

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



DISTRESS, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO EM
PACIENTES ONCOLÓGICOS

Catarina da Paz Nóbrega Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



DISTRESS, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO EM
PACIENTES ONCOLÓGICOS

Catarina da Paz Nóbrega Pereira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2013

AGRADECIMENTOS

"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

Antoine de Saint-Exupéry

Aos pacientes que participaram neste estudo. Sem eles esta investigação não teria sido possível. Agradeço-lhes a disponibilidade, as partilhas e ensinamentos.

Ao Prof.º Dr.º Fernando Fradique. Por vezes basta-nos uma palavra de incentivo para a concretização dos nossos objectivos. Muito Obrigada pelo apoio, orientação, críticas construtivas e estímulo intelectual.

Aos Professores do MIP, responsáveis pela minha formação científica.

Aos meus pais. Por serem quem são, por terem feito esta caminhada comigo e por terem acreditado que seria capaz.

Ao meu irmão. Apesar de estar longe, a sua força e sentido de humor foram, são e serão sempre muito importantes para mim.

Ao Pedro Melim, pela Amizade.

À Ana Agostinho, à Sofia Francisco, à Vânia Vaz, à Rosa Silva, à Patrícia Martins e à Catarina Vieira. Um Obrigada pois contribuíram para que o meu percurso fosse repleto de momentos que recordarei com saudade e, certamente, com um sorriso nos lábios.

Ao Hugo Rossio por ser companheiro, pelo apoio, pelo cuidado, pelos conselhos e pelas críticas construtivas.

RESUMO

O cancro faz parte do conjunto de doenças que ameaçam o bem-estar físico, psicológico e social dos pacientes, o que acarreta alterações para a sua QdV. Assim sendo, é necessária uma abordagem compreensiva do impacto biopsicossocial da doença oncológica, devendo ser dada atenção à forma como a doença é experienciada e confrontada.

O presente estudo visa a avaliação do *Distress* emocional, Qualidade de Vida e Estratégias de Confronto de um grupo de pacientes oncológicos (N=35). Esta avaliação realizou-se através da aplicação dos instrumentos seguintes: Questionário Sócio-demográfico e Clínico (Coelho, 2009), WHOQOL-Bref (Canavarró et al., 2007; WHOQOL Group, 1998), o FACT-G – versão 4 (Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993), o Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001) e o Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004).

Os resultados obtidos indicam alterações em vários domínios da QdV. Relativamente às estratégias de confronto, os pacientes relataram diferentes estratégias como forma de ultrapassar os problemas com que se deparam ao longo do processo de doença, influenciando positivamente a sua QdV. Neste estudo verificou-se a prevalência de *distress* emocional, visto que a maioria dos participantes indicou níveis moderados a severos de *distress*. Também se concluiu que existe uma associação negativa entre o grau de *distress* emocional e os domínios da QdV. Atendendo ao impacto do cancro nos vários domínios de QdV observado neste estudo, é necessário sensibilizar os próprios doentes, famílias e profissionais de saúde para a importância da sinalização e intervenção psicológica, sendo este um recurso que pode dar o seu contributo positivo para o bem-estar do indivíduo enfermo.

Palavras-chave: Cancro, *Distress* Emocional, Qualidade de Vida, Estratégias de Confronto

ABSTRACT

Cancer is part of the group of diseases that threaten the physical, psychological and social well-being, contributing to the change of patients QoL. Therefore, a comprehensive approach of the biopsychosocial impact of oncological disease is needed and attention should be given to the way the disease is experienced and confronted.

The present study aims to assess the Emotional Distress, the Quality of Life and the Coping Strategies of a group of cancer patients (N=35). This assessment was carried out by applying the following instruments: Questionário Sócio-demográfico e Clínico (Coelho, 2009), WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998), the FACT-G - versão 4 (Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993), the Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001) and Termómetro do Distress (Bacalhau, 2004).

The results show changes in some domains of QoL. Regarding coping strategies, patients reported different strategies in order to overcome the problems that they face during the disease process, influencing positively their level of QoL. This study shows the prevalence of emotional distress, since the majority of patients reported moderate to severe levels of distress. It was also concluded that there is a negative association between the degree of emotional distress and some domains of QoL. Given the impact of cancer in some domains of QoL observed in this study, it is necessary to make patients, families and health professionals aware of the importance of psychological intervention as a resource that can contribute positively for the well-being of the ill person.

Keywords: Cancer, Emotional Distress, Quality of Life, Coping Strategies

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1.1. Qualidade de Vida	2
1.2. Implicações psicológicas da doença oncológica.....	4
1.2.1. <i>Distress</i> emocional	5
1.3. Estratégias de <i>Coping</i>	6
1.4. Objectivos de investigação	11
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA.....	13
2.2. Amostra.....	14
2.2.1. Selecção de amostra	14
2.2.2. Caracterização da amostra.....	14
2.3.1. Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica.....	16
2.3.2. <i>World Health Organization Quality of Life – Bref</i>	16
2.3.3. <i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i> , versão 4.....	18
2.3.4. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos	19
2.3.5. Termómetro de <i>Distress</i>	20
CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DE RESULTADOS.....	22
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	29
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES	41
5.1. Limitações.....	42
5.2. Implicações clínicas dos resultados	43
5.3. Considerações Éticas	43
5.4. Sugestões para investigações futuras	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
LISTA DE ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dados demográficos relatados com maior frequência (N=35).....	15
Tabela 2. Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref (N=35).....	22
Tabela 3. Estatística descritiva dos domínios do FACT-G - versão 4 (N=35).....	23
Tabela 4. Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios WHOQOL-Bref e os domínios do FACT-G - versão 4	24
Tabela 5. Estatística descritiva das categorias das estratégias de confronto utilizadas por um grupo de doentes oncológicos (N=35).....	25
Tabela 6. Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do FACT-G - versão 4 e as categorias das estratégias de confronto do QMLA	26
Tabela 7. Estatística Descritiva do Grau de <i>Distress</i> Emocional e da Lista de Problemas do Termómetro do <i>Distress</i> (N=35)	27
Tabela 8. Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do FACT-G - versão 4 e o Grau de <i>Distress</i> Emocional e Lista de Problemas do Termómetro do <i>Distress</i>	28

INTRODUÇÃO

Actualmente, a preocupação em relação à doença oncológica não passa apenas pela sobrevivência, mas também pela consideração da Qualidade de Vida (QdV) dos pacientes durante e após o processo de tratamento (Pais-Ribeiro, 2001). É necessária uma abordagem compreensiva do impacto da doença crónica nos diferentes domínios da vida, para um tratamento e ajustamento mais eficaz (Paredes et al., 2008).

A doença oncológica representa um processo que potencia o aumento do estado de *stress*, devendo ser dada atenção à forma como o paciente o experiencia e enfrenta. A forma como o paciente enfrenta o seu cancro pode ser adaptativa, influenciando positivamente a sua qualidade de vida, através do decréscimo do *distress* e contribuindo para o maior ajustamento (Rowland, 1990). Se a estratégia de confronto utilizada mediante o processo de doença e estado de *stress* que lhe está subjacente não for adaptativa, conduz a um resultado psicossocial negativo em virtude do aumento do *distress* e a sua influência na qualidade de vida (Zucca, Boyes, Lecathelinais, & Girgis, 2010). Neste sentido, este estudo tem como finalidade a exploração da qualidade de vida, do *distress* emocional dos pacientes oncológicos e quais as estratégias de confronto mais utilizadas. A pertinência desta investigação incide no interesse em estudar a temática da QdV em pacientes oncológicos e alertar para a necessidade de dar resposta às problemáticas, nos seus vários domínios, que muitas vezes surgem no contexto de doença, no sentido de intervir e contribuir de forma positiva para o ajustamento e bem-estar.

No capítulo 1 é apresentado o enquadramento teórico da investigação. Mais especificamente, fala-se sobre a QdV e QDVRs, quais implicações psicológicas da doença oncológica, do *distress* emocional e estratégias de confronto. No final deste capítulo, são apresentados os objectivos para este estudo.

A metodologia utilizada no âmbito deste estudo é descrita no capítulo 2, englobando o procedimento, a caracterização da amostra e os instrumentos utilizados.

No capítulo 3 apresenta-se, de uma forma descritiva, os resultados obtidos.

No capítulo 4 é realizada a discussão dos resultados obtidos.

As conclusões desta investigação são apresentadas no capítulo 5. Para finalizar este trabalho, são também apresentadas as limitações deste estudo assim como as implicações do mesmo para o futuro e para a prática clínica.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se a fundamentação teórica sobre o *Distress*, Qualidade de Vida e Estratégias de Confronto em Pacientes Oncológicos. São consideradas as definições de qualidade de vida, *distress* emocional e estratégias de confronto (*coping*), assim como é abordado o impacto da doença oncológica no indivíduo. Por fim, são apresentados os objectivos de investigação.

1.1. Qualidade de Vida

Desde meados do século XX que a Saúde se constituiu como um conceito específico, como objecto de investigação e intervenção (Pais-Ribeiro, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma definição de Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948 cit. por Pais-Ribeiro, 2005). Esta definição conduz à percepção de saúde de uma forma positiva e é uma das primeiras a dar importância a três grandes dimensões num contexto de doença: dimensão física, psicológica e social. A Saúde pode ser vista como uma variável que influencia e é influenciada pela carreira profissional, a família, o lazer, a felicidade, entre outras (Pais-Ribeiro, 2005). Nesta perspectiva, a Saúde é entendida como um domínio fundamental ao longo de todo o ciclo de vida, uma dimensão da Qualidade de Vida [QdV] (WHO, 1986 cit. por Pais-Ribeiro, 2005).

Com os progressos nas ciências médicas, a taxa de sobrevivência de doentes oncológicos aumentou, tornando o cancro uma doença crónica. O facto de os novos tratamentos possibilitarem o prolongamento da vida destes doentes faz questionar não só a quantidade como também a qualidade de vida (Bennett, 2002; Calman, 1984). Posto isto, hoje, a preocupação em relação à doença oncológica não passa só pela sobrevivência, mas também pela consideração da QdV dos pacientes durante e após o processo de tratamento (Pais-Ribeiro, 2001).

Existem muitos tipos de cancro. Para cada tipo existem múltiplos estádios de desenvolvimento e para cada um destes existem protocolos de tratamento diversos. Se acrescentarmos a estas variáveis as idades típicas de ocorrência de cada tipo de cancro, apercebemo-nos da complexidade da tarefa que é avaliar a QdV, ou identificar as suas componentes (Pais-Ribeiro, 2001).

A OMS definiu QdV como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, p. 28 cit. por Canavarro et al., 2007, p. 77). Este é um conceito amplo que representa uma perspectiva multidimensional, contemplando a influência da saúde física, do estado psicológico, emocional, nível de interdependência, as relações sociais e relações com características salientes do respectivo meio, na avaliação subjectiva da QdV individual (WHOQOL Group, 1995, 1998 cit. por Canavarro et al., 2007). Para além disso, a QdV também possui uma faceta dinâmica na medida em que a forma como as pessoas percebem a sua QdV se altera ao longo do tempo.

A QdV é um conceito recente no que concerne à sua utilização genérica no domínio da saúde, das doenças em geral, e da doença oncológica em particular (Pais-Ribeiro, 2001). A QdV, passa ao campo da saúde quando se considera que uma determinada doença e intervenções associadas influenciam não só a quantidade (sobrevivência) como também a QdV do indivíduo (Lara-Muñoz, León, & Fuente, 1995). Posto isto, uma abordagem compreensiva do impacto da doença crónica nos diferentes domínios da vida do indivíduo apresenta-se como uma condição importante para um tratamento mais eficaz (Paredes et al., 2008).

Quando se utiliza o conceito de QdV aplicado ao contexto da saúde, falamos em Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS). Esta refere-se à qualidade de vida que depende ou está relacionada com a doença e que é definida, por exemplo, por Hermann (1995, p. 88) como “*o impacto da doença e do tratamento no doente*”. No entanto, há que ter em conta que o foco não deve ser apenas na saúde, mas também nos aspectos que afectam a vida doente em geral. Segundo Testa e Simonson (1996), os dois termos QdV e QdVRS, referem-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde. Apesar destes dois termos serem entendidos como distintos, ambos são influenciados pelas experiências, crenças, expectativas e percepções das pessoas com doenças.

A QdV e a QdVRS interligam-se mas a primeira é mais abrangente, visto que se aplica a todas as pessoas saudáveis e não saudáveis e permite identificar e comparar a QdV e as suas dimensões entre os diversos grupos, sendo que a segunda está mais directamente relacionada com os aspectos da qualidade de vida relativos à doença e ao tratamento (Pais-Ribeiro, 2001; Pais-Ribeiro, 2009).

A redução da QdV em doentes oncológicos tem sido observada em pacientes com diferentes diagnósticos, tratamentos e estádios da doença (Kreitler, Peleg, &

Ehrenfeld, 2007). O impacto da doença está relacionado com aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, os quais conduzem a uma redução significativa da QdV dos doentes, podendo afectar de forma adversa o tratamento e reabilitação (Kreitler et al., 2007; Paredes et al., 2008; Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). Tendo em conta a presença acentuada da influência psicológica na vivência da doença, é possível dizer que o conceito de QdVRS encontra-se não só dependente da doença, mas também das representações que o doente tem acerca desta: crenças sobre as causas e consequências da doença, preconceitos, a apreciação que o próprio faz acerca do “eu” doente, emoções desencadeadas, sintomas e tratamentos (Pais-Ribeiro, 2001). Posto isto, compreende-se que as variáveis psicológicas de adaptação à doença em articulação com os sintomas e os tratamentos, exercem influência na forma como os indivíduos percebem a sua QdV.

1.2. Implicações psicológicas da doença oncológica

Como descrito na literatura, a doença oncológica encontra-se incluída entre as doenças que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo contribuindo para a alteração da QdV (Soares, Moura, Carvalho, & Baptista, 2000).

São várias as razões que podem contribuir para o desencadear de reacções emocionais nos doentes oncológicos. Apesar de o sofrimento psicológico associado à vivência do processo de doença oncológica ser entendido como uma reacção “normal” (Brannon & Feist, 2000; Chochinov, 2001; Fanger, et al., 2010; Massie, 1990), compromete a estabilidade individual e capacidade de confronto, existindo evidências de alterações emocionais e funcionais (Roberts & Yeager, 2009). Do ponto de vista funcional, ao longo da doença, o paciente vivencia sintomas adversos e algumas perdas (Paredes et al., 2008). No âmbito das dificuldades e problemas com que os pacientes se deparam ao longo do processo de doença oncológica, podemos considerar: a disfuncionalidade física, dependência dos seus familiares ou cuidadores, a possibilidade de alterações nas relações sociais e conjugais (Ogden, 2004; Paredes et al., 2008; Taylor, 1995).

No âmbito das alterações emocionais, podem ser consideradas a ansiedade, a depressão (Aass, Fossa, Dahl, & Moe, 1997; Chochinov, 2001; Mystakidou et al., 2005; Stark & House, 2000) e o *distress* emocional (Clark, Bostwick, & Rummans, 2003; Jacobsen & Ransom, 2007; Loscalzo & Brintzenhofesoc, 1998; Roberts & Yeager, 2009). Tal acontece pois as experiências potenciadoras de grande *stress* estão

geralmente ligadas a uma emocionalidade predominantemente negativa, contribuindo, em parte, para a alteração da QdV (Scharf, 2005).

1.2.1. *Distress* emocional

O *distress* é referido por Nelson e colaboradores (2009) como uma experiência que engloba preocupação, medo, ansiedade e depressão. Posto isto, o *distress* emocional é reconhecido como uma parte importante do processo de ajustamento à doença, sendo esta uma variável a explorar neste contexto devido à sua influência na QdV do doente com cancro (Zenger et al., 2010).

O *distress* emocional é definido pela *National Comprehensive Cancer Network* [NCCN] (2013) como uma experiência desagradável (cognitiva, comportamental e emocional), de carácter psicológico, social e/ou espiritual, que pode interferir com a capacidade do paciente de confrontar de um modo adaptativo o seu cancro e o seu tratamento. Este *distress* emocional surge ao longo do contínuo da doença, devido aos sintomas e aos tratamentos (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998). Assim sendo, as experiências inerentes ao processo tendem a ser potenciadoras de estados de *distress* emocional elevados (Carlson et al., 2004; Zabora et al., 2001). O *distress* emocional, tem a si associado um carácter idiossincrático pois depende das percepções individuais acerca da situação de crise, sendo marcado por sentimentos subjectivos que variam na sua intensidade (Moscoso & Reheiser, 2010). No que diz respeito às causas do *distress* no contexto oncológico, estas tendem a estar ligadas ao diagnóstico, ao sofrimento físico e emocional imposto pelos tratamentos, bem como às dúvidas em relação ao futuro e incerteza quanto à sobrevivência e diminuição da QdV (Head et al., 2012; Jacobsen, & Ransom, 2007).

Existem evidências que expõem correlações estatisticamente significativas entre sub-domínios da QdV e *distress* emocional. No estudo de Zenger e colaboradores (2010) foi demonstrado, com pacientes com cancro na próstata, que o *distress* emocional está forte e negativamente associado à auto-avaliação da QdV. Esta evidência vai ao encontro da literatura que descreve a associação entre o *distress* emocional e a QdV em diferentes populações oncológicas (ex.: Bultz & Carlson, 2006; Head et al., 2012; Stark et al., 2002; Tsunoda et al., 2005). No entanto, esta associação não é específica da população oncológica, havendo associações semelhantes na população geral (Zenger et al., 2010). Neste sentido, parece fulcral a avaliação do *distress* e também de que forma este se expressa, adequando a intervenção às

necessidades manifestadas facilitando um confronto activo e eficaz com a doença (Mystakidou et al., 2005). Um estudo levado a cabo por Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor e Falke (1992), mostrou que algumas estratégias de confronto podem ser úteis para lidar com problemas relacionados com o cancro, por estarem associadas a menor *distress* emocional.

1.3. Estratégias de *Coping*

Como se sabe, perante uma situação de crise, o indivíduo deve mobilizar estratégias no sentido de reestabelecer o equilíbrio do organismo, ou seja, este equilíbrio depende das estratégias de confronto levadas a cabo para lidar com o stressor (Coyne & Holroyd, 1982; Rowland, 1990).

Existem dois processos que mediam a relação entre o indivíduo e o ambiente ou stressor. Esses dois processos são o *appraisal* cognitivo e o *coping*. O *appraisal* pode ser entendido como um processo de avaliação, que engloba a categorização dos acontecimentos quanto à sua significância para o bem-estar. Uma das razões para considerarmos o *appraisal* cognitivo é que permite ao indivíduo determinar o potencial de *stress* de um acontecimento assim como os recursos necessários para lidar com este. Assim sendo, no *appraisal* primário um acontecimento pode ser julgado como: 1) irrelevante, 2) benigno-positivo ou 3) stressante, sendo que a resposta de *stress* decorre da percepção de um acontecimento como relevante e negativo. O *appraisal* de um acontecimento como stressante inclui a avaliação do mesmo em termos de: 1) perda, quando o dano já sucedeu, 2) ameaça, quando são antecipadas perdas ou danos e 3) desafio, quando há possibilidade de algum tipo de ganho pelo indivíduo. O *appraisal* secundário, diz respeito à apreciação dos recursos de que o indivíduo dispõe para lidar com esse acontecimento. O *appraisal* secundário inclui a avaliação acerca da possibilidade de utilização de uma dada estratégia ou grupo de estratégias e das suas consequências, tendo em consideração as exigências externas e/ou internas (Lazarus e Folkman, 1984).

Os dois processos de *appraisal* (primário e secundário) são interdependentes pois os acontecimentos stressantes são aqueles em que as exigências externas e/ou internas são avaliadas como excedendo ou sobrecarregando os recursos do indivíduo. Posto isto, o *stress* ocorre quando a pessoa considera que não tem recursos disponíveis para lidar com esse acontecimento (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de *coping*¹ referem-se a padrões de comportamento, cognições e percepções empregues para manter o equilíbrio do organismo mediante as exigências internas e/ou externas (Lazarus & Folkman, 1984). Diz respeito às capacidades ou recursos intrapessoais para lidar com situações difíceis e pouco comuns (Rowland, 1990). Sendo orientados para o processo, referem-se ao que as pessoas pensam ou fazem em situações específicas e não ao que as pessoas fazem normalmente (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Aqui é enfatizada a importância do significado subjectivo das situações, ou seja, de que o modo como a pessoa constrói um evento molda a resposta emocional e comportamental (Sheridan & Radmacher, 1992).

Se assumirmos as estratégias de confronto numa perspectiva transaccional, percebemos que o confronto implica uma dinâmica em função dos *appraisals* e *reappraisals* contínuos, resultantes da interacção entre indivíduo e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984; Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Portanto, o confronto é um processo dinâmico que se modifica em função das exigências do acontecimento stressante. A importância de considerarmos o *appraisal* e as estratégias de confronto está no seu impacto na adaptação do indivíduo à doença ou ao *distress* emocional (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) distinguiram duas funções primárias do *coping*: o *coping* orientado para a resolução de problemas e o *coping* orientado para a regulação das respostas emocionais. O primeiro é utilizado quando os acontecimentos são vistos como passíveis de serem controlados pelo próprio e centra-se na análise e definição do problema que causa *distress*, criação de soluções, avaliação dos custos e benefícios de cada uma dessas soluções e a escolha da melhor estratégia. O segundo, é geralmente utilizado quando nada pode ser feito para alterar a situação de ameaça e centra-se na diminuição do desconforto emocional e sofrimento, ou seja, redução de estados emocionais negativos associados a avaliações de ameaça, recorrendo à fuga, distanciamento do problema, atenção selectiva ou desvalorização dos acontecimentos negativos. Carver, Scheier e Weintraub (1989) referem que as estratégias de confronto orientadas para as emoções (ex.: aceitação, procura de suporte social, etc.) têm como alvo o *distress* emocional associado à situação ameaçadora. De um modo geral, o confronto aumenta nas situações em que aumenta o *stress* e a vulnerabilidade percebida, nas quais o indivíduo pode levar a cabo estratégias já utilizadas no passado ou, por outro lado, encontrar novas formas de confronto (Carver et al., 1989).

¹ Após a operacionalização do conceito de *coping* e suas funções primárias, será utilizado o termo “confronto” para referir o mesmo.

No contexto oncológico, o confronto pode ser compreendido como um conjunto de recursos intrapessoais que permitem a adaptação humana a situações de crise e de gestão de *stress*, não devendo ser negligenciada a ideia de subjectividade emocional que essa experiência proporciona (Moos, 1982; Rowland, 1990). É de salientar que a eficácia do confronto é influenciada pela duração e intensidade da situação de *stress*. Considerando que a doença oncológica tende a prolongar-se no tempo, são exigidos muitos recursos psicológicos e sociais para realizar a tarefa de confronto, que pode ser adaptativa ou não (Bennett, 2002). Segundo Rowland (1990), os determinantes subjectivos do confronto prendem-se com os seguintes factores: a doença relatada, que diz respeito à natureza da doença, sintomas, localização anatómica, estágio, tipo de tratamento, opções de reabilitação; os individuais, no que concerne ao estágio de desenvolvimento (i.e. capacidades cognitivas, competências), valores e crenças (i.e. experiências prévias de cancro e outras doenças, crenças religiosas), suporte social; e os socioculturais tais como as atitudes da comunidade e os recursos disponíveis.

Como mecanismo adaptativo, as estratégias de confronto alertam para a necessidade de procurar cuidados médicos aquando do surgimento de nova sintomatologia ou exacerbação da existente, ajuda a antecipar os stressores associados à doença e mobiliza formas de resolução de problemas e outras estratégias para lidar com os mesmos (Kann, 1995 cit. por Varela & Leal, 2007). As estratégias de confronto não adaptativas estão relacionadas com situações nas quais o tratamento ou acções essenciais não são seguidas pelo paciente ou não é concretizável devido ao estado emocional deste. A estratégia de confronto utilizada gera mais *distress*, impedindo a realização de actividades da vida diária ou conduzindo ao abandono dos recursos habituais de gratificação pessoal; amplifica os sintomas psíquicos perdendo o papel de alerta, podendo mesmo originar sintomas físicos que tornam difícil o diagnóstico diferencial entre estes e os da doença propriamente dita (Kann, 1995 cit. por Varela & Leal, 2007). Neste sentido, e tendo em consideração o contexto oncológico, o confronto adaptativo está associado a um baixo *distress*, poucos problemas diários, baixa ansiedade, à forma como a pessoa lida com as mudanças de vida recentes, à forma como lida com os sintomas físicos, boa resolução de problemas, apoio familiar e profissional adequado e pouca interferência da doença no trabalho, na família e vida pessoal (Weisman & Worden, 1976-1977 cit. por Rowland, 1990), factores esses que contribuem para uma QdV mais elevada.

A preocupação, relativamente às estratégias de confronto, não deve ser se são adaptativas ou não mas sim em que circunstâncias, uma dada estratégia tem consequências positivas. Porque o processo de confronto está inserido num contexto, as respostas de confronto podem variar de acordo com este e alterar-se ao longo do tempo (Lennon, Dohrenwend, Zautra, & Marbach, 1990 cit. por Maes, Leventhal, & Ridder, 1996; Lazarus & Folkman, 1984). Decidir se as estratégias de confronto são adaptativas ou não, requer uma análise de factores situacionais (ex.: natureza do stressor, crenças sobre os recursos de confronto e a sua eficácia) e de factores pessoais (ex.: personalidade, crenças relativamente aos recursos de confronto e à sua eficácia) (Maes et al., 1996). Por estratégias adaptativas entendem-se aquelas que têm um resultado psicossocial positivo; por estratégias não adaptativas entendem-se as que conduzem a um resultado psicossocial negativo (Zucca et al., 2010). A selecção e a eficácia das estratégias de confronto devem ser vistas em termos de interacções entre o indivíduo e a situação; uma mudança num dos elementos pode afectar o processo e o produto (Maes et al., 1996; Zucca et al., 2010).

Um factor preponderante para o sucesso ou insucesso do confronto consiste no apoio social, que tem a importante função de dar *feedback* acerca de estratégias alternativas (Weisman & Worden, 1976-1977 cit. por Rowland 1990). Helgeson e Cohen (1999), referem que o ambiente social constitui um factor importante na capacidade dos pacientes viverem com a sua doença. Uma das razões que justificam o facto de o ambiente social ser importante é que, como tem sido demonstrado, permite promover o bem-estar e proteger os indivíduos das consequências negativas das circunstâncias de vida stressantes das quais o cancro faz parte (Cohen & Wills, 1985), como também facilita a capacidade de confrontar com essas circunstâncias ou eventos (Lin, Woelfil, & Light, 1985 cit. por Bloom & Kessler, 1994). De entre os factores que podem prever o insucesso do confronto podem salientar-se o isolamento social, o estatuto socioeconómico baixo, abuso de álcool ou drogas, história psiquiátrica prévia, inflexibilidade e rigidez no exercício do confronto, pessimismo e *locus* de controlo externo acentuado (Weisman & Worden, 1976-1977 cit. por Rowland, 1990).

O modo como os indivíduos lidam com a doença, bem como a sua percepção e interpretação dos sintomas, causas, duração, consequências e controlo, são variáveis que podem explicar parte das diferenças individuais ao nível do ajustamento emocional (Soares et al, 2000; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). Perante uma doença, os pacientes criam os seus próprios modelos ou representações acerca da

mesma (Weinman et al., 1996). As experiências somáticas ou sintomas ajudam na elaboração das representações de doença, servindo de guias de acção (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). As representações do paciente acerca da sua doença surgem logo que experiencia os sintomas e, tipicamente, alteram-se ao longo da progressão da doença, sintomas e tratamento (Weinman et al., 1996). Por outro lado, para além da realidade percebida em torno da ameaça que é a sua doença, o indivíduo tem também de lidar com as reacções emocionais associadas a essa ameaça (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Leventhal e colaboradores propuseram que as representações de doença se baseiam em componentes distintas que, por sua vez, determinam o exercício do confronto (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Leventhal & Diefenbach, 1991 cit. por Weinman et al., 1996). De acordo com estes autores, cada paciente terá a sua representação acerca da identidade, causa, duração e consequências da doença. Assim sendo, existem cinco componentes nas representações de doença do paciente: identidade, causas, duração (*timeline*), consequências e crenças acerca da cura ou controlabilidade da doença. Todas estas dimensões são importantes porque têm implicações para as percepções de doença, orientando a tarefa de confronto, influenciando a adesão ao tratamento médico assim como a avaliação dos seus efeitos (Hampson, Glasgow, & Zeiss, 1994; Jensen & Karoly, 1992; Bradley, Gamsu, Moses, Knight, Boulton, Drury, & Ward, 1987; Lowey & Jacobsen, 1985; Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996; Williams & Keefe, 199 cit. por Scharloo et al., 1998; Weinman et al., 1996).

São várias as investigações efectuadas com o objectivo de avaliar a relação entre as estratégias de confronto, o ajustamento emocional, a percepção da doença e a QdV do indivíduo afectado (Lazarus & Folkman, 1984; Rowland, 1990). Numa investigação com o objectivo de estudar as relações entre a percepção da doença, as estratégias de confronto e o ajustamento emocional em adultos com doença do foro oncológico, Scharloo e colaboradores (1998) obtiveram resultados que mostraram que estratégias de confronto passivas, crenças numa longa duração da doença e na gravidade das suas consequências associaram-se a um mau funcionamento geral. Por outro lado, estratégias de confronto de procura de apoio social, crenças na possibilidade de controlo e cura da doença relacionaram-se significativamente com um melhor funcionamento geral. Pacientes que percebem a doença como uma ameaça usam mais frequentemente estratégias de confronto com foco no problema, ao passo que indivíduos que

percepcionam o cancro como uma perda/dano tendem a usar mais estratégias de confronto ligadas ao distanciamento (Lazarus & Folkman, 1984). Neste sentido, parece relevante reforçar que a estratégia de confronto utilizada tem um carácter determinante no decorrer do percurso, sendo que se for adaptativo é possível adquirir mais facilmente aptidões de confronto perante as exigências envolvidas no diagnóstico, melhor adesão ao tratamento e melhor ajustamento emocional relativamente à doença (Merluzzi & Sanchez, 1997 cit. por Soares et al., 2000). No entanto, as estratégias de confronto utilizadas pelos indivíduos numa determinada situação não permitem prever as que serão utilizadas em adversidades futuras, sendo que é também de referir que várias fontes de *stress* simultâneas podem exigir a aplicação concomitante de diferentes estilos de confronto (Varela & Leal, 2007).

1.4. Objectivos de investigação

A doença oncológica representa um processo que potencia um elevado estado de *stress*, devendo ser dada atenção à forma como é experienciado e confrontado.

Como se sabe, o diagnóstico e todo o processo de doença oncológica compreende alterações que se reflectem na QdV e potenciam o aumento do *distress* emocional, podendo ser implementadas estratégias de confronto no sentido de lidar com as crises sucessivas que surgem ao longo do contínuo da doença. Neste sentido, o objectivo geral desta investigação consiste na exploração dos diferentes níveis de QdV, explorar a presença e a influência do *distress* emocional e explorar que estratégias de confronto mais utilizadas, numa amostra de pacientes oncológicos.

Após referido o objectivo geral, podem ser considerados como objectivos específicos:

1. Explorar o padrão de QdV de um grupo de pacientes oncológicos - *World Health Organization Quality of Life* (Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998);
2. Explorar o padrão de QdVRS de um grupo de pacientes oncológicos – *Functional Assessment of Cancer Therapy - General*, versão 4 (Arnold, Eremenco, Lai, Pais-Ribeiro, Doro, & Cella, 2004; Cella et al., 1993);
3. Comparar duas medidas de QdV, aplicadas a um grupo de pacientes oncológicos, uma de carácter mais geral e outra mais específica para a doença

- oncológica – WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998) e FACT-G, versão 4 (Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993);
4. Explorar a associação entre duas medidas de QdV, aplicadas a um grupo de pacientes oncológicos – WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998) e FACT-G, versão 4 (Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993);
 5. Explorar as categorias de estratégias de confronto utilizadas por um grupo de pacientes oncológicos – Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001);
 6. Explorar a associação entre os domínios QdVRS e as categorias de estratégias de confronto relatadas por um grupo de pacientes oncológicos - FACT-G, versão 4 (Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993) e QMLA (Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001);
 7. Explorar o Grau de *Distress* Emocional e os Problemas (dia-a-dia, familiares, emocionais, religiosos, físicos) relatados por um grupo de pacientes oncológicos - Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004);
 8. Explorar a associação entre o padrão de QdVRS com o grau de *Distress* Emocional e os Problemas relatados por um grupo de pacientes oncológicos – FACT-G, versão 4 (Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993) e Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004).

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

Neste capítulo, é descrita a metodologia da investigação que foca o estudo do *Distress* Emocional, Qualidade de Vida e Estratégias de Confronto em pacientes oncológicos. É referido o procedimento, a amostra e a caracterização da mesma. Por fim, são apresentados os instrumentos utilizados para a recolha de dados e a sequência sugerida de apresentação dos mesmos.

Esta investigação apresenta como desafio a avaliação da QdV, exploração das estratégias de confronto, exploração do grau de *distress* e os problemas relatados por um grupo de doentes oncológicos. Considerando os objectivos do estudo, anteriormente descritos, utilizou-se uma metodologia quantitativa exploratória, que integra como instrumentos o WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life - Bref*; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998), o FACT-G – versão 4 (*Functional Assessment of Cancer Therapy - General*; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993), o Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001) e o Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004).

Os dados obtidos através destes instrumentos foram analisados utilizando o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 2.0.

2.1. Procedimento

Para a realização da recolha de dados, contactou-se a Administração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E, que autorizou a aplicação dos questionários aos doentes oncológicos.

Quando estabelecido o contacto com os participantes, estes eram informados acerca dos objectivos, dos instrumentos do estudo, sobre a confidencialidade da sua identidade e das suas respostas, assim como, de estarem a participar num acto voluntário através de um Protocolo de Consentimento Informado² (Anexo 1).

A aplicação dos instrumentos procedeu-se quando os doentes estavam no internamento do Serviço de Cirurgia Geral ou tinham consulta na Clínica da Dor, tendo sido recrutados na sala de espera ou no seu quarto. No caso do internamento, quando

² O Protocolo de Consentimento Informado é o mesmo que o utilizado por Marques (2012) no âmbito da sua dissertação de mestrado “Doentes Oncológicos e seus Cuidadores Informais: Estudo Exploratório da Qualidade de Vida, Distresse e Estratégias de *Coping*”, visto o presente estudo estar inserido no mesmo projecto de investigação.

não era possível a realização do preenchimento no momento de entrega devido à indisponibilidade da pessoa, por exemplo, realização de cuidados, alta médica, entre outros, os doentes tinham a opção de realizar o preenchimento dos questionários noutro momento ou em casa. Quando os instrumentos eram preenchidos em internamento ou na Clínica da Dor, a recolha era feita directamente. Nos casos em que o preenchimento foi realizado em casa (no caso do Serviço de Cirurgia Geral), os questionários foram entregues no internamento, sendo combinado o dia da sua entrega para um dia em que o participante tivesse de se deslocar ao hospital.

2.2. Amostra

2.2.1. Selecção de amostra

Participaram nesta investigação doentes do foro oncológico internados no Serviço de Cirurgia Geral ou utentes da Clínica da Dor, de ambos os sexos, em condições físicas e cognitivas para responderem aos questionários. Os pacientes que fazem parte da amostra são ou já foram atendidos pela primeira vez no Serviço de Psicologia ou no Serviço de Cirurgia Geral, ou têm ou já tiveram consulta de primeira vez na Clínica da Dor.

A amostra de pacientes é constituída por 35 participantes. Os critérios de inclusão na amostra foram: consentir participar no estudo; ter idade superior a 18 anos; ter doença oncológica clinicamente diagnosticada; saber ler e escrever em Português; e estar em condições físicas e cognitivas para responder aos questionários. Os critérios de exclusão da amostra foram: ser iletrado; e ter um quadro de psicopatologia clinicamente diagnosticado.

2.2.2. Caracterização da amostra

Neste estudo participaram 35 pacientes oncológicos, internados no Serviço de Cirurgia ou utentes da Clínica da Dor do IPOLFG. Dos 38 contactos realizados no âmbito da investigação, três não foram incluídos uma vez que os participantes não procederam à entrega dos questionários até à data em que a recolha de dados foi dada como terminada.

Tabela 1 - Dados demográficos relatados com maior frequência (N=35).

		Frequência	Porcentagem
Idade	50 - 59	11	31,4
Sexo	Feminino	21	60,0
Estado civil	Casado/união de facto	26	74,3
Situação Profissional	Reformado(a)	19	54,3
Escolaridade	1º ao 4º ano	15	42,9
Localização do tumor	Mama	10	28,6
	Intestino	7	20,0
Tratamentos	Cirurgia/Quimioterapia/ Radioterapia	17	48,6
Área de residência	Lisboa	24	68,6

A Tabela 1 sintetiza a caracterização demográfica da amostra deste estudo. Em relação à distribuição de idades, verificou-se que a média de idades da amostra deste estudo é de 62 anos com desvio-padrão de 12, sendo a idade mínima de 38 e a máxima de 88. Caracterizando a amostra relativamente ao género, esta constitui-se maioritariamente por pacientes do sexo feminino (60%). No que diz respeito ao estado civil, 74.3% são casados ou em união de facto. Em termos de situação profissional cerca de 54.3% são reformados(as) e grau de escolaridade entre o 1º e o 4º ano (42.9%).

Considerando o tempo decorrido desde o diagnóstico, cerca de 48,6% relatou ter sido diagnosticado com doença oncológica há um período de três meses a um ano, sendo o diagnóstico relatado mais frequentemente cancro da mama (28.6%) seguido de cancro do intestino (20%).

2.3. Instrumentos de avaliação

Tendo em consideração os objectivos da investigação, foram seleccionados os instrumentos (Anexo 2) seguintes: o WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life*; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998), o FACT-G – versão 4 (*Functional Assessment of Cancer Therapy - General*; Arnold et al., 2004; Cella et al.,

1993), o QMLA (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos; Lazarus & Folkman, 1988; Ribeiro & Santos, 2001) e o Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004). Para além destes instrumentos, foi aplicado um Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, desenvolvido por Marina Coelho no âmbito da dissertação de mestrado sobre a “Influência do Acto de Cuidar na Qualidade de Vida do Cuidador Familiar e do Doente Oncológico” (2009).

2.3.1. Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica

O Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica (Anexo 2.1) foi desenvolvido por Coelho (2009) e visa a recolha de dados acerca do doente oncológico. Especificando, visa caracterizar o participante relativamente ao género, idade, escolaridade, coabitação com o cuidador, o estado civil e situação profissional. Proporciona ainda informação sobre o grau de parentesco com os cuidadores, a localização anatómica do cancro, os tratamentos já realizados e/ou previstos e o tempo desde o diagnóstico da doença oncológica.

2.3.2. World Health Organization Quality of Life – Bref

Nesta investigação foi utilizada a versão breve do *World Health Organization Quality of Life* para Português de Portugal (Anexo 2.2) para avaliar a percepção global de QdV dos doentes oncológicos (Canavarro et al., 2007). Este instrumento foi desenvolvido pelo WHOQOL Group tendo por base a definição de Qualidade de Vida da OMS, já referida no capítulo de Enquadramento Teórico.

O instrumento original é o WHOQOL-100 que é constituído por 100 perguntas, correspondentes aos vários itens, que visam a avaliação da percepção subjectiva do indivíduo da sua qualidade de vida em termos globais e não aos aspectos objectivos do meio ambiente, do seu estado funcional ou psicológico, ou ainda a avaliação de um profissional de saúde sobre estas dimensões (Canavarro et al., 2007). Este instrumento baseia-se em seis domínios gerais: físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, ambiente e espiritualidade. Cada um destes domínios divide-se ao longo de 24 facetas específicas, sendo que cada uma é avaliada através de quatro escalas de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos. Tendo em consideração a dimensão e tempo de aplicação deste instrumento o WHOQOL Group desenvolveu a versão abreviada, o WHOQOL-Bref, em 1998 (McDowell, 2006).

O WHOQOL-Bref é composto por 26 itens, sendo dois mais gerais, relativos à percepção geral de QdV e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 as várias facetas específicas que constituem o instrumento original. Está organizado em 4 domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e uma Faceta Geral de QdV. O WHOQOL-Bref permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos. Pode ser utilizado em doentes com qualquer tipo de patologia, assim como em pessoas da população em geral, que não sofram de nenhum tipo de doença. Pode ser aplicado através das modalidades de auto-preenchimento ou de entrevista, sendo que não requer um nível mínimo de instrução exigindo apenas que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas do questionário (Canavarro et al., 2007).

Cada domínio de QdV é dividido numa série de áreas específicas (facetas). Cada faceta é avaliada por questões que foram formuladas para quatro escalas (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos. A escala de resposta de intensidade refere-se ao grau ou medida em que a pessoa experiencia um estado ou situação (ex.: intensidade da dor); a escala de resposta de capacidade diz respeito à disponibilidade pessoal para um sentimento, estado ou comportamento; a escala de frequência prende-se com o número de vezes em que ocorre um estado ou comportamento; e por último, a avaliação refere-se à percepção de um estado, capacidade ou comportamento (Canavarro et al., 2007).

No que diz respeito aos procedimentos de cotação, esta pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Anexo 2.2.1). Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Dependência de Medicação ou Tratamentos, Sentimentos Negativos) não estão formuladas num sentido positivo, daí que para estas, as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam de ser recodificadas para que as pontuações altas reflectam melhor qualidade de vida. A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. Esta média é então multiplicada por 100. Neste sentido os resultados variam entre 0 e 100, não havendo uma pontuação total. A interpretação dos resultados do WHOQOL-Bref é feita de forma linear: resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. Dada a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios

que compõem o WHOQOL-Bref, não existindo uma pontuação total (Canavarro et al., 2007).

Relativamente à consistência interna, na validação dos instrumentos para Portugal foram calculados os coeficientes de alfa de Cronbach sendo estes aceitáveis, quer se considerem o conjunto dos Domínios (.79), ou os Domínios individualmente: Físico (.87), Psicológico (.84), Relações Sociais (.64) e Ambiente (.78). Quando se consideram as 26 perguntas que compõem o instrumento, o alfa de Cronbach é de .92. O valor do alfa, quando se retira cada item, varia entre .913 (quando se retira o item 17) a .920 (quando se retira o item 24), o que corrobora a importância de cada item para o desempenho do instrumento (Canavarro et al. 2007).

2.3.3. *Functional Assessment of Cancer Therapy - General, versão 4*

Para avaliar a qualidade de vida dos doentes oncológicos pretende-se utilizar o questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* criado por Cella e colaboradores em 1993. Este instrumento foi traduzido e validado para português (FACT-G – versão 4) por Arnold e colaboradores em 2004 (Anexo 2.3).

O instrumento representa um questionário de QdVRS, sendo usado muito especificamente em contextos oncológicos. Contém 27 itens, distribuídos em sub-escalas correspondentes ao Bem-estar Físico, Social/Familiar, Geral, Emocional e Funcional. É um instrumento de auto-relato cujos itens variam na sua pontuação de 0 a 4, numa escala de *Likert* de 5 pontos: 0 – Nem um pouco; 1 – Um pouco; 2 – Mais ou menos; 3 – Muito; 4 - Muiíssimo. A pontuação de cada uma das sub-escalas é obtida através da soma dos itens correspondentes a cada uma. O resultado dos somatórios é depois convertido num resultado padronizado percentual de bem-estar (Anexo 2.3.1). A pontuação total é obtida através da soma das pontuações de todas as sub-escalas. Para a obtenção das pontuações, é necessário inverter os itens das sub-escalas “Bem-estar Físico” e “Bem-estar Emocional”. Resultados mais elevados nas sub-escalas ou na pontuação total do questionário indicam melhor Qualidade de Vida.

No que diz respeito à consistência interna deste instrumento para a avaliação da QdVRS, o alfa de Cronbach obtido aquando da sua validação para a população portuguesa, indica uma boa fiabilidade do instrumento pois a escala global apresenta um alfa de Cronbach de .89 sendo que as sub-escalas de Bem-estar apresentam alfas que variam entre .71 e .86 (Arnold et al., 2004).

2.3.4. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos

Para aceder às estratégias de confronto utilizadas pelos pacientes, recorre-se ao Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA) versão traduzida e adaptada para português do *Ways of Coping Questionnaire* por Pais-Ribeiro e Santos em 2001 (Anexo 2.4), instrumento originalmente criado por Lazarus e Folkman em 1988.

O QMLA é um questionário de auto-avaliação que tem como objectivo avaliar as estratégias de confronto que as pessoas utilizam para lidar com situações stressantes específicas (Ribeiro & Santos, 2001). Este instrumento pretende caracterizar a população relativamente a oito estratégias de confronto distintas: *Coping* confrontativo, *Coping* de Autocontrolo, Procura de Suporte Social, Assumir a Responsabilidade, Resolução Planeada do Problema, Distanciamento, Fuga-Evitamento, Reavaliação Positiva. Estas oito estratégias distintas podem ser agrupadas em confronto centrado nas emoções (Distanciamento, Fuga-Evitamento e Reavaliação Positiva) e confronto centrado no problema (*Coping* confrontativo, *Coping* de Autocontrolo, Procura de Suporte Social, Assumir a Responsabilidade e Resolução Planeada do Problema). Este questionário assume como definição de estratégia de confronto “*esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo e/ou estando nos limites dos recursos do individuo*” (Folkman & Lazarus, 1988, p. 2 cit. por Pais-Ribeiro & Santos, 2001, p. 491). O questionário consiste em 48 itens que traduzem as oito estratégias distintas de confronto. O doente deve sinalizar para cada um deles, uma das quatro opções, indicando com que frequência usa cada uma das estratégias: 0 – Nunca usei; 1 – Usei de alguma forma; 2 – Usei algumas vezes; 3 – Usei muitas vezes (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

No final, é pedido ao participante que descreva por escrito e de forma sucinta, a situação stressante em que se baseou para responder ao questionário, quem estava envolvido, o que é que aconteceu e o que é que tornou a situação stressante. Tal acontece porque quanto mais o investigador souber sobre o contexto do acontecimento, mais facilmente poderá interpretar as pontuações do instrumento (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

A pontuação dos questionários pode ser feita através de dois métodos: pontuações absolutas e relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos aos itens que compõem uma escala. Por exemplo, a sub-escala *Coping*

Confrontativo é composta por 6 itens, sendo somadas as respostas do doente nos 6 itens que constituem a sub-escala. Este método descreve em que medida cada tipo de estratégia de confronto foi utilizado num acontecimento particular, ou seja, os esforços em cada um dos oito tipos de estratégias de confronto. O método de pontuações relativas consiste em calcular a pontuação média de uma dada escala, dividindo o somatório das pontuações dessa escala pelo número de itens que a compõem. Logo, enquanto a pontuação absoluta descreve os esforços de confronto em cada um dos oito tipos de estratégias, a pontuação relativa descreve a proporção do esforço representado por cada tipo de confronto (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

No que diz respeito às características psicométricas deste questionário, a inspeção da consistência interna e do conteúdo dos itens permitiu verificar que as alterações a introduzir eram mínimas visando a alcançar valores de consistência interna aceitáveis e similares às dos autores. A solução adoptada pelos autores portugueses implicou a retirada de dois itens de versão original (item 8 e item 12) ficando o questionário com 48 itens. A retirada destes dois itens permitiu alcançar alfas de Cronbach aceitáveis, sem provocar alterações na validade de conteúdo. Os alfas de Cronbach das oito-subescalas caíram maioritariamente entre os .65 e os .80. Duas escalas apresentam alfas abaixo dos valores tecnicamente aceitáveis, sendo de referir a escala de *Coping* Confrontativo com um alfa de .52 e Assumir a Responsabilidade com um alfa de .57 (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

2.3.5. Termómetro de *Distress*

De modo a avaliar o grau de angústia/sofrimento que a pessoa experiencia, foi utilizado o Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004), um instrumento criado pela *National Comprehensive Cancer Network* e pela *American Society of Clinical Oncology* em 1998 (Anexo 2.5). Este instrumento tem como objectivo avaliar o nível de *distress* e as suas possíveis causas, relativamente à última semana, incluindo o dia em que essa avaliação está a acontecer. O Termómetro de *Distress* é composto por dois instrumentos, um que permite avaliar o grau de angústia/sofrimento do doente oncológico numa escala de 0 a 10 valores, sendo que “0” corresponde ao valor de *distress* mínimo e “10” ao valor de *distress* máximo (Decat, Laros, & Araújo, 2009). O outro instrumento consiste numa Lista de Problemas composta por 36 itens que possibilitam a identificação das possíveis causas do *distress*. Estes itens podem ser agrupados em 5 dimensões: Problemas do Dia-a-dia (“Cuidar dos filhos”, “Tarefas

domésticas”, “Despesas de Saúde”, “Deslocações/Transportes”, “Trabalho/Escola”, “Económicos”); Problemas Familiares (“Relação com os filhos”, “Relação com o marido/parceiro”); Problemas Emocionais (“Depressão”, “Medos/receios”, “Nervosismo/Ansiedade”, “Tristeza”, “Preocupação”), Aspectos Religiosos (“Perda de fé”, “Relação com Deus”, “Perda de significado ou sentido de vida”) e Problemas Físicos (“Aparência física”, “Tomar banho/Vestir”, “Dificuldades Respiratórias”, “Alterações Urinárias”, “Prisão de Ventre”, “Diarreia”, “Apetite”, “Cansaço/fadiga”, “Inchaço”, “Febre”, “Caminhar/Vaguear”, “Enfartamento”, “Feridas na boca”, “Náuseas”, “Nariz congestionado”, “Dores”, “Problemas Sexuais”, “Pele seca/Comichão”, “Alterações do sono”, “Formigueiro nas mãos e pés”).

2.4. Sequência de apresentação dos instrumentos de avaliação

A ordem sugerida de apresentação dos instrumentos foi a seguinte: Protocolo de Consentimento Informado, Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica, WHOQOL- Bref, FACT-G - versão 4, QMLA e Termómetro do *Distress*.

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativos aos objectivos de investigação descritos no Capítulo 1. De modo a proceder à análise quantitativa exploratória dos resultados obtidos a partir dos instrumentos: o WHOQOL-Bref, o FACT-G – versão 4, o QMLA e o Termómetro de *Distress*, foi utilizada a versão 2.0 do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Objectivo 1: Explorar o padrão de QdV de um grupo pacientes oncológicos (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998).

Tabela 2 - Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref (N=35).

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Média	53,29	42,74	50,84	68,32	55,26
Mediana	50,00	39,00	46,00	66,67	53,00
Desvio-Padrão	19,197	17,985	20,425	13,519	15,026
Mínimo	0	18	17	42	34
Máximo	88	86	96	100	97

Para este objectivo, procedeu-se à análise descritiva da escala WHOQOL-Bref. Observando os dados da Tabela 2 verifica-se que o Domínio Geral possui uma pontuação média de 53.29. Considerando os domínios específicos deste instrumento, pode-se observar que o Domínio das Relações Sociais apresenta uma média de 68.32, sendo esta a mais elevada, seguida pelos domínios Meio Ambiente e Psicológico com um valor médio de 55.26 e 50.84, respectivamente. O domínio que apresenta a média mais baixa é o Domínio Físico com 42.74.

Objectivo 2: Explorar o padrão de QdVRS de um grupo de pacientes oncológicos (FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993).

Tabela 3 - Estatística descritiva dos domínios do FACT-G - versão 4 (N=35).

	Bem-estar Físico	Bem-estar Social/Familiar	Bem-estar Emocional	Bem-estar Funcional	Pontuação Total
Média	55,89	72,00	51,06	48,60	56,39
Mediana	61,00	71,00	50,00	39,00	57,00
Desvio-Padrão	18,093	16,903	17,733	23,418	14,506
Mínimo	14	29	25	14	25
Máximo	86	100	79	96	85

De acordo com os dados descritos na Tabela 3, podemos verificar que a média da Pontuação Total do FACT-G - versão 4 é de 56.39. Analisando as médias dos domínios que compõem o FACT-G, verifica-se uma média elevada na escala Bem-estar Social/Familiar apresentando um valor de 72.00, seguida da escala de Bem-estar Físico com um valor médio de 55.89 e da escala de Bem-estar Emocional com a média de 51.06. O valor mais baixo no conjunto das escalas deste instrumento corresponde a 48.60 da escala de Bem-estar Funcional.

Objectivo 3: Comparar duas medidas de QdV, aplicadas a um grupo de pacientes oncológicos, uma de carácter mais geral e outra mais específica para a doença oncológica (WHOQOL-Bref; Canavarró et al., 2007; WHOQOL Group, 1998; FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993).

Tendo em consideração a análise da Tabela 1 e da Tabela 2, verifica-se que no WHOQOL-Bref e no FACT-G – versão 4 os domínios Relações Sociais e Bem-estar Social/Familiar, respectivamente, correspondem aos domínios com uma avaliação mais positiva. As médias que se seguem correspondem ao Domínio Meio Ambiente (WHOQOL-Bref) e Bem-estar Físico (FACT-G – versão 4), seguidas do Domínio Psicológico (WHOQOL-Bref) e Bem-estar Emocional (FACT-G – versão 4). O Domínio Físico (WHOQOL-Bref) e o Bem-estar Funcional (FACT-G – versão 4) foram as dimensões que apresentaram uma avaliação mais negativa.

Objectivo 4: Explorar a associação entre duas medidas de QdV, aplicadas a um grupo de pacientes oncológicos (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998; FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993).

Tabela 4 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios WHOQOL-Bref e os domínios do FACT-G - versão 4.

WHOQOL-Bref \ FACT-G	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Pessoais	Domínio Meio Ambiente
Bem-estar Físico	,374*	,509**	,551**	,237	,544**
Bem-estar Social/Familiar	-,044	,344*	,399*	,535**	,490**
Bem-estar Emocional	,423*	,373*	,528**	,160	,326
Bem-estar Funcional	,339*	,800**	,812**	,423*	,729**
Pontuação Total	,377*	,721**	,800**	,437**	,718**

Nota: * - significativo a $p < 0.05$, ** - significativo a $p < 0.01$.

Como se pode observar na Tabela 4, existem correlações estatisticamente significativas entre os domínios de QdV do WHOQOL-Bref e os domínios de QdVRS do FACT-G - versão 4. É de notar que todas as correlações observadas são positivas ($p < 0.05$). Quer isto dizer que um grau elevado num dos domínios do WHOQOL-Bref corresponde a um grau também elevado num determinado domínio do FACT-G - versão 4. Das correlações fortes, são de apontar Domínio Físico com o Bem-estar Funcional (.800), o Domínio Psicológico com o Bem-estar Funcional (.812) e com a Pontuação Total (.800).

Para além das correlações observadas, observam-se também correlações que não são consideradas estatisticamente significativas ($p > 0.05$), sendo apontadas as seguintes: Domínio Geral e Bem-estar Social/Familiar, Domínio Relações Pessoais e Bem-estar Físico, Domínio Relações Pessoais e Bem-estar Emocional, Domínio Meio Ambiente e Bem-estar Emocional.

Objectivo 5: Explorar as categorias de estratégias de confronto utilizadas por um grupo de pacientes oncológicos (QMLA; Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Tabela 5 - Estatística descritiva das categorias das estratégias de confronto utilizadas por um grupo de doentes oncológicos (N=35).

	CC	CAC	PSS	AR	RPP	D	FE	RP
Média	1,00	1,30	2,00	1,21	1,35	1,16	1,45	1,64
Mediana	1,00	1,29	2,00	1,25	1,33	1,20	1,43	1,71
Desvio-Padrão	,392	,532	,571	,829	,474	,703	,462	,719
Mínimo	0	0	1	0	1	0	0	0
Máximo	2	2	3	3	3	3	2	3

Nota: CC - *Coping* Confrontativo, CAC - *Coping* de Auto-Controlo, PSS- Procura de Suporte Social, AR - Assumir a Responsabilidade, RPP - Resolução Planeada do Problema, D – Distanciamento, FE – Fuga-Evitamento, RP – Reavaliação Positiva.

Observando a Tabela 5, verifica-se que das estratégias de confronto utilizadas pelo grupo doente oncológicos que constituem a amostra, as que apresentam valores médios mais elevados são a Procura de Suporte Social com 2.00, a Reavaliação Positiva com uma média de 1.64 e a Fuga-Evitamento com uma média de 1.45.

Objectivo 6: Explorar a associação entre os domínios QdVRS e as categorias de estratégias de confronto relatadas por um grupo de pacientes oncológicos (FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993; QMLA; Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do FACT-G - versão 4 e as categorias das estratégias de confronto do QMLA.

FACT-G QMLA	Bem-estar Físico	Bem-estar Social/Familiar	Bem-estar Emocional	Bem-estar Funcional	Pontuação Total
<i>Coping</i> Confrontativo	-,016	-,182	,062	,106	,047
<i>Coping</i> de Auto- Controlo	-,145	-,170	,045	-,173	-,135
Procura de Suporte Social	-,099	,298	-,187	,129	,027
Assumir a Responsabilidade	,233	-,265	,332	,153	,188
Resolução Planeada do Problema	,128	,045	-,011	,414*	,240
Distanciamento	,058	-,230	,251	,203	,143
Fuga-Evitamento	-,303	-,042	-,205	-,283	-,251
Reavaliação Positiva	-,034	-,105	,178	,060	,040

Nota: * significativo a $p < 0.05$

Observando a Tabela 6, constata-se que só foi encontrada uma correlação positiva significativa entre o Domínio Bem-estar Funcional do FACT-G - versão 4 e a estratégias Resolução Planeada do Problema do QMLA ($p < 0.05$).

Objectivo 7: Explorar o Grau de *Distress* Emocional e os Problemas (dia-a-dia, familiares, emocionais, religiosos, físicos) relatados por um grupo de pacientes oncológicos (Termómetro de *Distress*; Bacalhau, 2004).

Tabela 7 - Estatística Descritiva do Grau de *Distress* Emocional e da Lista de Problemas do Termómetro do *Distress* (N= 35).

	Grau de <i>distress</i>	Problemas do dia-a-dia	Problemas Familiares	Problemas Emocionais	Aspectos Religiosos	Problemas Físicos
Média	5,94	2,94	,17	3,37	,54	6,80
Mediana	6,00	3,00	,00	4,00	,00	6,00
Desvio-padrão	1,748	1,798	,453	1,165	,886	3,151
Mínimo	3	0	0	0	0	0
Máximo	9	6	2	5	3	15

A Tabela 7 contém a estatística descritiva do Grau de *Distress* Emocional e dos Problemas do Termómetro do *Distress*, englobando a média, a mediana e o desvio-padrão. Relativamente ao Grau de *Distress* Emocional relatado, esta medida apresenta um valor médio de 5.94. Analisando, verifica-se que a média da frequência de ocorrência dos Problemas Físicos é a mais elevada com um valor de 6.80, indicando que em média os pacientes sinalizaram entre 6 a 7 itens de 20, neste tipo de problemas. Seguem-se os Problemas Emocionais com um valor de 3.37, apontando que em média os pacientes sinalizaram 3 itens de 5 deste tipo de problemas. Por fim, a lista Problemas do Dia-a-dia apresenta um valor médio de 2.94, querendo isto dizer que em média os pacientes sinalizaram entre 2 a 3 itens da lista de problemas desta natureza.

Objectivo 8: Explorar a associação entre o padrão de QdVRS com o Grau de Distress Emocional e os Problemas relatados por um grupo de pacientes oncológicos (FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993; Termómetro de Distress; Bacalhau, 2004).

Tabela 8 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do FACT-G - versão 4 e o Grau de Distress Emocional e Lista de Problemas do Termómetro do Distress.

FACT-G TD	Bem-estar Físico	Bem-estar Social	Bem-estar Emocional	Bem-estar Funcional	Pontuação Total
Grau de <i>distress</i>	-,494**	-,219	-,680**	-,333	-,571**
Problemas do Dia-a-Dia	-,442**	-,274	-,208	-,352*	-,452**
Problemas Familiares	-,138	-,238	,050	,087	-,047
Problemas Emocionais	-,476**	-,309	-,629**	-,532**	-,648**
Aspectos Religiosos	-,174	-,263	-,330	,031	-,198
Problemas Físicos	-,581**	-,330	-,350*	-,389*	-,528**

Nota: * - significativo a $p < 0.05$, ** - significativo a $p < 0.01$. TD = Termómetro do Distress.

Como se pode observar na Tabela 8, existem correlações estatisticamente significativas entre os domínios de QdV do FACT-G - versão 4 e os domínios de QdV do FACT-G – versão 4. É de notar que todas as correlações observadas são todas negativas ($p < 0.05$), ou seja, a diminuição de um dos problemas relatados na Lista de Problemas irá reflectir-se no aumento do grau de QdV relatado no FACT-G – versão 4 e vice-versa.

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados, na qual serão abordados os objectivos propostos, tendo também em consideração o enquadramento teórico e os dados obtidos noutros estudos.

Objectivo 1: Explorar o padrão de QdV de um grupo de pacientes oncológicos (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998).

De um modo geral, tendo em consideração os dados da Tabela 2, observa-se que o padrão de QdV é baixo, vindo a reforçar a afirmação já descrita na literatura de que a redução da QdV tem sido observada em pacientes com doença oncológica com diferentes diagnósticos, tratamentos e estádios da doença (Kreitler et al., 2007).

Mais especificamente, no que diz respeito aos domínios da escala, verifica-se que o Domínio Relações Sociais é o mais elevado tal como afirmado por Tulphome (2008) e por Silva (2011). O domínio que mostrou valores mais inferiores foi o Domínio Físico. Tal como já referido, os doentes oncológicos relatam o impacto da sua doença em termos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, factores esses que podem contribuir para a diminuição da sua QdV. O facto de o Domínio Físico parecer ser o mais afectado, de acordo com a avaliação realizada com o WHOQOL-Bref nesta amostra, vem reforçar a ideia de que as consequências do processo devem-se não só à doença como também aos tratamentos, reflectindo-se a nível físico e, consequentemente, funcional. Posto isto, para além do impacto da doença em termos físicos, apesar dos tratamentos contribuírem para a redução de certos sintomas e a longo-prazo poderem vir a contribuir para a cura/remissão do cancro, é de considerar os efeitos secundários que acarretam, reflectindo-se no bem-estar dos pacientes. Assim, os tratamentos podem não contribuir necessariamente para um aumento da QdV, em virtude das suas consequências (Paredes et al., 2008; Kreitler et al., 2007).

O Domínio Psicológico, é também um dos domínios que apresenta valores baixos de QdV. Isto deve-se ao facto de que o diagnóstico e os tratamentos desencadeiam respostas emocionais complexas. São de considerar os receios relacionados com as dúvidas em relação ao futuro, o sentimento de perda da saúde (Head et al., 2012; Jacobsen, & Ransom, 2007) e o *distress* emocional que surge ao longo do processo de doença, devido aos sintomas e aos tratamentos (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998).

Objectivo 2: Explorar o padrão de QdVRS de um grupo de pacientes oncológicos (FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993).

Analisando os dados da Tabela 3, verifica-se que em termos de padrão de QdVRS, o grupo de pacientes oncológicos apresenta uma Pontuação Total baixa, o que vem reforçar os resultados obtidos pelo WHOQOL-Bref. Deste modo, este resultado é consistente com a literatura que relata que a redução da QdV tem sido observada em pacientes oncológicos com diferentes diagnósticos, tratamentos e estádios da doença (Kreitler et al., 2007). No que diz respeito aos domínios da escala, verifica-se que o Bem-estar Social/Familiar é o mais elevado, o que vai ao encontro dos resultados encontrados na avaliação realizada com o WHOQOL-Bref, havendo concordância das medidas nesta dimensão.

Os restantes domínios apresentam valores indicadores de uma qualidade de vida baixa, sendo o Bem-estar Funcional aquele que apresenta o valor mais inferior, tal como encontrado no estudo de Tulphome (2008) e por Silva (2011). De facto as pessoas que sofrem de cancro relatam o impacto deste na sua QdV. Esse impacto está relacionado com as dimensões física, psicológica, social e espiritual, as quais conduzem a uma redução significativa na QdV dos pacientes. Tendo em consideração que a avaliação feita pelo FACT-G indica que o Bem-estar Funcional é o mais comprometido, sabemos que para além da doença em si, os tratamentos médicos (cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, medicamentoso), embora possam ajudar na diminuição de certos sintomas também acarretam efeitos secundários, com impacto no bem-estar dos pacientes. Assim sendo, os tratamentos médicos podem não contribuir necessariamente para uma melhoria da QdV, em virtude das suas consequências, sejam ela temporárias ou permanentes (Paredes et al., 2008; Kreitler et al., 2007).

Por outro lado, é também de esperar que o Bem-estar Emocional apresente valores inferiores, visto que o diagnóstico e os tratamentos suscitam respostas emocionais complexas. Existem evidências da prevalência de perturbação psicológica em pacientes oncológicos, surgindo sintomatologia de ansiedade e/ou depressão (ex.: Aass et al., 1997; Fafouti et al., 2010; Mystakidou, et al., 2005; Pereira, Figueiredo, & Fincham, 2012) assim como *distress* emocional (Zabora et al., 2001).

Objectivo 3: Comparar duas medidas de QdV, aplicadas a um grupo de pacientes oncológicos, uma de carácter mais geral e outra mais específica para a doença oncológica (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998; FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993).

Através da comparação as duas medidas de QdV verificou-se que os domínios Relações Sociais e Bem-estar Social/Familiar, do WHOQOL-Bref e do FACT-G respectivamente, correspondem aos domínios com uma avaliação mais positiva. Tal como descrito na literatura, um determinante importante no que diz respeito à capacidade dos doentes para viverem com a sua doença, é o seu ambiente social (Helgeson & Cohen, 1999). Considerado como um recurso de confronto, o apoio social tem mostrado promover o bem-estar e proteger as pessoas dos efeitos resultantes de acontecimentos stressantes dos quais o cancro faz parte (Cohen & Willis, 1985 cit. por Helgeson & Cohen, 1999), seja esse apoio informacional, instrumental ou emocional. Das fontes prestadoras de apoio, podemos considerar o(a) companheiro(a), amigos, colegas de trabalho e os profissionais de saúde.

A família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo e cada uma acaba por encontrar uma forma de manter a sua estabilidade (Enelow et al., 1999 cit. por Pereira & Lopes, 2002). Na sua maioria, as famílias respondem de forma resiliente. Em algumas famílias, a doença oncológica constitui um factor de aproximação dos membros da família, noutras separa-a, mas sendo um evento stressante e marcante nenhuma fica indiferente a este acontecimento. (Maguire, 1981; Nothhouse & Swain, 1987; Omme-Ponten et al., 1993 cit. por Pereira & Lopes, 2002).

Tendo em consideração a natureza da doença, por vezes o paciente oncológico, depara-se com a necessidade de aquisição de novas competências e é confrontado diariamente com novas problemáticas, sintomas e obstáculos que podem torná-lo mais dependente dos seus familiares ou dos seus cuidadores informais, seja por razões físicas/funcionais ou outras, o que pode acabar por se traduzir no aumento da proximidade entre ambos, traduzindo-se numa avaliação mais positiva em termos de relações sociais/familiares.

Observando as Tabelas 2 e 3 verifica-se que o Domínio Físico (WHOQOL-Bref) e o Bem-estar Funcional (FACT-G) foram avaliados mais negativamente. As alterações a nível físico, não só devido à doença como também devido aos efeitos iatrogénicos dos tratamentos, podem traduzir-se em repercussões funcionais (Paredes et al., 2008). É de

ter também em consideração que, tendo sido realizada a recolha de dados na Clínica da Dor e no serviço de internamento de Cirurgia Geral, é de esperar que a avaliação em termos de bem-estar físico e capacidade funcional seja mais negativa.

Objectivo 4: Explorar a associação entre duas medidas de QdV, aplicadas a um grupo de pacientes oncológicos (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007; WHOQOL Group, 1998; FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993).

Na Tabela 4 podemos observar uma correlação forte positiva entre o Domínio Físico com o Bem-estar Funcional e com o Bem-estar Físico. Esta é uma correlação esperada visto que os dois instrumentos avaliam um mesmo domínio de QdV (o físico) e tal como esperado é natural que se encontre a correlação entre o Domínio Físico do WHOQOL- Bref com o Bem-estar Funcional do FACT-G – versão 4. Há que ter em consideração que, tratando-se a doença oncológica de uma doença crónica somática a qual tem associada consequências físicas que podem incluir dor, dificuldades respiratórias, vômitos, náuseas, perda do apetite, entre outras (Catwright, Hockey, & Anderson, 1997 cit. por Paredes et al., 2008) e cujo tratamento pode conduzir a efeitos indesejáveis para o paciente, o seu impacto no domínio físico e eventualmente funcional da QdV é esperado (Paredes et al., 2008). Para além disso, é necessário ter em consideração que a amostra foi recolhida na Clínica da Dor, na qual a maioria dos doentes apresenta alguma debilitação física; e no serviço de internamento do Serviço de Cirurgia Geral no qual a recolha de dados foi feita, na sua grande maioria, no período pós-operatório.

O Domínio Físico (WHOQOL-Bref) associa-se positivamente com a Pontuação Total (FACT-G). Esta associação indica que uma melhor avaliação do ponto de vista físico é acompanhada por uma melhor percepção de QdVRS; e que as alterações neste domínio são acompanhadas por alterações na percepção de QdVRS.

Tal como referido por Tsunoda e colaboradores (2005), o bem-estar psicológico é considerado uma das dimensões chave da QdV em pacientes com uma doença maligna. Tendo em consideração os dados da Tabela 4, verificam-se as correlações estatisticamente significativas entre o Domínio Psicológico com todos os domínios de QdVRS do FACT-G. Justifica-se estas correlações com o facto de o diagnóstico de cancro ser associado a factores como a percepção de perda da saúde, percepção da doença como um acontecimento ameaçador, incerteza em relação ao futuro, assim como

os efeitos da doença e dos tratamentos ao nível físico que podem associar-se à disfuncionalidade, factores esses que conduzem a respostas psicológicas diversas desde a ansiedade, depressão assim como *distress* emocional. Por outro lado, muitas vezes acontece que os pacientes com patologia maligna tendem a comparar a vivência da doença com a sua vida antes do diagnóstico e da doença e isso pode influenciar a sua resposta psicológica, afectando a forma como o paciente se ajusta à doença.

Também é observada a correlação entre o Domínio Relações Sociais e o domínio Bem-estar Social/Familiar. Esta correlação é esperada visto que os dois instrumentos de QdV avaliam esta mesma dimensão. Por outro lado, este resultado conduz-nos até à asserção descrita na literatura de que o ambiente social promove o bem-estar e protege os indivíduos das consequências dos acontecimentos stressantes, dos quais o cancro faz parte (Bloom & Spiegel, 1984; Cohen & Wills, 1985). Aqui, é de ter também em consideração que o diagnóstico de doença oncológica é um processo que pode contribuir para a aproximação e coesão familiar (Maguire, 1981; Northouse & Swain, 1987; Omne-Pontén et al., 1993 cit. por Pereira & Lopes, 2002). De acordo com a literatura, sabe-se que o domínio social é um elemento importante a considerar quando se pretende avaliar a QdVRS, pois o seu ambiente social é um factor determinante da capacidade dos pacientes viverem com a sua doença (Helgeson & Cohen, 1999). O apoio da família e amigos parece facilitar a capacidade de confrontar com circunstâncias de vida stressantes (Lin, Woelfel, & Light, 1985 cit. por Bloom & Kessler, 1994). Existem evidências de que a procura de suporte social relaciona-se com um melhor funcionamento geral (Lazarus & Folkman, 1984). Sabe-se também que o suporte social é um factor preponderante para o sucesso ou insucesso do confronto, pois tem a importante função de dar *feedback* acerca de estratégias de confronto alternativas (Weisman & Worden, 1976-1977 cit. por Rowland, 1990).

Na Tabela 4 verifica-se a correlação moderada positiva entre o Domínio Meio Ambiente e o Bem-estar Funcional, seguindo-se a correlação com Bem-estar Físico. Uma das razões que se pode considerar plausível para as associações descritas é que um dos itens do Domínio Meio Ambiente WHOQOL-Bref tem como questão “Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?”. Se pensarmos que algumas actividades de lazer dependem do grau de funcionalidade, percebemos em parte a associação entre esse domínio do WHOQOL-Bref com o Bem-estar Funcional. O facto de o paciente ter, eventualmente, circunstâncias em que não se sente bem fisicamente, isso pode constituir um factor para a não concretização de certas

actividades. Por outro lado, tendo em consideração um dos itens do Domínio Meio Ambiente, por exemplo “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades diárias?”, se pensarmos que um paciente oncológico que até ao momento do diagnóstico e início dos tratamentos era profissionalmente activo, o facto de estar de baixa médica devido aos efeitos secundários dos tratamentos e recuperação de uma intervenção cirúrgica, ou ter reforma antecipada por incapacidade física para a realização das suas funções, pode também explicar em parte esta associação.

Tendo em consideração que ambos os instrumentos visam a avaliação da QdV e de as avaliações estarem em concordância, tal como abordado no Objectivo 3, apesar de um instrumento ser mais específico para o contexto de doença oncológica (FACT-G – versão 4) e outro ser de carácter mais geral (WHOQOL-Bref), há que ter atenção quando pretendemos fazer a interpretação dos resultados, mais concretamente de algumas das correlações não estatisticamente significativas assinaladas. É de referir este aspecto, pois sendo o WHOQOL-Bref um instrumento para a avaliação da QdV de um ponto de vista mais geral, não engloba itens mais específicos, relacionados com o cancro como é o caso do FACT-G, que avalia a QdVRS no contexto oncológico. Quer isto dizer que, por exemplo, alterações no Domínio Meio Ambiente e no Domínio das Relações Pessoais (do WHOQOL-Bref), não estando associados ao Bem-estar Emocional (do FACT-G), à primeira vista parecem não afectar este domínio específico de QdVRS. Assim, percebe-se que o WHOQOL-Bref sendo de natureza mais geral, não permite avaliar aspectos específicos do cancro, não possibilitando o acesso à possível influência que as alterações ao nível do meio ambiente e relações com os pares podem trazer para o bem-estar emocional do doente.

Objectivo 5: Explorar as categorias de estratégias de confronto utilizadas por um grupo de pacientes oncológicos (QMLA; Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

A literatura tem descrito o impacto positivo das variáveis psicológicas na vivência da doença e na sobrevivência. Por exemplo, a investigação tem demonstrado que o confronto adequado facilita o ajustamento psicossocial (ex.: Pais-Ribeiro, 2001; Moos, 1982; Valentiner et al., 1994).

Através da análise de resultados das categorias de estratégias de confronto utilizadas pelo grupo de pacientes oncológicos que constitui a amostra deste estudo,

percebemos que utilizam estratégias de confronto activo ou adaptativo como é o caso da Procura de Suporte Social e Reavaliação Positiva. Por outro lado, também utilizam estratégias de confronto de evitamento ou não adaptativo como é o caso da Fuga-Evitamento. Os resultados obtidos vão de encontro a uma meta-análise realizada por Franks e Roesch (2006), que indica que os indivíduos utilizam frequentemente múltiplos tipos de estratégias de confronto de modo a gerir o *stress* originado pela doença oncológica.

É certo que um confronto activo é entendido positivamente enquanto o de evitamento tem uma conotação mais negativa. No entanto, há que ter em consideração que a utilização de determinada estratégia, não é necessariamente má ou boa; a utilidade ou eficácia de cada uma depende da situação e quais os resultados obtidos na sua prática (Lazarus, 2000 cit. por Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood, 2004).

Objectivo 6: Explorar a associação entre os domínios QdVRS e as categorias de estratégias de confronto relatadas por um grupo de pacientes oncológicos (FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993; QMLA; Lazarus & Folkman, 1988; Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Na Tabela 6 observa-se apenas uma correlação estatisticamente significativa entre o Bem-estar Funcional do FACT-G – versão 4 e a Resolução Planeada do Problema do QMLA. As pessoas recorrem a diferentes estratégias de confronto de acordo com a situação. Esta sub-escala de confronto procura descrever os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Posto isto, existem alguns problemas com que os pacientes oncológicos se deparam ao longo do processo de doença, incluindo os funcionais. A relação entre estas duas variáveis pode justificar-se pelo facto de que o paciente mediante um problema em termos funcionais, por exemplo, no caso do cancro da mama ter o movimento de um ou de ambos os membros superiores comprometido, pode projectar soluções no sentido de resolver o problema (ex.: novas formas para a realização de tarefas domésticas).

Objectivo 7: Explorar o grau de *Distress* Emocional e os Problemas (dia-a-dia, familiares, emocionais, religiosos, físicos) relatados por um grupo de pacientes oncológicos (Termómetro de *Distress*; Bacalhau, 2004).

A Tabela 7 inclui a estatística descritiva do Grau de *Distress* emocional e dos Problemas do Termómetro do *Distress*, englobando a média, a mediana e o desvio-padrão. Relativamente ao Grau de *Distress* Emocional relatado, esta medida apresenta um valor médio de 5.94, sendo que a média de *distress* relatado varia entre 5 e 6. O grau médio de *distress* relatado é clinicamente significativo, tendo em consideração que valores iguais ou superiores a 4 indicam o critério de *cut-off* para o encaminhamento de pacientes para apoio específico (Psicológico, Psiquiátrico, etc.) (NCCN, 2013).

Sabe-se que uma situação de crise é precipitada quando um evento é percebido como ameaçador, que pode implicar perdas ou constituir um desafio (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998). O facto de o diagnóstico e vivência do cancro ser considerada como um acontecimento ameaçador na vida do indivíduo conduz a que os pacientes possam experimentar algum grau de *distress* emocional ao longo do processo de doença (Holland & Alici, 2010; Jacobsen & Ranson, 2007; Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998; Zabora et al., 2001). Sendo assim os resultados vão de encontro ao descrito na literatura como por exemplo, no estudo de Zabora e colaboradores (2001) é demonstrada a prevalência de *distress* emocional em pacientes oncológicos. Para além disso, o facto das medidas de *distress* emocional neste estudo evidenciarem valores iguais ou superiores a cinco, vão de encontro aos dados de Silva (2011).

Tomando agora atenção à Lista de Problemas do Termómetro do *Distress*, verifica-se que a média da frequência de ocorrência dos Problemas Físicos é a mais elevada, seguindo-se dos Problemas Emocionais e dos Problemas do Dia-a-dia. No entanto, há que ter atenção o peso relativo de cada categoria na totalidade da Lista de Problemas, sendo que a lista de Problemas Físicos é a que possui mais itens.

No que diz respeito às causas do *distress* no contexto oncológico, estas tendem a estar ligadas à angústia gerada pelo diagnóstico, ao sofrimento imposto pelos tratamentos, à dor física, bem como à incerteza em relação ao futuro e à diminuição da sua QdV (Head et al., 2012; Jacobsen, & Ransom, 2007). Este *distress* emocional surge ao longo do contínuo da doença, devido aos sintomas associados à doença e também aos tratamentos (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998). Assim sendo, as experiências associadas ao processo tendem a ser potenciadoras de estados de *distress* emocional

elevados (Sebastian, Mateos & Prado, 2000, cit. por Moscoso & Reheiser, 2010). O facto de os Problemas Físicos apresentarem uma maior média, permite fazer a ponte dos dados obtidos neste estudo com a investigação nesta área do conhecimento que refere que estes podem dever-se a consequências da própria doença, assim como ao sofrimento imposto pelos tratamentos e as consequências que ambos acarretam (Jacobsen, & Ransom, 2007; Head et al., 2012), como referido anteriormente.

Para além dos Problemas Físicos estão o Problemas Emocionais, apresentando também estes uma média elevada. Sabe-se que o sofrimento psicológico pode ser percebido como uma reacção “normal” ao diagnóstico de cancro (Brannon & Feist, 2000). O facto de ter sido dos problemas mais relatados pelos pacientes da amostra deste estudo, pode evidenciar que o modo como os indivíduos lidam com a doença, bem como a sua percepção acerca dos seus sintomas, causas, duração, consequências e sentimentos de controlo, são variáveis que podem explicar parte das diferenças individuais ao nível do ajustamento emocional (Soares et al., 2000).

Os pacientes indicaram também os Problemas do Dia-a-dia, sendo os mais relatados “Trabalho/Escola” e “Económicos”. A grande maioria dos pacientes é “Reformado(a)” e outros encontram-se em baixa médica pois a sua condição física não permite que se mantenham profissionalmente activos. Este facto contribui para um decréscimo da sua remuneração, possíveis custos de deslocação e medicação, o que se poderá reflectir nos seus níveis de *distress*. O facto de terem mencionado este tipo de problemática também pode estar relacionado com as implicações da doença e dos tratamentos em termos de funcionalidade, que poderão conduzir à dependência de terceiros para a realização das tarefas diárias (“Tarefas domésticas”) ou, no caso de os pacientes as conseguirem concretizar, não as realizarem com tanta mestria como anteriormente ao diagnóstico.

Objectivo 8: Explorar a associação entre o padrão de QdVRS com o Grau de *Distress* Emocional e os Problemas relatados por um grupo pacientes oncológicos (FACT-G - versão 4; Arnold et al., 2004; Cella et al., 1993; Termómetro de *Distress*; Bacalhau, 2004).

De acordo com a análise da Tabela 8, podem-se observar correlações negativas entre o domínio Bem-estar Físico do FACT-G com o Grau de *Distress* e vários tipos de problemas da Lista de Problemas do Termómetro do *Distress*.

A correlação negativa entre o Bem-estar Físico e o Grau de *Distress* pode ser explicada pelo facto de que o mal-estar físico geral causado não só pela doença como também pelos tratamentos, podem conduzir ou influenciar as respostas emocionais ao longo do processo de doença. Quer isto dizer que há uma influência mútua entre estas duas variáveis.

A correlação negativa entre o Bem-estar Físico e os Problemas do Dia-a-dia pode ser em parte explicada pelo facto de que as consequências que tanto a doença como os tratamentos abarcam, sejam elas temporárias ou permanentes, têm influência em termos de funcionalidade, capacidade de trabalho e capacidade de resolução de outros problemas diários.

A correlação observada entre o domínio Bem-estar Físico e os Problemas Emocionais pode ser explicada pelo facto de que o processo de doença abarca alterações físicas, alterações essas que podem suscitar respostas emocionais complexas. Estas reacções emocionais podem surgir devido ao facto de o diagnóstico de cancro ser associado à percepção de perda da saúde, percepção da doença como um acontecimento ameaçador, incerteza em relação ao futuro, assim como os efeitos da doença e dos tratamentos ao nível físico que podem associar-se à disfuncionalidade, factores esses que conduzem a respostas psicológicas diversas desde a ansiedade, depressão, assim como *distress* emocional. Por outro lado, muitas vezes acontece que os pacientes com patologia maligna tendem a comparar a vivência da doença com a sua vida antes do diagnóstico e da doença e isso pode influenciar a sua resposta psicológica, afectando a forma como o paciente se ajusta à doença.

A correlação entre o domínio Bem-estar Físico e Problemas Físicos é uma correlação esperada visto que dizem respeito à mesma área. O facto de a doença e os tratamentos terem influência no domínio físico faz com que este seja um aspecto a ter em consideração visto que o comprometimento físico influencia o bem-estar. Para além disso, consta na literatura que o impacto da doença oncológica não se verifica ao nível emocional mas também ao nível físico, conduzindo a uma redução significativa da QdV dos pacientes (Kreitler et al., 2007; Paredes et al., 2008; Zabora et al., 2001) visto que ao longo da doença, o paciente vivencia perdas e sintomas adversos (Paredes et al., 2008). É de ter em conta que, no âmbito das dificuldades e problemas com que os indivíduos se deparam ao longo do processo de doença oncológica, podemos considerar: a disfuncionalidade física, a possibilidade de alterações nas relações sociais

e conjugais, problemas de auto-estima e *distress* emocional (Ogden, 2004; Paredes et al., 2008; Taylor, 1995).

Relativamente ao domínio Bem-estar Emocional, este correlaciona-se negativamente com o Grau de *Distress* e com os Problemas Emocionais. É de notar, também, que ambos os instrumentos medem a presença e influência dos problemas emocionais. A doença oncológica, sendo entendida como um acontecimento ameaçador (Moos, 1982), pode conduzir a alterações emocionais incluindo a experiência de algum grau de *distress* emocional (Clark et al., 2003; Jacobsen & Ransom, 2007; Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998; Madden, 2006; NCCN, 2013) pois as experiências potenciadoras de grande *stress* estão geralmente ligadas a uma emocionalidade predominantemente negativa (Scharf, 2005), contribuindo em parte para a alteração da qualidade de vida. Encontra-se descrito na literatura que níveis de *distress* elevados estão associados a avaliações fracas em alguns domínios da QdV. Isto porque o diagnóstico e a vivência do processo de doença podem suscitar respostas emocionais como tristeza resultante da percepção de perda de saúde, preocupação em relação ao futuro, depressão ou ansiedade. Tendo em consideração o objectivo, é de referir uma investigação com pacientes com tumor cerebral que tinha como finalidade explorar a relação entre o *distress* e a QdV, utilizando o Termómetro de *Distress* e o *Functional Assessment of Cancer Therapy - Brain* (FACT-Br). Essa investigação encontrou correlações negativas entre o Grau de *Distress* relatado e o Bem-estar Emocional (Kvale, Murthy, Taylor, Lee & Nabors, 2009). Quer isto dizer que quando aumenta o *distress* emocional diminui o bem-estar do indivíduo nesse domínio.

O Bem-estar Emocional e os Problemas Físicos estão também negativamente correlacionados. Esta correlação é compreensível pelo facto de que as alterações físicas e consequências da doença e dos tratamentos, podem suscitar respostas emocionais como a tristeza pela perda da saúde, preocupação em relação ao futuro, depressão, ansiedade, etc.

O Bem-estar Funcional correlaciona-se negativamente com os Problemas Emocionais do Termómetro do *Distress*. Esta correlação pode ser explicada pelo facto de que as alterações físicas associadas a um quadro de doença oncológica, podem suscitar respostas emocionais complexas, como é o caso do *distress* emocional.

O Bem-estar Funcional correlaciona-se também com os Problemas Físicos. Esta correlação é uma correlação esperada visto que muitas vezes os problemas físicos podem resultar no comprometimento em termos de funcionalidade do paciente, pois tal

como descrito na literatura, das dificuldades e problemas com que os pacientes oncológicos se deparam ao longo do processo de doença, podemos considerar a disfuncionalidade física e a dependência de terceiros (Ogden, 2004; Paredes et al., 2008; Taylor, 1995).

A Pontuação Total do FACT-G correlaciona-se negativamente com o Grau de *Distress*, os Problemas do Dia-a-dia, Problemas Emocionais e Problemas Físicos. A partir destas correlações percebe-se a influência de diversos factores tais como os físicos e psicológicos na percepção de QdVRS. Existem evidências na literatura que relatam que o *distress* e a QdV aparecem, com frequência, negativamente correlacionadas (Fox, Lyon & Farace, 2007; Pelletier, Verhoet, Khatri & Hagen, 2002 cit. por Head et al., 2012), ou seja, quando uma aumenta a outra diminui. No que diz respeito a evidências empíricas que retratam esta correlação entre o *distress* emocional e a QdV, no estudo de Zenger e colaboradores (2010), com pacientes com cancro da próstata, é demonstrado que a experiência de *distress* emocional associa-se forte e negativamente com a avaliação da QdV. Esta associação é descrita em diferentes populações oncológicas (ex.: Head et al., 2012; Stark et al., 2002; Tsunoda et al., 2005).

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES

Neste capítulo são expostas as conclusões desta investigação. Para finalizar, são apresentadas as limitações da investigação, as suas implicações e algumas sugestões para investigações futuras.

Ao longo da dissertação foi referida a influência biopsicossocial da doença oncológica nos pacientes. Ou seja, chamar a atenção para a necessidade de uma abordagem compreensiva do impacto do cancro nos diferentes domínios da vida do indivíduo, para que o tratamento e ajustamento à doença sejam mais eficazes.

Concluiu-se que, relativamente ao padrão de QdVRS, o grupo de pacientes oncológicos apresenta uma pontuação total indicadora de uma QdVRS baixa, sendo que o domínio físico e funcional parecem ser os mais afectados. De facto, existem evidências na literatura que descrevem relatos do impacto da doença oncológica nos vários domínios, conduzindo à redução significativa da QdV. Por outro lado, é de referir que contribuem para a redução da QdV não só a doença em si como também os tratamentos, pois apesar de contribuírem para a diminuição de sintomas ou para a cura, abarcam efeitos iatrogénicos que se reflectem no bem-estar do paciente.

Em relação às estratégias de confronto utilizadas pela amostra deste estudo, verificou-se que os pacientes utilizam tanto estratégias adaptativas como não adaptativas. Tal como descrito na literatura, é verdade que os pacientes recorrem a diversas estratégias de modo a fazer face às situações, ao longo do decorrer do processo de doença. No entanto, é importante frisar que a utilização de determinadas estratégias, sejam elas consideradas adaptativas ou não, depende das circunstâncias e resultados obtidos na sua prática. Posto isto, é necessária a contextualização da utilização das estratégias de forma a compreender ou aceder à sua eficácia. É necessário averiguar se o distanciamento é uma forma de os pacientes fazerem uma “pausa” da vivência da doença oncológica como uma forma de recuperar energia, ou se por outro lado conduz a resultados negativos tais como a não adesão ao tratamento.

Relativamente à relação entre os domínios de QdVRS e as categorias das estratégias de confronto, nesta amostra foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa. Aqui é importante salientar que as pessoas recorrem a diferentes estratégias de confronto de acordo com a situação, de forma a poderem ultrapassar os problemas com que se deparam ao longo do processo de doença, influenciando positivamente a sua QdV.

Neste estudo também se concluiu a prevalência de *distress* emocional em pacientes oncológicos. Entende-se que a prevalência de *distress* emocional está ligada não só às experiências associadas ao processo de doença (ex.: tratamentos aversivos), como também à interpretação pessoal da doença como ameaça à vida e ao bem-estar, nos vários domínios.

Nesta investigação também se concluiu que existe uma associação negativa entre o grau de *distress* emocional e os domínios da QdV. Como se sabe, as experiências consideradas como ameaçadoras potenciam estados de *stress*, estando dessa forma ligadas a emoções de natureza negativa, contribuindo para a diminuição do bem-estar e QdV.

5.1. Limitações

No que diz respeito às limitações do estudo há que apontar o tamanho da amostra, que se considera ser pequena. Este facto conduz à dificuldade ou especial cuidado na generalização de resultados à população de pacientes oncológicos apesar de, a grande maioria dos resultados terem ido de encontro com o que é descrito na literatura. Por outro lado, é de considerar que o atraso na recolha de dados devido ao tempo de espera de autorização por parte do IPOLFG contribuiu para que a mesma fosse realizada nos meses de Junho, Julho e Agosto de 2012, altura em que se registou uma redução significativa do número de consultas devido ao menor fluxo de pacientes, na Clínica da Dor. Outro factor que pode influenciar a generalização dos resultados obtidos neste estudo consiste na idade dos pacientes oncológicos que constituem a amostra, sendo maioritariamente com idades compreendidas entre 50 e os 69 anos de idade.

Pode ser também anotada como limitação o facto de que alguns questionários devolvidos apresentarem mais itens não respondidos do que aqueles aplicados presencialmente. De modo a ultrapassar esta limitação, sugere-se que todas as aplicações dos questionários sejam realizadas de forma presencial.

Considera-se também como limitação a utilização de apenas medidas de auto-relato para a avaliação da QdV, das estratégias de confronto e do *distress* emocional, sendo que este estudo beneficiaria da utilização de metodologia de natureza qualitativa.

Observando este estudo de forma crítica, visto que a amostra foi recolhida no Serviço de Cirurgia Geral e na Clínica da Dor, é também de salientar que a maioria dos doentes encontrava-se em situação de recuperação pós-operatória e/ou em situação

paliativa, ou de dor descontrolada, não estando, por essas razões, nas melhores condições físicas como também psicológicas para responder aos questionários. Por outro lado, refere-se esta limitação pelo facto de os pacientes estarem internados, no caso do Serviço de Cirurgia Geral, para a realização de um tratamento cuja recuperação é, por vezes, muito dolorosa e isto faz-nos questionar a aplicação de inventários de auto-relato no período pré- ou pós-operatório.

5.2. Implicações clínicas dos resultados

Crê-se que este estudo vem reforçar a ideia da necessidade de compreender o impacto do cancro nos diferentes domínios da vida do indivíduo de modo a que o tratamento e o ajustamento à doença sejam mais eficazes. Para além disso, vem também reforçar a importância de investir numa intervenção focada nas estratégias de confronto e aqui é de considerar não só o paciente oncológico como também o seu cuidador informal. Por outro lado, é necessário que as equipas de profissionais de saúde reconheçam a complexidade da tarefa de confronto como forma de, mais facilmente ir ao encontro das necessidades do paciente.

Algo que se considera muito importante consiste na sensibilização das equipas de profissionais de saúde para o encaminhamento de pacientes para o apoio psicológico (especializado). Por outro lado, é de considerar a implicação deste estudo para a prática clínica no sentido de chamar a atenção para a triagem do *distress* emocional na fase de diagnóstico e/ou de tratamento.

5.3. Considerações Éticas

Os participantes deste estudo foram informados, através de um protocolo de consentimento informado, acerca dos objectivos, instrumentos, confidencialidade da sua identidade e das suas respostas, assim como do facto de estarem a participar num acto voluntário.

5.4. Sugestões para investigações futuras

No que diz respeito a sugestões para futuras investigações, e tendo em conta a amostra e os dados deste estudo, seria de grande interesse a realização de entrevistas no sentido de haver um maior e melhor entendimento sobre os dados e de poder estabelecer uma melhor ligação entre estes. Por exemplo, a contextualização da utilização de determinada estratégia de confronto e o seu resultado adaptativo (positivo ou negativo).

Ainda relativamente aos pacientes oncológicos, existe algum interesse na realização de estudos longitudinais, no sentido de ter uma visão global da oscilação da percepção de QdVRS e níveis de *distress* emocional.

Por outro lado, tendo em consideração as exigências características de um contexto em que as pessoas estão em sofrimento, seria de grande interesse a investigação das estratégias de confronto utilizadas pelos prestadores de cuidados formais. A sua pertinência incidiria na sensibilização e prevenção do *burnout* junto dos profissionais de saúde.

Uma outra sugestão consiste em investigar o modo como os estudantes, que estão na fase do primeiro contacto com a profissão (ex.: estagiários de psicologia, enfermagem, medicina, etc.), lidam com as exigências de um contexto como o oncológico. A sua pertinência incidiria na criação de um programa ou equipa de apoio ao estudante, nas próprias faculdades ou instituições acolhedoras dos estagiários, no sentido de otimizar o desempenho de futuros profissionais no contexto real de prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A., & Moe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*, 33(10), 1597-1604.
- Arnold, B., Eremenco, S., Lai, J.S., Cella, D., Evanston, I.L., Ribeiro, J.L.(2004). Benefits and Consequences of using a single Portuguese Language Version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Quality of life Research*, 9(3), 316.
- Bacalhau, R. (2004). Termómetro de Distress – Tradução e Reprodução para o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Lisboa: CROL, SA.
- Bennett., P. (2002). *Introdução à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bloom, J. R. & Kessler, L. (1994). Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypothesis. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2), 118-133.
- Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Health psychology: an introduction to behavior and health* (4ª Ed.) (pp.303-307). New York: Brooks/Cole Thomson Learning
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign – future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life – An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 10, 124-127
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & Almeida, L. S. (Coord.) *Avaliação Psicológica:*

Instrumentos válidos para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100).
Coimbra: Quarteto.

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum J., et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90, 2297–2304.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Cella., D. F., Tulsky, D. S., Gray, G. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.

Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*, 2, 499-505.

Clark, M. M., Bostwick, J. M., & Rummans, T. A. (2003). Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 78,1538-1543.

Coelho, M. (2009). *Influência do cancro na Qualidade de Vida do cuidador familiar do doente oncológico*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2), 310-357.

Coyne, J. C. & Holroyd, K. (1982). Stress, coping and illness: A transitional perspective. In T., Millon, C., Green, R. Meagher (Eds.) *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 103-123). New York: Plenum Press

- Decat, C., Laros, J. & Araújo, T. (2009). Termómetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253-260.
- Diefenbach, M. A. & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social and Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y. et al. (2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: A cross-sectional control study. *In Vivo*, 24, 803-810.
- Fanger, P. C., Azevedo, R. C. S., Mauro, M. L. F. et al. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: Prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 173-178.
- Greenglass, E. (2002). Proactive Coping and Quality of Life Management. In E. Frydenberg (Eds.), *Beyond Coping: meeting goals, visions and challenges* (pp. 37-60). Oxford: Oxford University Press.
- Head, B. A., Schapmire, T. J., Keeney, C. E., Deck, S. M., Studts, J. L., Hermann, C. P., Scharfenberger, J. A. & Pfeifer, M. P. (2012). Use of the distress thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in women with breast cancer. *Quality of Life Research*. 21, 215-223.
- Helgeson, V. S. & Cohen, S. (1999). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, Correlational, and intervention research. In R. M. Suim, G. R. VandenBos (Eds.) *Cancer patients and their families: readings on disease course, coping, and psychological interventions* (pp. 53-75). Washington, DC: American Psychological Association.

- Hermann, B. P. (1995). The evolution of health-related quality of life assessment in epilepsy. *Quality of Life Research*, 4, 87-100.
- Holland, J. C. & Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 8(1), 4-12.
- Jacobsen, P. B. & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 99-103.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19(2), 139-155.
- Kreitler, S., Peleg, D. & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-oncology*, 16, 329-341.
- Kvale, E., Murthy, R., Taylor, R., Lee, J., & Nabors, L. (2009). Distress and quality of life in primary high-grade brain tumor patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(7), 793-799.
- Lara-Muñoz M. C., León, S. P., & Fuente, J. R. (1995). Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Revista de Investigación Clínica*, 47(4), 315-27.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Loscalzo, M. & Brintzenhofeszoc, K. (1998). Brief crisis counseling. In J. C., Holland, W., Breitbart, P. B., Jacobsen, M. S., Lederberg, M. J., Loscalzo, R., MacCorkle (Eds.) *Psycho-oncology* (pp. 662-675). New York: Oxford University Press.

- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. (pp. 319-629). New York: Oxford University Press.
- Madden, J. (2006). The problem of distress in patients with cancer: More effective assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 615-619
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic disease. In M. Zneider & N. S. Endler (Eds.) *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 221-251). New York: Wiley.
- Marques, T. F. B. C. (2012). *Doentes oncológicos e seus cuidadores informais: Estudo exploratório da qualidade de vida, distresse e estratégias de coping*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Massie, M. J. (1990). Depression. In J. Holland & J. Rowland (Eds.) *Handbook of Psychooncology – Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 283-289). New York: Oxford University Press.
- McCrae, R. (1984). Situational Determinants of Coping Responses: Loss, Threat, and Challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919-928.
- Merluzzi, T., & Sanchez, M. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: Development and validation of the Cancer Behavior Inventory. *Health Psychology*, 16, 163-170.
- Michelone, A. & Santos, V. (2004). Qualidade de vida de adultos com cancro colorrectal com e sem ostomia. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 12(6), 875-883.
- Moos, R. H. (1982). Coping with acute health crises. In T., Millon, C., Green, R., Meagher (Eds.) *Handbook of Clinical Health Psychology*. (pp. 129-149). New York: Plenum Press

- Moscoso, M. & Reheiser, E. (2010). Construct Validity of the Emotional Distress Inventory in Patients with Cancer. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 83-94.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of Life Research*, 14, 1825-1833.
- National Comprehensive Cancer Network (2013). Clinical practice guidelines in oncology: distress management. Obtido em 13 de Maio de 2013 de <https://www.gem-beta.org/Public/DownloadDocument.aspx?LinkID=65>.
- Nelson, C. J., Weinberger, M. I., Balk, E., Holland, J., Breitbart, W., & Roth, A. J. (2009). The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *The Oncologist*, 14, 891-899.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 75-98) Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Santos., C. (2001). Estudo conservador do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 491-502.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a Saúde - Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. (1ª Ed.), Fundação Merck Sharp e Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In J.P. Cruz, S. N. de Jesus & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.

- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S. & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87
- Pereira, M. G., Figueiredo, A. P., & Fincham, F. D. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 227-232.
- Roberts, A. R. & Yeager, K. R. (2009). *Pocket guide to crisis intervention*. New York: Oxford University Press.
- Rowland, J. (1990). Intrapersonal Resources: Coping. In J. Holland & J. Rowland (Eds.) *Handbook of Psychooncology – Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 44-57). New York: Oxford University Press.
- Santos, C. S., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9(25), 64-67.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.M., Bergman, W., & Rooijmans, H.G. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Sheridan, C. L. & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology*. New York: Wiley.
- Silva, A. R. C. (2011). *Qualidade de vida e estratégias de coping em doentes oncológicos e qualidade de vida em cuidadores informais: Um estudo*

exploratório. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento Emocional, Afectividade e Estratégias de Coping na Doença do Foro Oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.
- Stark, D. P. H. & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their Nature, Associations, and Realtion to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), pp. 3137-3148.
- Taylor, S., E. (1995). *Health psychology* (3ª Ed.). Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Testa, M, & Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 635-840
- Tsunoda, A., Nakao, K., Hiratsuka, K., Yasuda, N., Shibusawa, M. & Kusano, M. (2005). Anxiety, depression and quality of life in colorectal patients. *International Journal of Clinical Oncology*, 10, 411-417.
- Tupholme, T.S. (2009). *Qualidade de Vida e Estratégias de Coping dos Pacientes Oncológicos*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
- Valentiner, D. P., Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping: an integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 1094-1102.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(25), 479-488.

- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-444.
- WHOQOL Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10, 19-28
- Zenger, M., Lehmann-Laue, A., Stolzenburg, J. U., Schwalenberg, T., Ried, A. & Hinz, A. (2010). The relationship of quality of life and distress in prostate cancer patients compared to the general population. *Psycho Social Medicine*, 7, 1-10.
- Zucca, A.C., Boyes, A. W., Lecathelinais, C., & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: Coping strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 1268-1276.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de Consentimento Informado

Anexo 2. Instrumentos

2.1. Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica

2.2. *World Health Organization Quality of Life –Bref*

2.2.1. Procedimento de pontuação do *WHOQOL-Bref* (SPSS)

2.3. *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*, versão 4

2.3.1. Resultados padronizados do FACT-G (versão 4)

2.4. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos

2.5. Termómetro de *Distress*

ANEXO 1.

Protocolo de Consentimento Informado

ANEXO 2.

Instrumentos

ANEXO 2.1. Questionário de caracterização Sócio-demográfica e
Clínica

ANEXO 2.2. *World Health Organization Quality of Life - Bref*

ANEXO 2.2.1. Procedimento de pontuação do WHOQOL-
Bref (SPSS)

ANEXO 2.3. *Functional Assessment of Cancer Therapy – General,*
versão 4

ANEXO 2.3. 1. Resultados padronizados do FACT-G (versão 4)

ANEXO 2.4. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos

ANEXO 2.5. Termómetro do *Distress*
