (DP) e teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney na comparação entre Homens *versus* Mulheres, relativamente às escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade.

	TODOS		HOMENS			MULHERES			Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>Mean Rank</i>	M	DP	<i>Mean Rank</i>	<i>t</i> ou <i>Z</i>	<i>P</i>
Crenças	3,2	0,71⊥	2,8	0,97♦	16,77	3,3	0,50⊥	23,62	-1,761	0,078**
Esperança/ Optimismo	2,6	0,65⊥	2,6	0,78♦	---	2,6	0,60⊥	---	0,068	0,946

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

• baixa dispersão ($CV \leq 15$); ⊥ média dispersão ($15 < CV \leq 30$); ♦ elevada dispersão ($CV > 30$)

Pela Tabela 5, referente à correlação entre as subescalas, em cada um dos grupos e no total da amostra, mostra a presença de uma correlação forte no grupo dos homens ($r = 0,72$), fraca no grupo das mulheres ($r = 0,31$) e moderada no total da amostra ($r = 0,45$). Todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que há medida que uma variável aumenta,

a outra aumenta também. As correlações dos homens e do total da amostra são estatisticamente significativas ($p < 0,01$), o que sugere que a estimação do resultado é “verdadeiro”, no sentido de que seja o que realmente possa ocorrer na população.

Tabela 5 – Correlação entre as escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade.

	Homens	Mulheres	TOTAL
Crenças vs Esperança	0,72**	0,31	0,45**

** $p < 0,01$

2.2.4. Questionário de Saúde: Medical Outcomes Study 36-Items Short-Form Healthy Survey – SF-36 (MOS SF-36)

Na avaliação da capacidade de desempenhar as tarefas do quotidiano devem ser enfatizados os aspectos psicossociais no atendimento ao sobrevivente de cancro, pelo menos ao mesmo nível dos aspectos de natureza biológica, uma vez que estes factores poderão ser a chave para a melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar. Na clínica oncológica, mais do que noutras áreas, é normal assistir-se a flutuações extremas da sintomatologia, daí a importância de medir os diferentes aspectos ou dimensões da qualidade de vida, como sejam o bem-estar físico, psíquico, mental, social e funcional.

No presente estudo, a avaliação do estado de saúde foi realizada pelo questionário de saúde MOS SF-36, cujo objectivo central é ajudar o clínico a obter uma informação sobre os itens e dimensões da qualidade saúde, possibilitando, entre outras, monitorizar a condição de saúde do sobrevivente de cancro, sendo sensível às melhorias clínicas.

Pela Tabela 6, relativa à análise descritiva (média e desvio-padrão) bem como à comparação entre homens *versus* mulheres quanto às dimensões do Questionário de Saúde (MOS SF-36), mostra a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões «desempenho físico» ($Z = -2,397$; $p = 0,017$) e «dor física» ($Z = -2,211$; $p = 0,027$), devido à mais elevada classificação média (*mean rank*) dos homens no respeitante ao desempenho físico, e à mais elevada classificação média das mulheres na dor física. Também é observada a existência de diferença marginalmente significativa na dimensão «função física» ($Z = -1,765$; $p = 0,078$). Assim, pode-se afirmar que os homens apresentam menos limitações na realização das tarefas quotidianas, traduzindo-se numa maior predisposição física e motora, numa maior economia de esforço e numa maior capacidade de realização de trabalho autónomo. Por sua vez, as mulheres exprimem-se com mais dores e interferência das mesmas na realização do trabalho do dia-a-dia, seja doméstico ou profissional.

Nas restantes dimensões, a comparação entre homens *versus* mulheres não revelou dados estatísticos significativos ($p > 0,05$), o que mostra a homogeneidade dos sujeitos quanto ao

estado de saúde, traduzindo-se num equilíbrio nos aspectos físico, mental/emocional, funcional e social.

Tabela 6 – Média (M), desvio-padrão (DP) e teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney na comparação entre Homens *versus* Mulheres, relativamente às dimensões do Questionário de Saúde (MOS SF-36).

	TODOS		HOMENS			MULHERES			Comparação	
	M	DP	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	Z	P
-Função Física	2,5	0,45⊥	2,6	0,50⊥	26,46	2,4	0,42⊥	19,28	-1,765	0,078**
-Desempenho Físico	1,6	0,39⊥	1,8	0,28⊥	28,08	1,5	0,40⊥	18,55	-2,397	0,017*
-Desempenho Emocional	1,8	0,36⊥	1,8	0,34⊥	20,92	1,8	0,38⊥	21,76	-0,244	0,807
-Dor Física	2,1	1,17♦	1,5	0,76♦	15,54	2,4	1,22♦	24,17	-2,211	0,027*
-Saúde em Geral	3,3	0,51⊥	3,2	0,51⊥	19,50	3,3	0,52⊥	22,40	-0,712	0,476
-Vitalidade	4,0	0,90⊥	3,9	1,26♦	---	4,1	0,70⊥	---	-0,453α	0,653
-Função Social	3,1	0,45•	3,2	0,48•	23,04	3,1	0,43•	20,81	-0,625	0,532
-Saúde Mental	4,0	0,43•	4,0	0,39•	23,08	4,0	0,45•	20,79	-0,564	0,573
-Mudança de Saúde	3,0	0,63⊥	3,1	0,28•	22,88	3,0	0,73	20,88	-0,657	0,511

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

α Teste *t* de medidas independentes.

• baixa dispersão ($CV \leq 15$); ⊥ média dispersão ($15 < CV \leq 30$); ♦ elevada dispersão ($CV > 30$)

Em termos de correlação no questionário MOS SF-36, os resultados não se revelaram significativos, o que eleva a probabilidade de não se verificar na população.

2.2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Brief Symptoms Inventory (BSI)

Com o diagnóstico de um cancro emergem um vasto conjunto de problemas. Agrava-se a morbidade psicológica, onde, entre outros, se destacam as complicações relacionadas com os estados de ansiedade e de depressão. O BSI surge como um instrumento adequado na avaliação dos sintomas psicopatológicos e como bom discriminador da saúde mental.

A Tabela 7 (ver anexo 9), mostra por ordem decrescente de importância, os 12 itens que mais contribuíram para o efeito psicopatológico dos homens, das mulheres e do total da amostra. Concentrando a análise no total da amostra, de uma forma geral, percebe-se que os sentimentos de tristeza, desconfiança, dificuldade laboral, insónias, corpo anestesiado,

astenia, dificuldades para decidir, tensão interna elevada, aborrecimento fácil e amnésia, surgem como os sintomas mais evidentes e preocupantes.

Comparando homens com mulheres, a situação parece ser mais grave no grupo das mulheres, onde todos os itens atingem mais de 50% das mulheres avaliadas.

Pela tabela 8, relativa à análise descritiva (média e desvio-padrão) e comparativa (teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney) entre homens *versus* mulheres, quanto às dimensões do BSI, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão «somatização» ($p < 0,001$) devido ao valor médio mais elevado do grupo das mulheres (homens 1,1 *versus* mulheres 1,4), o que não sendo preocupante, revela um mais grave mal-estar, derivado especialmente de um maior conjunto de queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório e muscular. Também com diferenças estatisticamente significativas, mas devido às mais elevadas classificações médias (*mean rank*) das mulheres, estão as dimensões «depressão» ($p = 0,008$) e «ideação paranóide» ($p = 0,023$). Nestas duas dimensões, uma vez mais as mulheres são mais afectadas pela flutuação dos estados de humor e a sensação negativa face ao futuro, o que se reflecte numa quebra acentuada da motivação; paralelamente, as mulheres também parecem ser mais facilmente possuídas por sentimentos de hostilidade, de suspeição, grandiosidade, egocentrismo e medo profundo de perder a capacidade de agir autonomamente.

As dimensões «sensibilidade interpessoal» e o grupo dos itens sem dimensão, registam diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$). Nos dois casos, devido às classificações médias e média aritmética, respectivamente, mais elevadas do grupo das mulheres. Ainda que não totalmente conclusivo, parece que as mulheres experienciam mais vezes comportamentos de inferioridade, de inadequação pessoal e desconforto nas relações com os outros.

No respeitante ao índice global de stresse, observam-se diferenças estatisticamente significativas nos três indicadores: IGS, TSP e ISP ($p < 0,05$). Em todos os casos devido ao valor médio mais elevado das mulheres, o que significa um maior e mais intenso distresse, reforçado por um conjunto mais elevado de sintomas de mal-estar.

Em termos de dispersão, avaliada pelo coeficiente de variação, assinala-se que a maior parte das dimensões regista elevada dispersão ($CV > 30$), o que mostra a heterogeneidade de cada grupo amostral face ao modo como cada um dos itens que compõem as dimensões os afecta.

Tabela 8 – Média (M), desvio-padrão (DP) e teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney na comparação entre Homens *versus* Mulheres, relativamente às dimensões do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

	TODOS (n=42)		HOMENS (n=13)			MULHERES (n=29)			Comparação	
	M	DP	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	<i>t</i> ou <i>Z</i>	<i>p</i>
- Somatização	1,1	0,81♦	0,5	0,45♦	---	1,4	0,78♦	---	-3,878	<0,001*
- Obsessão-Compulsão	1,2	0,78♦	0,8	0,51♦	17,00	1,3	0,84♦	23,52	-1,596	0,110
- Sensibilidade Interpessoal	0,7	0,66♦	0,4	0,51♦	16,54	0,8	0,69♦	23,72	-1,780	0,075**
- Depressão	0,8	0,76♦	0,4	0,50♦	14,08	1,0	0,79♦	24,83	-2,656	0,008*
- Ansiedade	0,5	0,39♦	0,4	0,32♦	17,27	0,6	0,41♦	23,40	-1,519	0,129
- Hostilidade	0,6	0,67♦	0,5	0,44♦	21,19	0,7	0,75♦	21,64	-0,111	0,912
- Ansiedade Fóbica	0,4	0,56♦	0,2	0,24♦	17,38	0,5	0,64♦	23,34	-1,526	0,127
- Ideacção Paranoíde	1,0	0,73♦	0,6	0,68♦	15,08	1,2	0,71♦	24,38	-2,281	0,023*
- Psicoticismo	0,3	0,46♦	0,2	0,32♦	17,81	0,4	0,51♦	23,16	-1,382	0,167
- Itens sem dimensão	1,0	0,68♦	0,7	0,58♦	---	1,1	0,70♦	---	-1,735	0,091**
- Índice Geral de Sintomas	0,8	0,52♦	0,5	0,32♦	---	0,9	0,54♦	---	-2,666	0,011*
- Total de Sintomas Positivos	19,7	10,25♦	13,7	8,34♦	---	22,4	9,98♦	---	-2,734	0,009*
- Índice de Sintomas Positivos	1,9	0,42⊥	1,7	0,38⊥	---	2,0	0,41⊥	---	-2,204	0,033*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) ** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

• baixa dispersão ($CV \leq 15$); ⊥ média dispersão ($15 < CV \leq 30$); ♦ elevada dispersão ($CV > 30$)

2.2.5.1. Pontos de Corte

De acordo com Canavarro (1999), o ponto de corte para a população portuguesa é de 1,7 o que significa que acima deste valor existe indicação de perturbação psicopatológica; abaixo deste valor, encontra-se a população em geral. Assim, foram considerados o Índice Geral de Sintomas (IGS) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP).

Pelos resultados da Tabela 9, observa-se que a totalidade dos homens ($n = 13$, 100%) e a maioria das mulheres ($n = 26$, 89,7%) no IGS está situado abaixo do valor de corte 1,7. Já no ISP, segundo Canavarro o melhor indicador que discrimina pessoas com perturbação emocional dos indivíduos da população em geral, a maior parte dos sujeitos de cada grupo (homens: $n = 8$, 61,5%; mulheres: $n = 19$, 65,5%) possui perturbação psicopatológica.

Tabela 9 – Pontos de corte: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

	HOMENS		MULHERES		TODOS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
+ Índice Geral de Sintomas						
<1,7 pontos	13	100	26	89,7	39	92,9
≥1,7 pontos	0	0,0	3	10,3	3	7,1
+ Índice de Sintomas Positivos						
<1,7 pontos	5	38,5	10	34,5	15	35,7
≥1,7 pontos	8	61,5	19	65,5	27	64,3

Pela Tabela 10, referente à matriz de correlações entre as dimensões do BSI, nos grupos de homens e mulheres, observa-se que nos dois grupos predominam as correlações de intensidade moderada ($0,40 \leq r \leq 0,69$) (homens: $n = 38$, 48,7%; mulheres: $n = 42$, 53,8%). Contudo, no grupo dos homens regista-se um conjunto relevante de correlações fracas ($0,20 \leq r \leq 0,39$) ($n = 21$, 26,9%) e de correlações fortes ($0,70 \leq r \leq 0,89$) no grupo das mulheres ($n = 25$, 32,1%).



No grupo das mulheres a maior parte das correlações ($n = 73$, 93,6%) são estatisticamente significativas, ao passo que no grupo dos homens tal apenas se verifica em 32,1% das correlações. Estes dados, especialmente nas mulheres, sugerem que a estimação do resultado é “verdadeiro”, no sentido em que seja o que realmente possa ocorrer na população em idêntica magnitude, sendo que a confiança depositada no resultado de correlação é maior quanto menor for o nível de significância estatística. Por exemplo, no grupo das mulheres, a correlação entre «depressão» versus «obsessão-compulsão» ($r = 0,83$; $p < 0,01$) é mais significativa do que a mesma correlação no grupo dos homens ($r = 0,68$; $p < 0,05$). Nos dois

grupos, a quase totalidade das correlações nos homens e a totalidade nas mulheres têm orientação positiva, isto significa que quando uma variável aumenta, a outra aumenta também, ainda que com a intensidade resultante em cada correlação.

Tabela 10 – Matriz de correlações entre as dimensões do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), por grupo género.

	SO M	OC	SI	DEP	ANS	HOS T	AF	IP	PSI C	ISD	IGS	TSP	ISP
SO M	---	0,53	0,29	0,55	0,60	0,40	0,36	0,35	0,35	0,26	0,64	0,55	0,59
OC	0,65 **	---	0,81 **	0,68 *	0,44	0,41	0,49	0,45	0,57 *	0,15	0,81 **	0,83 **	0,38
SI	0,42 *	0,68 **	---	0,63	0,18	0,50	0,44	0,49	0,51	0,16	0,72 **	0,78 **	0,38
DEP	0,51 **	0,83 **	0,65 **	---	0,63 *	0,35	0,50	0,49	0,31	0,57 *	0,85 **	0,83 **	0,52
ANS	0,54 **	0,59 **	0,59 **	0,59 **	---	0,48	0,21	0,25	0,27	0,42	0,75 **	0,77 **	0,31
HOS T	0,56 **	0,64 **	0,67 **	0,67 **	0,79 **	---	-0,07	0,53	0,42	0,23	0,61 *	0,58 *	0,67 *
AF	0,28	0,47 **	0,32	0,21	0,39 *	0,17	---	-0,01	-0,05	-0,01	0,37	0,33	0,32
IP	0,58 **	0,71 **	0,71 **	0,59 **	0,46 *	0,56 **	0,19	---	0,36	0,45	0,68 *	0,74 **	0,39
PSI C	0,48 **	0,74 **	0,53 **	0,72 **	0,64 **	0,69 **	0,53 **	0,53 **	---	-0,33	0,38	0,50	-0,08
ISD	0,53 **	0,65 **	0,44 *	0,69 **	0,48 **	0,51 **	0,38 *	0,39 *	0,67 **	---	0,57 *	0,51	0,56 *
IGS	0,79 **	0,92 **	0,74 **	0,85 **	0,74 **	0,78 **	0,74 **	0,80 **	0,75 **	0,68 **	---	0,98 **	0,62 *
TSP	0,76 **	0,92 **	0,75 **	0,88 **	0,64 **	0,70 **	0,77 **	0,80 **	0,78 **	0,68 **	0,94 **	---	0,47
ISP	0,66 **	0,71 **	0,51 **	0,57 **	0,73 **	0,76 **	0,48 **	0,57 **	0,66 **	0,55 **	0,83 **	0,63 **	---

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

 Correlações HOMENS
 Correlações MULHERES

SOM – Somatização; OC – Obsessão-Compulsão; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOST – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP – Ideação Paranóide; PSIC – Psicoticismo; ISD – Itens sem dimensão; IGS – Índice Geral de Sintomas; TSP – Total de Sintomas Positivos; ISP – Índice de Sintomas Positivo.

2.2.6. Análise de Regressão Linear Múltipla

Com o propósito de explorar o efeito preditor das variáveis espiritualidade, estado de saúde e sintomatologia psicopatológica, no estatuto de sobrevivente de cancro, bem como verificar qual o(s) melhor(es) preditor(es) da sobrevivência no cancro, realizou-se uma Análise de Regressão Linear Múltipla pelo método de *stepwise* (passo a passo, onde apenas os melhores modelos são hierarquizados e as variáveis não significativas são excluídas). Para tal, consideramos como variável dependente (Vd) o estatuto de sobrevivente de cancro (expresso pelo número de anos após o diagnóstico) e como variáveis independentes (Vi) as escalas da EE (Crenças e Esperança/optimismo), as dimensões do BSI (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideacção paranóide, psicoticismo, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos) e as dimensões do MOS SF-36 (função física, desempenho físico, desempenho emocional, dor física, saúde em geral, vitalidade, função social, saúde mental). Foram avaliados os pressupostos considerando a normalidade da distribuição dos resíduos (pelo valor máximo de Cook D, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e pela assimetria e curtose), a linearidade dos parâmetros (informação produzida pelo scatterplot), a existência de homocedasticidade (pela relação entre os resíduos estudantizados e os resíduos estandardizados), a ausência de autocorrelação (pela estatística de Durbin-Watson) e ausência de multicolinearidade (pelo valor da Tolerância, pelo *variance inflation factor* e pela correlação entre as variáveis independentes). Assim a Análise de Regressão Linear Múltipla foi estabelecida em quatro fases: 1) avaliação dos pressupostos, 2) variáveis excluídas do modelo, 3) ajustamento do modelo, 4) obtenção do modelo final.

Fase 1: Avaliação dos Pressupostos

i) Distribuição normal dos resíduos

O valor máximo Cook's D não pode ser superior a 1. No presente estudo é de 0,300 o que indica a não existência de *outliers*.

ii) Linearidade dos parâmetros

A regressão efectuada para verificar a linearidade dos dados considerou como variável dependente os «anos após o diagnóstico», sendo que todas as restantes variáveis (escalas da EE e as dimensões do MOS SF-36 e BSI) foram incluídas como variáveis independentes. O resultado demonstra que o modelo linear explica a relação entre variáveis independentes e dependente com um razoável ajuste ($R^2=26,5\%$). Isto significa que as variáveis independentes

explicam 26,5% da variância da variável dependente. Portanto, pode-se afirmar que existe uma certa linearidade entre as variáveis. Paralelamente, os *scatterplots* dos resíduos aproximam-se da linearidade, o que demonstrou haver relação linear entre as variáveis independentes (preditoras) e a variáveis dependente (variável-critério), conforme proposto por Tabachnick & Fidell (2001).

iii) Homocedasticidade

A homocedasticidade refere-se à suposição de que a variável dependente apresenta níveis iguais de variância em todas as variáveis preditoras. Esta é uma característica desejável, uma vez que a variância da variável dependente que é explicada na relação de dependência não deveria estar concentrada numa extensão limitada de valores. A relação entre os resíduos estudantizados e os resíduos estandardizados mantêm uma amplitude aproximadamente constante em relação ao eixo horizontal zero, não mostrando, por esta razão, tendências crescentes ou decrescentes, não se rejeitando a homocedasticidade.

iv) Ausência de autocorrelação

O valor de Durbin-Watson tem que estar entre 1 e 3. Neste estudo, o valor 1,017 pelo que podemos afirmar que não existe autocorrelação.

v) Ausência de multicolinearidade das variáveis independentes

A Tolerância (*Tolerance*) varia entre 0 e 1. Porém, deverá exceder 0,1 o que acontece no modelo criado (Tolerância=0,875). Quanto mais próxima de zero maior é a multicolinearidade, quanto mais próxima de 1 menor é a multicolinearidade. Por sua vez, o valor VIF (*variance inflation factor*) corresponde ao inverso da Tolerância, ou seja, $1/\text{Tolerância}=\text{VIF}$. Neste caso, os valores de VIF aceites como constituindo a ausência de multicolinearidade são aqueles que estão abaixo de 4, ainda que quanto mais próximo de zero menor será a multicolinearidade das variáveis independentes. No presente estudo, todas as variáveis apresentam um diagnóstico de colinearidade abaixo de 1,143.

Fase 2: Variáveis Excluídas do Modelo

Na Tabela 11 constam as variáveis que foram excluídas do modelo pelo método *stepwise*. Os elevados valores de significância ($p > 0,05$) não concederam importância estatística suficiente.

Tabela 11 – Variáveis excluídas do modelo.

	Beta In	T	p	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance	VIF
EE - CRENÇAS	0,026	0,178	0,860	0,029	0,878	1,139
EE - ESPERANÇA/OPTIMISMO	0,109	0,782	0,439	0,126	0,973	1,028
SF36_Função Física	-0,076	-0,536	0,595	-0,087	0,947	1,057
SF36_Desempenho Físico	-0,173	-1,127	0,267	-0,180	0,791	1,265
SF36_Dor Física	-0,152	-1,040	0,305	-0,166	0,877	1,140
SF36_Saúde Geral	0,103	0,730	0,470	0,118	0,960	1,041
SF36_Vitalidade	0,037	0,264	0,794	0,043	1,000	1,000
SF36_Função Social	0,076	0,465	0,644	0,075	0,724	1,381
SF36_Saúde Mental	0,026	0,171	0,865	0,028	0,811	1,233
SF36_Mudança Saúde	0,166	1,219	0,230	0,194	1,000	1,000
BSI_Somatização	-0,061	-0,361	0,720	-0,058	0,668	1,497
BSI_Obsessão-Compulsão	-0,102	-0,511	0,612	-0,083	0,481	2,078
BSI_Sensibilidade Interpessoal	-0,049	-0,235	0,816	-0,038	0,444	2,253
BSI_Depressão	-0,196	-0,970	0,338	-0,156	0,463	2,158
BSI_Ansiedade	0,067	0,380	0,706	0,062	0,615	1,625
BSI_Hostilidade	-0,190	-1,012	0,318	-0,162	0,535	1,868
BSI_Ansiedade Fóbica	-0,136	-0,961	0,343	-0,154	0,949	1,054
BSI_Psicoticismo	0,038	0,196	0,846	0,032	0,506	1,978
BSI_Índice Geral Sintomas	-0,162	-0,664	0,511	-0,107	0,322	3,107
BSI_Índice Sintomas Positivos	0,033	0,191	0,849	0,031	0,667	1,499

Preditores no Modelo: (Constante), BSI: Ideação Paranóide, SF36: Desempenho Emocional
Variável Dependente: Anos após diagnóstico

Fase 3: Ajustamento do Modelo

Pela Tabela 12, observa-se que no ajustamento do modelo, a estatística F tem por intento indicar se os modelos são, ou não, significativos. Indicando se as variáveis independentes têm, ou não, algum grau explicativo sobre a variável dependente. Assim, ambos os modelos de regressão criados por *stepwise* são estatisticamente significativos ($p \leq 0,05$). Todavia, o modelo 2 com $F = 7,035$ e $p = 0,002$ revela uma mais elevada significância do modelo de regressão, ou seja, o modelo tem alguma capacidade explicativa sobre o comportamento da variável dependente.

Tabela 12 – Tabela ANOVA da regressão *stepwise*.

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	P
1	Regressão	109,148	1	109,148	4,933	0,032
	Residual	885,091	40	22,127		
	Total	994,238	41			

	Regressão	263,586	2	131,793	7,035	0,002
2	Residual	730,653	39	18,735		
	Total	994,238	41			

Modelo 1:

Preditores: (Constante), BSI: Ideacção Paranóide

Variável Dependente: Anos após diagnóstico

Modelo 2:

Preditores: (Constante), BSI: Ideacção Paranóide, SF36: Desempenho Emocional

Variável Dependente: Anos após diagnóstico

Fase 4: Obtenção do Modelo

Num modelo de regressão, o coeficiente de determinação (R^2) (valor que varia entre 0 e 1) mede a proporção da variabilidade total da variável dependente (Y), que é atribuível às variáveis independentes (X), considerando-se que para um $R^2 = 1$, o ajustamento do modelo é perfeito, ou seja, a variação de Y é totalmente explicada pelas variações de X, se $R^2 = 0$, não existe relação linear entre as variáveis, o que significa que o modelo não é adequado.

Assim, pela Tabela 13 observamos que foram produzidos dois modelos de regressão pelo método *stepwise*. As variáveis predictoras aceites para o modelo foram as dimensões “ideacção paranóide” do BSI e “desempenho emocional” do MOS SF-36, as quais apresentam, no modelo 2, uma capacidade de explicação sobre os anos desde o diagnóstico de 26,5% ($R^2 = 0,265$) (que é superior ao modelo 1, formado apenas pela Vi “ideacção paranóide”, $R^2 = 0,110$). Ou seja, o valor de correlação obtido pelo modelo 2 ($R = 0,15$) é considerado moderado, e mostra que 26,5% do valor da classificação dos anos após o diagnóstico é explicado pelos valores das dimensões “ideacção paranóide” e “desempenho emocional”.

A regressão no modelo 2 é significativa, bem como o incremento de R^2 alcançando com o efeito de interacção entre as variáveis, confirmando a relevância do efeito de moderação.

Tabela 13 – Modelo resumido.

Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	SEE
1	0,331	0,110	0,088	4,704
2	0,515	0,265	0,227	4,328

Modelo 1:

Preditores: (Constante), BSI: Ideacção Paranóide

Variável Dependente: Anos após diagnóstico

Modelo 2:

Preditores: (Constante), BSI: Ideacção Paranóide, SF36: Desempenho Emocional

Variável Dependente: Anos após diagnóstico

Tal como se pode observar pela Tabela 14, confirma-se a produção de dois modelos de regressão pelo método *stepwise*. Ambos os modelos são significativos ($p < 0,05$). Porém, o modelo 2, apresenta uma maior capacidade explicativa comparativamente ao modelo 1 (Modelo 2: 26,5% *versus* Modelo 1: 11,0%), para além de incluir mais variáveis, para o efeito a dimensão “desempenho emocional” (que não faz parte do modelo 1). Assim, a equação que melhor descreve a forma como a variável dependente (X) está relacionada com as variáveis independentes (Y) – modelo de regressão – em sujeitos sobreviventes de cancro, pode ser traduzida da seguinte forma:

$$X = -4,636 + 3,236*(BSI: \text{ideacção paranóide}) + 5,696*(SF36: \text{desempenho emocional})$$

Tabela 14 – Matriz de coeficientes de regressão *stepwise*.

Modelo		Coeficientes Não-Estandarizados			<i>p</i>
		B	DP Parâmetros	<i>T</i>	
1	Constante	6,450	1,239	5,204	<0,001
	BSI: Ideacção Paranóide	2,231	1,005	2,221	0,032
2	Constante	-4,636	4,026	-1,151	0,257
	BSI: Ideacção Paranóide	3,236	0,989	3,274	0,002
	SF36: Desempenho Emocional	5,696	1,984	2,871	0,007

Variável Dependente: Anos após diagnóstico

3. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos a partir da análise estatística demonstram que as doenças oncológicas não são específicas de um determinado género ou faixa etária podendo acometer qualquer pessoa. Verifica-se, que apesar da doença ter na sociedade uma conotação negativa e de haver o conhecimento de um forte impacto psico-emocional sobre o paciente, sendo esta muitas vezes uma experiência traumática, a maioria dos indivíduos em estudo, não tiveram ao longo do processo psico-oncológico (diagnóstico, tratamento e sobrevivência) apoio psicológico especializado. Vários artigos destacam a importância da intervenção psicológica sobre a melhoria do funcionamento psicológico/emocional e biológico, e sobre a aquisição de comportamentos pró-saúde (Fernandes & McIntyre, 2002; Lopes, 2005; Maia & Correia, 2008).

Nesta investigação, a amostra é maioritariamente de baixa escolaridade e verifica-se, após o diagnóstico, a perda de empregabilidade dos pacientes. Anteriormente, apenas um indivíduo estava na condição de desempregado e outro era já reformado. Após a doença 81,0% passou à condição de reformado, aspecto que vai de encontro à dificuldade em retomar o seu estado de saúde e a sua funcionalidade anterior, acabando a pessoa por reavaliar a sua posição no mundo de trabalho (Schag et al. 1994; Tiedtke, Rijk, Casterlé et al. 2009).

Quanto à saúde física, a maioria revela ter sido uma pessoa saudável, sem doenças mais preocupantes, anteriores ou posteriores à doença de cancro, e caracterizam a saúde no geral, como razoável e aproximadamente igual à que apresentavam há um ano atrás, aspecto que se presume na adaptação à nova realidade.

81% da amostra não refere recidivas, facto que concerteza se alia ao progresso e eficácia dos tratamentos que hoje se disponibilizam no tratamento da doença, e apoia o crescente número de sobreviventes, tal como revela o CSB.

Pormenorizando o estado de saúde, é no género feminino que se observam maiores dificuldades e limitações na realização de tarefas, bem como, mais queixas de dor e interferência destas no desempenho das actividades do dia-a-dia. Teixeira (2006) atribui à dor um carácter subjectivo e particular em que cada pessoa aprende a utilizar esse termo a partir das suas experiências. Gianini (2007), observa que os homens são mais voltados para a restauração e que a sociedade espera deles uma posição mais activa diante dos problemas, visto que as manifestações emocionais poderiam atrapalhar o desempenho e sucesso das suas acções. Contrariamente, nas mulheres é mais aceitável a expressão das emoções e dos sentimentos. Desta forma, os resultados divergentes entre géneros obtidos na dimensão saúde poderão estar associados às questões culturais, onde homens e mulheres são socializados de

modo diferente. No entanto, de um modo geral, a dimensão saúde apresenta-se equilibrada em ambos os géneros, traduzindo-se num equilíbrio nos aspectos físico, mental/emocional, funcional e social.

Relativamente à dimensão espiritual focalizada na atribuição de sentido/significado da vida (crenças) e a construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva (esperança/optimismo) evidenciou-se independente do género, ou seja, indiferentemente de ser homem ou mulher, ambos procuram uma perspectiva de vida positiva, no sentido do bem-estar e melhor qualidade de vida, verificando-se que quando uma variável aumenta a outra vai no mesmo sentido. Ou seja, um utente mais crente será também mais optimista e vice-versa. A espiritualidade pode assim, em muitos momentos desafiantes e exigentes da doença tornar-se num apoio e num recurso confortante para o paciente, corroborando a importância e a valorização da dimensão espiritual no doente de cancro, defendida por vários autores (Marques, 2003; Yanez et. al 2009; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010), mesmo após vários anos “livres da doença”, e a pertinência de investir no cuidado desta dimensão.

Quanto ao aspecto psicopatológico, os resultados indicam um maior número de queixas em diferentes dimensões entre as mulheres, maior intensidade de sintomas e maior distresse e mal-estar provocados por estes. O ponto de corte que discrimina indivíduos com perturbação emocional dos indivíduos da população em geral coloca claramente a maioria da amostra clínica no grupo dos indivíduos com perturbação. As dimensões sintomáticas que surgem significativas são a Somatização, a Depressão e a Ideação Paranoide, bem como os índices que indicam múltiplos sintomas, de intensidade considerável, e de mal-estar relevante. Estes valores vão de encontro àqueles, que estudos anteriormente realizados encontraram (Kornblith & Ligibel, 2003; Soares, Moura, Carvalho & Batista 2000; White & Macleod, 2002).

Com base nestes dados considera-se demonstrada a necessidade de intervir na promoção da saúde não só física, mas também mental junto desta população. Incidindo sobre o impacto psico-emocional e sobre as atribuições feitas à experiência de ter um cancro, numa abordagem global aos processos que influenciam a construção da doença.

Atendendo aos resultados, é pois possível, responder aos objectivos inicialmente propostos. Identificam-se como variáveis predictoras do estatuto de sobrevivente, as dimensões ideação paranóide e desempenho emocional, traduzidas pela equação $X = -4,636 + 3,236*(BSI: \text{ideação paranoide}) + 5,696*(MOS \text{ SF-36: desempenho emocional})$, representativas essencialmente de um funcionamento cognitivo perturbado, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda da autonomia, pensamento projectivo e delírios, e prende-se com a limitação na saúde no que respeita ao tipo e à quantidade de

trabalho executado, não só na limitação das actividades habituais, como na necessidade de reduzir a quantidade e a dificuldade em realizar as tarefas. Ware (1993) cit. por Ferreira, 1988, considera que a dimensão do desempenho emocional está mais relacionada com indivíduos reformados, o que vai de encontro à situação laboral da amostra em estudo.

O objectivo geral proposto está assim concretizado e no mesmo sentido, também os objectivos específicos se alcançaram. A presença de dois factores preditores na explicação do fenómeno sobrevivência, posicionados na mesma direcção, explica 26,5% dos anos de sobrevivência e o conhecimento de que o Ser Humano é bio-psico-social exige a valorização de variáveis internas e externas, num trabalho multidisciplinar. Assim, investir na dimensão espiritual, psicológica e funcional no seu todo é, sem dúvida, um procedimento necessário e urgente para o bem-estar geral do doente oncológico, fomentando o equilíbrio entre corporeamente. Neste sentido, já vários planos de saúde têm sido fomentados com base no programa que o Minnesota Câncer Alliance desenvolveu no sentido de ajudar a registar os detalhes do tratamento e planear os cuidados posteriormente necessários. Em 2006 o instituto de medicina publicou em relatório as directrizes deste programa recomendando um plano individualizado de sobrevivência, com orientações para a monitorização e manutenção da saúde de cada paciente, ajudando assim, a melhorar os cuidados e a tornar o campo de intervenção mais abrangente.

4. Conclusão

Com base nos resultados obtidos infere-se a existência de dois modelos com capacidade preditiva no estatuto sobrevivente oncológico. O segundo modelo ao englobar a dimensão do primeiro e um segundo factor, revela uma maior capacidade explicativa deste estatuto. Assim, infere-se que o estatuto de sobrevivente assenta na presença de ideacção paranoide e dificuldades ao nível do desempenho emocional. Estes resultados evocam a necessidade de dispor uma maior atenção sobre o paciente na fase de sobrevivência da doença oncológica, com intervenções sobre o seu funcionamento e equilíbrio psico-emocional. Neste estudo, verifica-se que em termos médicos a doença pode estar curada, mas o aspecto psicológico/emocional, que não usufruiu de apoio especializado, não superou as sequelas da doença, demonstrando a quão perturbante pode ser a experiência de ter um cancro. Tal como defende Gianini (2007), a teoria da sobrevida mais do que a quantidade, precisa de ter consciente e apostar na qualidade do tempo vivido.

No entanto, considerando a reduzida dimensão da amostra clínica, reconhece-se pertinente a produção de novos estudos neste campo, no sentido de reforçar ou contestar as conclusões agora rematadas.

5. Referências bibliográficas

- Alves, L. C. et. al (2007). A influencia das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Saúde Publica, Rio de Janeiro*, 23 (8). 1924-1930.
- Barrocas, J.M. (2006). *Estatística: um sobrevoo*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Bernardo, O. P. F. (1988). *Relacionamento Humano e Saúde* (5ª ed.). Porto.
- Bower, M., & Waxman, J. (2008). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Burris, J. L., & Andrykowski, M. (2009). Disparities in mental health between rural and nonrural cancer survivors: a preliminary study. *Psycho-Oncology*. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.1600
- Canavarro, M. C. (1999). Inventario de Sintomas Psicopatologicos – BSI. In M. R. Simoes, M. Goncalves e L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 95-109). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Canavarro, M. C. (2006). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal, In M. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, L. S. Almeida (coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa III* (305-331). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: História, Características e Desafios. *Psicologia USP*, vol.13. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642002000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Conde, J. (1986). *O essencial sobre o cancro*. Imprensa nacional casa da moeda [Lisboa].

- Costa, C., Magalhães, H., Féria, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida: A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.
- Costanzo, E. S., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: Findings from a National Survey of Health and Well-being. *Health Psychology, 28* (2), pp. 147-156.
- Dias, M. R., & Durá, E. (2002). *Qualidade de Vida e Doença Oncológica. Território da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Díez, S. B., Forjaz, M. J., & Landívar, E. G. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr, 33* (6), pp. 390-397.
- Evans, R. L., & Connis, R. T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports, 110* (3), pp.306-311.
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira Epidemiológica, 8* (2), pp. 187-93.
- Fernandes, E. M., & Almeida, L. S. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a pratica e investigação psicológica*. Braga: Universidade doMinho.
- Fernandes, S., & McIntyre, T. (2002). Avaliação da Eficácia de Um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama. *Teoria investigação e prática Psicológica. 7* (2), pp. 353-371.
- Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>

- Feuerstein, M. (2007). Defining câncer survivorship. *The Journal of Câncer Survivorship: Research and Practice*, 1 (1), pp. 5-7.
- Gianini, M. M. S. (2007). *Câncer e Gênero: Enfrentamento da doença* (Universidade Católica de São Paulo), Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0369.pdf>
- Green, J. & D'Oliveira, M. (1991). *Testes Estatísticos Em Psicologia*. Editorial Estampa: Lisboa.
- Guimarães, R. C. & Cabral, J. A. S. (2003). *Estatística* (rev. ed.). Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Hacpille, L. (2000). *A dor cancerosa e o seu tratamento: Abordagem global em cuidados paliativos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Henoch, I., & Danielson, E. (2009). Existencial concerns among patients with câncer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 18, pp. 225-236. Published online in wiley interscience (www.interscience.wiley.com). doi: 10.1002/pon.1434
- Hoffmann, F. S.; Muller, M. C. & Frasson, A. L. (2006). Repercussões Psicossociais, Apoio e Bem-estar Espiritual em Mulheres com Cancêr de Mama. *Psicológica, Saúde & Doenças*, 7 (2), 239-254.
- InfoCancro (2011). Tudo sobre cancro. Disponível em <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/tipos>
- Instituto Nacional del Câncer de los Institutos Nacionales de de la Salude de EE. UU. Disponível em (<http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=445089>)
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões*. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.

- Kurita, G. P. & Pimenta, C. A. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38 (3), pp. 254-261.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Little, M., Kim, P., Cristovão, F. C., & Emma-Jane, S. (2002). Sobrevida e discurso da identidade. *Psico-Oncologia*, 11 (2), pp. 170-178. doi: 10.1002/pon.549
- Lopes, M. G. P. C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, L. & Correia, C. (2008). Consequências Psicológicas, Estratégias de coping e Intervenção na Doença Oncológica: Uma Revisão da Literatura para aplicação Prática. Disponível em www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0445
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationship among optimism, well-being, self transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716-726.
- Marina Editores. (2005). *Enciclopédia da Saúde: infecções, Sistema imunitário, cancro*. (Rev. ed., vol. 7). Setúbal: autor.
- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (2), pp. 56-65.
- Martins, M. (s. d.). *Fatores de risco psicossociais para a saúde mental*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium29/33.pdf>
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de Vida e Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama: do Diagnóstico à Sobrevivência, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), pp. 165-184.
- National Cancer Institute (2010). Surveillance Research: Câncer control and populations sciences. Disponível em <http://surveillance.cancer.gov/csb/>

- Nunes, A. M. P. V. L (2008). Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama submetida a Mastectomia e a Quimioterapia Neoadjuvante e Adjuvante. *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/9148>
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editora
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34. doi: 10.1590/S0101-60832007000700014
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do Impacto Psicossocial no Adoecer da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), pp. 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama. In 7 " *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Porto: Universidade do Porto.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade De Vida E Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, pp. 37-56.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contexto de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), pp. 47-53.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), pp. 49-56.

- Pollack, L. A., Rowland, J. H., Crammer, C., & Stefanek, M. (2009). Introduction: Charting the Landscape of Cancer Survivors Health-Related Outcomes and Care. *American Cancer Society*. doi: 10.1002/cncr.24579
- Rádio Renascença (2011). Cancro matou 50 mil em 2010 e pode tornar-se a principal causa de morte. Disponível em http://www.rr.pt/informação_detalhe.aspx?fid=97&did=136531
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Silva, F. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Cancro da Mama: Um Estudo Exploratório com 60 Mulheres *Portuguesas*, *Psicológica, Saúde & Doenças*, 8 (1), pp. 13-32.
- Schag, C. A. C., Ganz, P. A., Wing, D. S., Sim, M.-S., & Lee, J. J. (1994). Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer, *Quality of Life Research*, 3, pp. 127-141.
- Silva, V. C. E. (2005). O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Disponível em <http://www.teses.usp.br>
- Soares, M. A., Moura, M. J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento Emocional, Afectividade e Estratégias de Coping na Doença do Foro Oncológico, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), pp. 19-25.
- Surbone, A. (2009). Câncer as a Social Disease. Abstracts of the IPOS IIth World Congress of Psycho-Oncology. Published online in Wiley Interscience (www.interscience.com)
- Teixeira, M. J. (2006). Dor e Depressão. *Revista de Neurociências*, 14 (2), pp. 44-52.
- Tiedtke, C., Rijk, A., Casterlé, B. D. Christiaens, M-R., & Donceel, P. (2009). Experiences and concerns about “returning to Work” for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*, Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). doi: 10.1002/pon.1633

- Trentham-Dietz, A., Remington, P. L., Moinpour, C. M., Hampton, J. M., Sapp, A. L., & Newcomb, P. A. (2003). Health-Related Quality of Life in Female Long-Term Colorectal Cancer Survivors. *The Oncologist*, 8, pp. 342-349.
- Trijsburg, R. W., Van Knippenberg, F. C. E., & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review, *Psychosomatic Medicine*, 54, pp. 489-517.
- Varela, M., & Leal, P. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro de mama, *Análise Psicológica*, 3 (15), pp. 479-488.
- White, C. A., & Macleod, U. (2002). ABC of psychological medicine: Cancer. *BMJ*, 325, pp. 377- 380.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), pp. 730-741.
- Yang, Y., & George, L. K. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *Journal Aging Health*, 17:263-292. Published online in <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/nocoos>

ANEXOS

ANEXO 1
Autorização das instituições de saúde para a realização do estudo



COMISSÃO de ÉTICA

Martins Alves
Presidente do

Martins Alves
Presidente do
Conselho de Administração

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu o pedido de parecer para a realização de um estudo, sendo a investigadora, **Marina Ferreira**, o tema do estudo incide sobre o estatuto de sobrevivência do doente oncológico e versa o tema "**Estudo Clínico sobre o Impacto Psico funcional e Espiritual no Estatuto de Sobrevivente Oncológico**". Foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo a partir do dia 02 de Março de 2010.

A Comissão de Ética reunida em 28 de Abril de 2010

O Presidente da C. E.

(Dr. Pedro Meireles)

recebido em 01/06/10
Ass. Nascimento - TAV-30

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia - VIANA DO CASTELO - N.I.P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 - 4901-871 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 - Linha Azul: 258 828 888

À Sr. Dr. Nalio para parecer
sobre a possibilidade de realização
do estudo no Serviço.

Requerimento

20/10/2010

81

Catarina Correia

A comissão de
Ética para análise
Manuel G.
24/08/10

A decisão de serviço do
melhor parecer não tem data
para a realização do estudo
Dr. 11/11/10

Exmo. Sr. Presidente
da Comissão de Ética
do Hospital de Braga

Estudo aceite

25/11/2010

Catarina Correia

Marina Aflete Alves Ferreira, solteira, natural de Ponte da Barca, Viana do Castelo, residente em Lavradas – Ponte da Barca, portadora do BI nº 12620970, passado pelo arquivo de identificação de Viana do Castelo, em 06 de 02 de 2006, aluna do 2º ciclo do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Braga, vem por este meio requerer a V. Exma. se designe a conceder autorização para a realização de uma investigação científica, no âmbito da disciplina de Psicologia Clínica e da Saúde.

O estudo abordará o doente oncológico, propondo como data de início para recolha de dados Setembro 2010 e término em Outubro do mesmo ano, no interior das vossas instalações. A supervisão do estudo estará a cargo do Prof. Doutor Rui Devesa Ramos, Professor da Universidade Católica Portuguesa.

O tema da investigação incide sobre o estatuto de sobrevivência do doente oncológico e versa o tema: **“Estudo Clínico sobre o Impacto Psico-Funcional e Espiritual no Estatuto de Sobrevivente Oncológico”**. Trata-se de um estudo clínico quantitativo que ao incidir sobre a dimensão psicopatológica, funcional e espiritual, objectiva-se a conhecer qual a situação do sobrevivente de cancro e quais as variáveis

HOSPITAL DE BRAGA	
ENTRADA	Nº 6242
	Data 23/08/2010
DESTINO	Dir. clínic.

Estudo
n.º de op.
2/10/2010


RECEBIDO
10.08.25

preditoras no fenómeno sobrevivência da doença oncológica, contribuindo para o conhecimento desta fase da doença e eventuais intervenções e ou futuras investigações

Em anexo, apresenta-se uma sumária descrição do estudo e respectivo plano de trabalho.

Pede deferimento

Ponte da Barca, 20 de Agosto de 2010



(a aluna investigadora: Marina Ferreira)

ANEXO 2
Consentimento informado



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA DE BRAGA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Após ter tomado conhecimento de todo o procedimento de avaliação e de protecção de dados pessoais bem como os fins a que se destina, aceito participar na investigação “Estudo Clínico sobre o impacto psico-funcional e espiritual no estatuto de sobrevivente oncológico”, sob a responsabilidade técnica de Marina Arlete Alves Ferreira, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Devesa Ramos.

Braga, de de 2010

Assinatura: _____

ANEXO 3
Questionário sócio-demográfico e clínico



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DE BRAGA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Dados de inclusão/exclusão

1. Ano diagnóstico do cancro: _____, _____
2. Apoio psicológico no presente: ___ Sim ___ Não

Dados de Identificação

1. Idade: _____

2. Género: ___ Masculino ___ Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro(a) ___

Casado(a) ___

União de facto ___

Separado(a) /Divorciado(a) ___

Viúvo(a) ___

4. Filhos: ___ Sim ___ Não Nº ___ Menores Nº ___ Maiores

5. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever ___

1º-4º anos ___

5º-6º anos ___

7º-9º anos ___

10º-12ºanos ___

Estudos Universitários ___

Formação pós-graduada ___

6. Religião:

Católica

Outra

Sem Religião

6.1. Práticas Religiosas:

Mais que uma vez por semana ____

Uma vez por semana ____

Uma a três vezes por mês ____

Apenas em casamentos, batizados e funerais/nunca ____

7. Situação Profissional:

Empregado ____

Desempregado ____

Baixa médica ____

Reformado ____

Outro _____

8. Profissão anterior à neoplasia

9. Morada: Rural/ Campo: _____ Urbano/Cidade: _____

Dados Clínicos

1. Tipo de cancro: _____

2. Tipo de tratamento recebido:

Cirurgia ____

Radioterapia ____

Quimioterapia ____

Hormonoterapia ____

Imunoterapia ____

3. Efeitos indesejáveis permanentes do tratamento: ____ Sim ____ Não

Quais? _____

4. Recidivas ____ Sim ____ Não N.º. _____

Tipo de cancro _____

5. Doença física antes do diagnóstico de cancro?

Sim Não

Quais?

6. Doença física após diagnóstico de cancro e tratamentos?

Sim Não

Quais?

7. Apoio psicológico/ psiquiátrico antes ou depois do diagnóstico de cancro?

Sim/psi Não/psi Sim/psiq Não/psiq

Data: de _____ a _____ Data: de _____ a _____

(Nº de sessões)

Motivo/Diagnóstico

8. Alteração do estilo de vida e hábitos de saúde, após o diagnóstico e tratamento.

Áreas:

Exercício físico mais menos igual

Tabaco mais menos igual

Consumo de bebidas alcoólicas mais menos igual

Alimentação saudável (recomendada) mais menos igual

Obrigada pela participação!

ANEXO 4

Escala de avaliação da espiritualidade em contexto de saúde

ESPIRITUALIDADE
(Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

ANEXO 5
Medical Outcomes Study 36-Items Short-Form Health Survey- SF-36 (Questionário de Saúde)

Questionário do Estado de Saúde – SF-36

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Estado civil: _____ Habilitações: _____ Profissão: _____ Data: ____/____/____
Avaliador: _____

INSTRUÇÕES:

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhorias	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor circule com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
A. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.	1	2	3
B. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia.	1	2	3
D. Subir vários lanços de escadas.	1	2	3
E. Subir um lanço de escadas.	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3

G. Andar mais de 1 Km.	1	2	3
H. Andar vários quarteirões.	1	2	3
I. Andar um quarteirão.	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se sozinho(a).	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.	1	2
B. Fez menos do que queria.	1	2
C. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras actividades.	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimida ou ansiosa)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.	1	2
B. Fez menos do que queria.	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto no trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

(Quanto tempo nas últimas quatro semanas)	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio(a) de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso(a)?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu deprimido(a), que nada o(a) animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo(a) ou tranquilo(a)?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado(a)?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado(a)?	1	2	3	4	5	6

6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
C. Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é óptima.	1	2	3	4	5

ANEXO 6
Brief Inventory Symptoms
Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior					
2	Desmaios ou tonturas					
3	Ter a impressão de que as outras pessoas controlam os seus pensamentos					
4	Ter a ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas					
5	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6	Aborrecer-se e irritar-se com facilidade					
7	Dores sobre o coração ou no peito					
8	Sentir medo na rua ou nos espaços abertos					
9	Pensamentos de acabar com a vida					
10	Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas					
11	Perder o apetite					
12	Ter medo subitamente sem ter motivo para isso					
13	Ter impulsos que não consegue controlar					
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16	Sentir-se sozinho					
17	Sentir-se triste					
18	Não ter interesse por nada					
19	Sentir-se atemorizado					
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21	Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22	Sentir-se inferior aos outros					
23	Vontade de vomitar ou mal estar					

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
24	Ter a impressão de que os outros o costumam observar e falar de si					
25	Ter dificuldade em adormecer					
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27	Dificuldade em tomar decisões					
28	Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro					
29	Sensação de que lhe falta o ar					
30	Calafrios, arrepios ou afrontamentos					
31	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causar medo					
32	Sensação de vazio na cabeça					
33	Sensação de anestesia ou de formigueiro no corpo					
34	Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro					
36	Ter dificuldade em se concentrar					
37	Sentir falta de forças em partes do corpo					
38	Sentir em estado de tensão ou aflição					
39	Ter pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40	Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém					
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43	Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.					
44	Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa					
45	Ter ataques de terror ou pânico					
46	Envolver-se facilmente em discussões					
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado					
50	Sentir que não tem valor					
51	Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52	Ter sentimentos de culpa					
53	Ter a impressão de que alguma coisa está mal na sua cabeça ou no seu espírito					

ANEXO 7

Tabela 1 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna.

	α -Cronbach		
	Homens	Mulheres	TOTAL
+ Escala Avaliação da Espiritualidade (EE)			
- Crenças ($k=2$)	0,96 ^[5]	0,81 ^[4]	0,91 ^[5]
- Esperança/otimismo ($k=3$)	0,73 ^[3]	0,62 ^[2]	0,67 ^[2]
- TOTAL ($k=5$)	0,87 ^[4]	0,67 ^[2]	0,78 ^[3]
+ Questionário de Saúde (MOS SF-36)			
- Função Física ($k=10$)	0,94 ^[5]	0,88 ^[4]	0,90 ^[5]
- Desempenho Físico ($k=4$)	0,61 ^[2]	0,84 ^[4]	0,82 ^[4]
- Desempenho Emocional ($k=3$)	0,71 ^[3]	0,88 ^[4]	0,83 ^[4]
- Dor Física ($k=2$)	0,85 ^[4]	0,91 ^[5]	0,91 ^[5]
- Saúde em Geral ($k=5$)	0,37 ^[1]	0,30 ^[1]	0,28 ^[1]
- Vitalidade ($k=4$)	0,72 ^[3]	0,15 ^[1]	0,46 ^[1]
- Função Social ($k=2$)	0,17 ^[1]	0,93 ^[5]	0,58 ^[1]
- Saúde Mental ($k=5$)	0,37 ^[1]	0,05 ^[1]	0,22 ^[1]
- Mudança de Saúde ($k=1$)*	---	---	---
- TOTAL ($k=36$)	0,70 ^[3]	0,54 ^[1]	0,59 ^[1]
+ Inventário Sintomas Psicopatológicos (BSI)			
- Somatização ($k=7$)	0,42 ^[1]	0,76 ^[3]	0,79 ^[3]
- Obsessão-Compulsão ($k=6$)	0,41 ^[1]	0,75 ^[3]	0,73 ^[3]
- Sensibilidade Interpessoal ($k=4$)	0,60 ^[2]	0,56 ^[1]	0,59 ^[1]
- Depressão ($k=6$)	0,70 ^[3]	0,80 ^[4]	0,81 ^[4]
- Ansiedade ($k=6$)	0,44 ^[1]	0,44 ^[1]	0,45 ^[1]
- Hostilidade ($k=5$)	0,36 ^[1]	0,82 ^[4]	0,76 ^[3]
- Ansiedade Fóbica ($k=5$)	0,04 ^[1]	0,72 ^[3]	0,68 ^[2]
- Ideação Paranóide ($k=5$)	0,81 ^[4]	0,60 ^[2]	0,69 ^[2]
- Psicoticismo ($k=5$)	0,46 ^[1]	0,50 ^[1]	0,51 ^[1]
- Itens sem dimensão ($k=4$)	0,28 ^[1]	0,39 ^[1]	0,40 ^[1]
- TOTAL ($k=53$)	0,89 ^[4]	0,94 ^[5]	0,95 ^[5]

* não é possível produzir α -Cronbach ($k=1$).

^[1] α -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ($\alpha < 0,60$)

^[2] α -Cronbach com consistência interna *fraca* ($0,60 \leq \alpha < 0,70$)

^[3] α -Cronbach com consistência interna *razoável* ($0,70 \leq \alpha < 0,80$)

^[4] α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$)

^[5] α -Cronbach com consistência interna *muito boa* ($0,90 \leq \alpha \leq 1,0$)

ANEXO 8

Tabela 3 – Teste de Shapiro-Wilk na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas da Escala de Avaliação da Espiritualidade (EE), Questionário de Saúde (MOS SF-36) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), nos grupos de homens e mulheres, bem como no total da amostra.

	Homens		Mulheres		TOTAL	
	W	p	W	p	W	p
+ Escala de Espiritualidade (EE)						
- Crenças (k=2)	0,903	0,145	0,804	0,001*	0,863	0,001*
- Esperança/optimismo (k=3)	0,943	0,501	0,942	0,113	0,948	0,055
+ Questionário de Saúde (SF-36)						
- Função Física (k=10)	0,788	0,005*	0,928	0,048*	0,908	0,003*
- Desempenho Físico (k=4)	0,761	0,002*	0,841	0,001*	0,844	0,001*
- Desempenho Emocional (k=3)	0,722	0,001*	0,631	0,001*	0,653	0,001*
- Dor Física (k=2)	0,688	0,001*	0,872	0,002*	0,833	0,001*
- Saúde em Geral (k=5)	0,966	0,848	0,925	0,040*	0,956	0,109
- Vitalidade (k=4)	0,942	0,479	0,959	0,317	0,946	0,048*
- Função Social (k=2)	0,685	0,001*	0,855	0,001*	0,813	0,001*
- Saúde Mental (k=5)	0,818	0,011*	0,945	0,138	0,947	0,051
- Mudança de Saúde (k=1)	0,311	0,001*	0,779	0,001*	0,693	0,001*
+ Inventário de Sintomas (BSI)						
- Somatização (k=7)	0,906	0,160	0,953	0,222	0,941	0,031*
- Obsessão-Compulsão (k=6)	0,782	0,004*	0,958	0,298	0,954	0,090
- Sensibilidade Interpessoal (k=4)	0,830	0,016*	0,859	0,001*	0,861	0,001*
- Depressão (k=6)	0,787	0,005*	0,921	0,033*	0,889	0,001*
- Ansiedade (k=6)	0,883	0,079	0,916	0,024*	0,899	0,001*
- Hostilidade (k=5)	0,891	0,099	0,801	0,001*	0,828	0,001*
- Ansiedade Fóbica (k=5)	0,708	0,001*	0,717	0,001*	0,677	0,001*
- Ideacção Paranóide (k=5)	0,844	0,024*	0,975	0,712	0,952	0,077
- Psicoticismo (k=5)	0,709	0,001*	0,774	0,001*	0,749	0,001*
- Itens sem dimensão (k=4)	0,910	0,184	0,953	0,223	0,943	0,035*
- Índice Geral de Sintomas (k=53)	0,931	0,346	0,936	0,079	0,918	0,005*
- Total de Sintomas Positivos	0,880	0,071	0,980	0,847	0,962	0,176
- Índice de Sintomas Positivos	0,883	0,079	0,941	0,109	0,985	0,831

* distribuição não-normal ($p < 0,05$).

ANEXO 9

Tabela 7 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos nos itens mais representativos do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

	HOMENS			MULHERES			TOTAL	
	<i>n</i>	%		<i>N</i>	%		<i>N</i>	%
Item 6	7	53,8	Item 17	24	82,8	Item 17	30	71,4
Item 10	7	53,8	Item 15	22	75,9	Item 10	28	66,7
Item 1	6	46,2	Item 37	22	75,9	Item 15	28	66,7
Item 15	6	46,2	Item 10	21	72,4	Item 25	27	64,3
Item 17	6	46,2	Item 25	21	72,4	Item 33	26	61,9
Item 25	6	46,2	Item 33	21	72,4	Item 37	26	61,9
Item 27	6	46,2	Item 27	18	62,1	Item 27	24	57,1
Item 5	5	38,5	Item 30	18	62,1	Item 1	22	52,4
Item 33	5	38,5	Item 1	16	55,2	Item 6	22	52,4
Item 20	4	30,8	Item 5	16	55,2	Item 5	21	50,0
Item 36	4	30,8	Item 6	15	51,7	Item 30	19	45,2
Item 37	4	30,8	Item 26	15	51,7	Item 26	18	42,9