

QUALIDADE DE VIDA E AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL DA MULHER COM CANCRO DA MAMA: DO DIAGNÓSTICO À SOBREVIVÊNCIA

Helena Moreira, Sónia Silva & Maria Cristina Canavarro

¹Hospital da CUF, Lisboa

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO: O presente estudo tem como objectivo conhecer a Qualidade de Vida (QdV) e o ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama que se encontram em duas fases distintas da doença: a fase de diagnóstico e a fase de sobrevivência. Participaram no estudo 56 mulheres sem história de doença oncológica pertencentes à população geral, 32 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama e 58 sobreviventes de cancro da mama. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: o WHOQOL-Bref, a HADS e uma ficha de dados clínicos e sociodemográficos. As mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama apresentaram-se mais ansiosas e exibiram os piores resultados no domínio físico e na faceta geral da QdV. A maioria das sobreviventes apresentou níveis normativos de ansiedade e de depressão e uma boa QdV, não se distinguindo da população geral em nenhum domínio da mesma.

Palavras-chave: Cancro da mama, Qualidade de vida, Ajustamento psicossocial, Diagnóstico, Sobrevivência.

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF WOMEN WITH BREAST CANCER: FROM DIAGNOSIS TO SURVIVAL.

ABSTRACT: The objective of this study is to know the Quality of Life (QoL) and psychosocial adjustment of the women with breast cancer who are in two different phases of the disease: the stage of diagnosis and the stage of survival. In this research participated 56 women with no history of cancer disease belonging to the general population, 32 women recently diagnosed with breast cancer and 58 breast cancer survivors. The instruments used were the WHOQOL-Bref, the HADS and a form of clinical and sociodemographic data. The recently diagnosed women were more anxious and exhibited the worst record in the general facet and physical domain of QoL. The majority of breast cancer survivors presented normative levels of anxiety and depression and a good QoL that does not distinguish from general population in any domain of it.

Key words: Breast cancer, Quality of life, Psychosocial adjustment, Diagnosis, Survival.

Recebido em 29 de Abril de 2008 / aceite em 15 de Maio de 2008

O cancro da mama é o tumor maligno com maior prevalência no mundo industrializado e o mais comum no sexo feminino, prevendo-se que na Europa uma em cada onze mulheres seja diagnosticada com esta doença (Mols, Vigerhoets, Coebergh & Van de Poll-Franse, 2005). O cancro da mama é também o tipo de

neoplasia mais frequente na mulher portuguesa, estimando-se que em 2002 tenham surgido cerca de 4300 novos casos e cerca de 1500 óbitos (Ferlay, Bray, Pisani & Parkin, 2004).

Os avanços técnicos e científicos na detecção precoce do cancro da mama e no seu tratamento têm conduzido a uma diminuição muito significativa da mortalidade, o que, por sua vez, tem vindo a determinar um aumento importante do número de pessoas sobreviventes de cancro. Estima-se que existam cerca de 4,4 milhões de mulheres em todo o mundo e 18265 em Portugal, a quem foi diagnosticado cancro da mama nos 5 anos antecedentes (Ferlay et al., 2004). Assim, a doença oncológica, de uma forma geral, e o cancro da mama em particular, deixou de ser considerada uma doença inevitavelmente fatal, passando a ser conceptualizada como uma doença crónica que, como tal, persiste, pode reincidir e requer cuidados médicos por longos períodos de tempo (Pimentel, 2006). Por conseguinte, o prolongamento da vida e a conceptualização do cancro como doença crónica, trazem consigo a questão da *quantidade* de vida sem *qualidade* (Pais-Ribeiro, 2001), tornando-se, deste modo, fundamental a consideração da Qualidade de Vida (QdV) e do ajustamento psicossocial do doente oncológico ao longo de todo o percurso da doença (Kornblith, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QdV é 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). Este é, portanto, um conceito que traduz a natureza subjectiva da avaliação do indivíduo, contextualizada no meio físico, cultural e social onde vive (WHOQOL-Group, 1998). É também um constructo dinâmico e multidimensional, que engloba os domínios físico, psicológico, social, nível de independência, ambiente e espiritualidade (Canavarro et al., 2006; Fleck, 2006).

Nos últimos anos, muitos investigadores têm-se dedicado ao estudo da QdV e da adaptação psicossocial da mulher com cancro da mama (Bardwell et al., 2004; Carver, 2005; Helgeson & Tomich, 2005; Knobf, 2007; Kornblith et al., 2007). Ainda que a maioria se tenha centrado na fase inicial da doença, nomeadamente na QdV e reacções psicológicas associadas ao diagnóstico e tratamentos, nos últimos anos tem vindo a ser dada uma maior atenção ao período de sobrevivência e às respostas que lhe estão associadas (Tomich & Helgeson, 2002).

O percurso inicial da doença: Implicações na QdV e no ajustamento psicossocial.

O diagnóstico de cancro da mama tem, habitualmente, um impacto muito significativo no funcionamento psicossocial da doente e na sua QdV (Breitbart & Holland, 1993; Hewitt, Herdman & Holland, 2004). Esta é, sem dúvida, uma experiência adversa e potencialmente traumática, que pode influenciar múltiplos aspectos do ajustamento.

tamento psicológico da mulher, incluindo o seu bem-estar emocional e social, a sua imagem corporal, sexualidade e funcionamento físico (Thornton & Perez, 2007). Efectivamente, associado ao diagnóstico e aos tratamentos para o cancro da mama, encontra-se um conjunto de medos e incertezas, nomeadamente o medo da morte, das alterações na imagem corporal, da perda de autonomia ou da dor e do sofrimento, que determinam, habitualmente, níveis elevados de perturbação emocional (Massie & Popkin, 1998; Massie & Shakin, 1993). Assim, o cancro da mama pode influenciar diferentes esferas de vida da mulher (psicológica, física, social e existencial), e determinar um conjunto de consequências que, apesar de se manifestarem mais intensamente na fase inicial da doença, podem persistir muito além do fim dos tratamentos (e.g. sintomas físicos, perturbação da imagem corporal, dificuldades de natureza sexual ou problemas conjugais).

A literatura tem mostrado que nesta fase inicial do percurso da doença, a maioria das mulheres experiencia algum grau de perturbação emocional e reacções emocionais negativas, como tristeza, ansiedade, culpa, raiva, sentimento de perda de controlo sobre o futuro, entre outras (Barraclough, 1999; Hewitt et al., 2004; Massie & Shakin, 1993; Veach, Nicholas & Barton, 2002). Estas reacções emocionais, muito semelhantes às respostas normativas que caracterizam outro tipo de perdas (Massie & Popkin, 1998), são esperadas, comuns e adaptativas (Paredes et al., *no prelo*) e fazem parte de um processo de ajustamento normal a um acontecimento de vida tão adverso como o diagnóstico de cancro da mama. Embora este processo de ajustamento possa variar de acordo com as características da própria doente, da doença e ao longo do curso da mesma (Hewitt et al., 2004), a grande maioria dos estudos evidencia que a maior parte das mulheres é resiliente (Massie & Shakin, 1993), conseguindo adaptar-se bem ao diagnóstico e lidar adequadamente com as exigências psicológicas, físicas e sociais que os tratamentos frequentemente impõem (Ganz et al., 1996; Hewitt et al., 2004).

Não obstante, a investigação tem apontado para uma prevalência de 20% a 30% de mulheres diagnosticadas com depressão major ou com alguma perturbação de ansiedade, na fase de diagnóstico (Massie & Popkin, 1998; Nezu & Nezu, 2007; Trask & Pearman, 2007). Por exemplo, Burgess et al. (2005) verificaram, numa amostra de 222 mulheres com cancro da mama, que cerca de 33% destas mulheres apresentavam níveis clinicamente significativos de depressão, ansiedade ou ambos no período de diagnóstico. Do mesmo modo, Maguire, Lee e Bevington (1998) verificaram, numa amostra de doentes com cancro da mama e igualmente na fase inicial da doença, que aproximadamente 27% das mulheres apresentavam níveis moderados a severos de ansiedade, contrariamente a 14% da sua amostra de controlo. Utilizando um ponto de corte superior ou igual a 11 na escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, Zigmond & Snaith, 1983), Hopwood, Howell e Maguire (1991) e Piner, Ramirez e Black (1993) verificaram que cerca de 9% e 19% das mulheres com cancro da mama estudadas apresentavam, respectivamente, níveis significativos de ansiedade.

Apesar da escassez de literatura no que se refere ao estudo da QdV especificamente no momento de diagnóstico e antes do início dos tratamentos, alguns estudos têm mostrado que o diagnóstico de cancro da mama tem, por si só, um profundo impacto na QdV da mulher (Bardwell et al., 2004; Rowland & Massie, 1998). De uma forma geral, esta fase é caracterizada por um aumento da perturbação emocional e diminuição da QdV (Knobf, 2007; Sandgren, Mullens, Shannon, Kathleen & McCaul, 2004; Stanton & Snider, 1993).

Ainda que as reacções assinaladas sejam comuns numa primeira fase, é importante notar que, à medida que o tempo avança, apenas uma minoria de doentes evolui para níveis de psicossomatologia significativos, ou seja, perturbações psiquiátricas definidas e clinicamente diagnosticáveis (Hewitt et al., 2004; Knobf, 2007; Massie & Shakin, 1993). Com o aproximar do fim dos tratamentos e à medida que a mulher começa a integrar cognitivamente a sua experiência, retomando a sua vida habitual, observa-se, geralmente, uma melhoria progressiva da QdV e uma redução significativa dos níveis de perturbação emocional (Hewitt et al., 2004; Massie & Shakin, 1993).

A fase de sobrevivência

Embora a definição de *sobrevivência* ou de sobrevivente de cancro não seja ainda consensual, temos assistido, nos últimos anos, a um esforço de definição e operacionalização deste conceito no campo da psico-oncologia (c.f. American Cancer Society, 2008; Kornblith, 1998; Mullan, 1985; National Cancer Institute; National Coalition for Cancer Survivorship).

O estudo da QdV e do ajustamento psicossocial das sobreviventes de cancro da mama tem-se desenvolvido bastante nos últimos 30 anos, tendo vindo a despertar o interesse de muitos investigadores (Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996; Zebrack, Yi, Peterson & Ganz, 2007). Todavia, muitos destes estudos têm-se debruçado sobre as dificuldades psicológicas, físicas e sociais vividas pelas sobreviventes de cancro da mama pouco tempo depois do término dos tratamentos, sendo ainda reduzida a investigação sobre as consequências desta doença na QdV e no ajustamento psicossocial das doentes alguns anos após o fim dos tratamentos (Bloom, Peterson & Kang, 2007; Carver, Smith, Petronis & Antoni, 2006; Holzner et al., 2001, Tomich & Helgeson, 2002).

As dificuldades vividas pelas sobreviventes alguns anos depois do término dos tratamentos podem ser consideravelmente diferentes daquelas que surgem na fase inicial da doença, ainda que alguns problemas iniciais possam manter-se ao longo do tempo (Kornblith, 1998). Assim, preocupações com a dor e a fadiga podem continuar a ser relevantes (Dow et al., 1996), assim como as alterações no funcionamento sexual (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson & Masse, 1998; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998) e a dificuldade em lidar com as mudanças na imagem corporal (Ferrell, Dow, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1995). Ou-

tros aspectos podem emergir apenas alguns anos depois do diagnóstico, como a preocupação com a saúde futura dos filhos e com o futuro da família, o medo da recorrência (Dow et al., 1996, Ferrel et al., 1995), a discriminação no trabalho, os problemas financeiros e a dificuldade em lidar com efeitos secundários tardios do tratamento, como a toxicidade cardíaca, linfedema ou outros (Carver et al., 2006; Veach et al., 2002).

A investigação nesta área tem evidenciado resultados relativamente consistentes no que se refere à avaliação da QdV e do ajustamento psicossocial das sobreviventes de cancro da mama. De uma forma geral, tem-se constatado que a QdV geral, alguns anos depois do diagnóstico, é boa (Ashing-Giwa, Ganz & Petersen, 1999; Bloom et al., 2007; Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004; Ganz, Greendale, Petersen, Kahn & Bower, 2003; Kendall, Mahue-Giangreco, Carpenter, Ganz & Bernstein, 2005; Tomich & Helgeson, 2002), sendo por vezes comparável (Dorval et al., 1998; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2007; Tomich & Helgeson, 2005; Kornblith et al., 2003) ou mesmo superior (Peuckmann et al., 1007) que a QdV de mulheres sem história pessoal de doença oncológica.

De uma forma geral, quanto maior for o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o momento de avaliação, melhores são os resultados de QdV geral nas sobreviventes (Bloom et al., 2004; Carver et al., 2006; Fehlaue, Tribius, Mehnert & Rades, 2005), ainda que alguns estudos citem a inexistência de alterações (Ganz et al., 2002; Joly, Espie, Marty, Heron & Henry-Amar, 2000) ou mesmo uma diminuição da QdV ao longo do tempo (Ganz et al., 1996; Holzner et al., 2001).

Apesar de a QdV geral ser boa, alguns estudos referem que determinados domínios específicos deste constructo podem estar comprometidos. Assim, as sobreviventes podem evidenciar piores resultados no domínio físico da QdV (Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2003; Helgeson & Tomich, 2005; Tomich & Helgeson, 2002; Matthews, Baker, Hann, Denniston & Smith, 2002), como consequência da persistência ou do surgimento de sintomas como dor, perda de sensibilidade, inchaço ou fraqueza no braço (Bloom et al., 2004; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2003; Kornblith et al., 2003), fadiga (Ahles et al., 2005; Carver, 2005; Joly et al., 2000), infertilidade (Dow et al., 1996) e sintomas decorrentes da menopausa induzida pelos tratamentos (Ahles et al., 2005; Bloom et al., 2004).

Do mesmo modo, no domínio social, vários estudos apontam para um funcionamento sexual mais pobre, que se traduz pela falta de interesse na actividade sexual, incapacidade de relaxar durante a actividade sexual e dificuldade em sentir prazer e atingir o orgasmo (Ashing-Giwa et al., 1999). É ainda frequente uma redução no desempenho dos papéis familiares, sociais e profissionais (Holzner et al., 2001).

No que concerne ao domínio psicológico da QdV, apesar da maioria dos estudos indicar que as sobreviventes e os controlos normais apresentam resultados semelhantes (Ahles et al., 2005; Dorval et al., 1998; Kendall et al., 2005), para alguns autores, ser sobrevivente de cancro da mama é, por si só, um factor de risco para uma

menor QdV neste domínio relativamente à população saudável (Bloom, Kang, Peterson & Stewart, 2007). A este propósito, Dow et al. (1996) referem que as alterações na imagem corporal, o medo da recorrência, a incerteza relativamente ao futuro e a presença de sintomas depressivos, constituem alterações psicológicas comuns que afectam a QdV da sobrevivente. Uma boa QdV neste domínio parece associar-se à ausência de uma doença crónica concomitante, à presença de apoio social, ao sentimento de controlo pessoal, à menor sintomatologia física e a uma maior satisfação com os cuidados de saúde (Bloom et al., 2004; Helgeson & Tomich, 2005). A idade parece ter também um papel relevante, na medida em que sobreviventes mais jovens apresentam um pior ajustamento e QdV quando comparadas com mulheres mais velhas (Cimprich, Ronis & Martinez-Ramos, 2002).

Relativamente ao ajustamento psicológico das sobreviventes de cancro da mama, a investigação tem apontado para a presença de níveis normativos de sintomatologia depressiva e ansiosa, existindo, no entanto, uma minoria de sobreviventes que manifesta dificuldades significativas de adaptação a esta fase, podendo necessitar de intervenção psicoterapêutica especializada. Por exemplo, Massie (2004, cit in. Trask & Pearman, 2007) verificou que as sobreviventes de cancro da mama apresentavam um risco aumentado de depressão (entre 22% a 30%), quando comparadas com mulheres com doenças benignas da mama (menos de 10%). Kornblith e Ligibel (2003) constataram, também, que um conjunto de sobreviventes de cancro da mama continua a experienciar ansiedade e depressão significativas durante, pelo menos, os quatro anos que sucedem o fim dos tratamentos, sendo a depressão mediada pelas sequelas físicas, como o linfedema ou a fadiga física.

Assim, ainda que a grande maioria das mulheres com cancro da mama consiga, progressivamente, adaptar-se e retomar um nível de funcionamento normal, é importante realçar que nem todas seguem a mesma trajectória. Algumas mulheres mantêm as suas dificuldades por um longo período de tempo, outras conservam níveis de funcionamento normais e outras ainda adquirirão melhorias de funcionamento psicológico (Helgeson, Snyder & Selman, 2004). No processo de recuperação e de ajustamento à doença podem existir diferentes padrões de funcionamento psicossocial, ou seja, diferentes trajectórias interindividuais, e não apenas um único modelo de adaptação (Knobf, 2007).

O presente estudo tem como objectivo contribuir para o aprofundamento do conhecimento existente na área na QdV e ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama, especificamente em duas fases distintas do percurso da doença, explorando as respectivas diferenças e similitudes. Assim, pretende-se (1) conhecer a QdV de um grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama e de um grupo de mulheres recentemente diagnosticadas com esta doença, comparando-os entre si e com um grupo de mulheres sem história pessoal de doença oncológica, pertencentes à população geral (2) avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa nestes dois grupos clínicos, analisar as diferenças entre ambos e compará-los com um grupo de mulheres sem história pessoal de doença oncológica, pertencentes à população geral.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo exploratório e transversal, foi recrutada segundo a técnica de amostragem não probabilística, de conveniência, e é constituída por três grupos distintos. Destes, dois são constituídos por mulheres da população clínica, sendo o outro formado por mulheres sem história de doença oncológica, pertencentes à população geral. Um dos grupos clínicos é constituído por 32 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama (*Grupo pós-diagnóstico*), recrutadas no Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra durante o período de internamento, nos dias que antecederam a realização da cirurgia da mama (entre um a três dias). O segundo grupo clínico é constituído por 58 mulheres sobreviventes de cancro da mama (*Grupo sobreviventes*), recrutadas segundo dois procedimentos distintos. Assim, um grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama e que são voluntárias numa associação de apoio a outras mulheres com a mesma doença (N=34), foram contactadas pessoalmente pelos investigadores aquando da reunião mensal da associação de voluntariado a que pertencem, que lhes deu a conhecer os objectivos do estudo, solicitou a sua colaboração e entregou os protocolos de avaliação. Os protocolos preenchidos foram devolvidos cerca de quinze dias depois, através do correio, ou entregues pessoalmente na sede da associação, tendo sido posteriormente encaminhados aos investigadores. Paralelamente, foi recrutado no Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra um grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama, que se encontravam internadas para serem submetidas a uma cirurgia de reconstrução da mama (N=24). Estas foram contactadas pelos investigadores 3 dias antes da cirurgia, que lhes apresentou o estudo e pediu a colaboração. O grupo de sobreviventes estudadas é constituído apenas por mulheres livres de doença há pelo menos um ano e que não se encontram no momento presente a realizar tratamentos.

Da amostra faz também parte um grupo de controlo, constituído por 56 mulheres da população em geral (*Grupo de controlo*) seleccionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ausência de história pessoal de doença oncológica e de doença mental e idade igual ou superior a 34 anos (idade mínima nos grupos clínicos).

Em todos os grupos foi preenchido o formulário de consentimento informado e omitida qualquer informação que compromettesse a confidencialidade dos dados, garantida através da atribuição de um número de código para cada protocolo. No Quadro 1 são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Quadro 1 - Características Sociodemográficas e Clínicas dos três grupos que constituem a amostra

	Sobreviventes	Pós-diagnóstico	Grupo de controlo
	N=58	N=32	N=56
	N (%)	N (%)	N (%)
Idade*			
25-34 anos	1 (2,0)	---	3 (5,4)
35-44 anos	6 (11,8)	5 (15,6)	16 (28,6)
45-54 anos	20 (39,2)	14 (43,8)	30 (53,6)
55-64 anos	17 (33,3)	9 (28,1)	6 (10,7)
≥ 65 anos	7 (13,7)	4 (12,5)	1 (1,8)
Estado civil*			
Solteiro(a)	2 (3,5)	3 (9,4)	---
Casado(a) / União de facto	43 (75,4)	26 (81,3)	51 (91,1)
Separado/divorciada	7 (12,3)	1 (3,1)	2 (3,6)
Viúva	5 (8,8)	2 (6,39)	3 (5,4)
Habilitações Literárias*			
1º ciclo do ensino básico	16 (29,19)	12 (37,5)	12 (21,4)
2º e 3º ciclos do ensino básico	13 (23,6)	7 (21,9)	19 (33,9)
Ensino Secundário	6 (10,9)	5 (15,6)	14 (25,0)
Estudos superiores	20 (36,3)	8 (25,0)	11 (19,7)
Nível Socioeconómico*			
Baixo	23 (41,1)	9 (28,1)	22 (39,3)
Médio	32 (57,1)	20 (62,5)	32 (57,1)
Elevado	1 (1,8)	3 (9,49)	2 (3,6)
Tempo decorrido após o diagnóstico*			
< 6 meses	---	32 (100,0)	---
1 - 2anos	2 (4,9)	---	---
2 - 5anos	11 (19,0)	---	---
≥ 5anos	28 (68,3)	---	---
Tipo de cancro*			
CDIS	6 (20,0)	5 (16,7)	---
CDI	15 (50,0)	24 (80,0)	---
CLI	5 (16,7)	1 (3,3)	---
CIM	4 (13,3)	---	---
Tipo de cirurgia*			
Conservadora	4 (7,5)	22 (68,8)	---
Mastectomia	49 (92,5)	10 (31,3)	---
Tipo de tratamento*			
Quimioterapia	24 (47,1)	---	---
Radioterapia	10 (19,6)	---	---
Quimioterapia + radioterapia	15 (29,4)	---	---
Outros	2 (3,9)	---	---

*As variáveis assinaladas reflectem informação em falta

Material

Qualidade de Vida. Para avaliar a QdV foi utilizada versão breve do *World Health Organization Quality of Life* para Português de Portugal - WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006). Este instrumento é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, que permite a avaliação subjectiva da QdV, podendo ser utilizada num vasto conjunto de perturbações psicológicas, doenças físicas e em indivíduos da população geral. A versão portuguesa deste instrumento apresenta boas propriedades psicométricas (Vaz Serra et al., 2006) e é constituída por 26 questões, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de QdV e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Está organizado em 4 domínios distintos (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e uma Faceta Geral de QdV.

Sintomatologia depressiva e ansiosa. Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa foi utilizada a versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS* (Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento é constituído por 14 questões, que se distribuem por dois factores (depressão e ansiedade), e pretende resolver o problema da sobreposição de sintomas decorrentes da doença física e da perturbação emocional, excluindo todos aqueles que se relacionam simultaneamente com as duas situações.

Dados sociodemográficos.

Foi ainda utilizada uma grelha de informação sociodemográfica e clínica, construída pelos investigadores, que permitiu o acesso, não só a informação sociodemográfica relevante, como a informação clínica significativa relacionada com a doença e os tratamentos.

Análise Estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico SPSS, v.14.0. Para caracterização da amostra obtiveram-se as estatísticas descritivas relativas às características sociodemográficas e clínicas dos três grupos que constituem a amostra. Foram calculadas as frequências e percentagens das categorias de depressão e ansiedade para os três grupos e utilizado o teste χ^2 de Pearson para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre essas percentagens. Para a comparação de médias entre os diferentes grupos nos domínios e faceta geral do WHOQOL-bref e nas dimensões de ansiedade e depressão da HADS, recorreremos à análise da variância multivariada (MANOVA). Quando a MANOVA detectou efeitos estatisticamente significativos, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguida do teste de comparações múltiplas (*post-hoc*) de Tukey, considerando-se um nível de significância $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Ansiedade e Depressão

Para conhecer o impacto do cancro da mama no ajustamento psicológico de um grupo de mulheres recentemente diagnosticadas com esta doença e de um grupo de sobreviventes, foram analisados os níveis de ansiedade e depressão, medidos pela HADS. O quadro que se segue apresenta a distribuição de ansiedade e depressão nos três grupos estudados, organizadas em quatro categorias distintas, segundo a pontuação obtida (de 0 a 7 - *normal*; de 8 a 10 - *leve*; de 11 a 14 - *moderada*; e de 15 a 21 - *grave*), de acordo com as indicações de Pais-Ribeiro (2007). Pontuações iguais ou superiores a 11 (categorias *moderada e grave*) foram consideradas indicadoras de perturbação significativa.

Quadro 2 - Distribuição da ansiedade e depressão em 4 categorias

	Tipo de Grupo			χ^2
	Controlo* N (%)	Pós-diagnóstico N (%)	Sobrevivente* N (%)	
Ansiedade				0,004
Normal	21 (38,2)	10 (31,3)	33 (63,5)	
Leve	17 (30,9)	5 (15,6)	9 (17,3)	
Moderada	15 (27,3)	11 (34,4)	7 (13,5)	
Grave	2 (3,6)	6 (18,8)	3 (5,8)	
Depressão				0,12
Normal	38 (69,1)	22 (68,8)	41 (78,8)	
Leve	13 (23,6)	5 (15,6)	10 (19,2)	
Moderada	4 (7,3)	3 (9,4)	1 (1,9)	
Grave	0 (0,0)	2 (6,3)	0 (0,0)	

*os grupos assinalados reflectem alguma informação em falta

No que diz respeito à ansiedade, e considerando o ponto de corte de 11 como indicador de perturbação significativa, podemos verificar que 53,2% das mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama apresentam níveis clinicamente significativos de ansiedade. Já no grupo de sobreviventes, apenas 19,3% das mulheres pontuam acima do ponto de corte, exibindo, na sua maioria, níveis normativos de ansiedade. Por último, no grupo de mulheres saudáveis, 30,9% pontuam nas categorias moderada e grave.

Relativamente à depressão, constatámos que apenas uma minoria das mulheres que receberam o diagnóstico recentemente (15,7%), evidencia níveis clinicamente significativos de depressão, tendo em conta o ponto de corte referido. Observando o grupo de sobreviventes, esta percentagem corresponde apenas a 1,9%, sendo que 78,8% das mulheres deste grupo se encaixa na categoria de depressão *normal*. No grupo de controlo, a percentagem de depressão significativa é também reduzida (7,3%).

De seguida, procurámos analisar as diferenças entre as pontuações médias de ansiedade e depressão nos três grupos em estudo, de forma a verificar se estes diferem estatisticamente entre si nestas variáveis. Para tal, foi efectuada uma análise da variância multivariada (MANOVA), que revelou que o tipo de grupo tem um efeito estatisticamente significativo sobre as variáveis dependentes ansiedade e depressão (raiz de Roy=0,10; $F(2,136)=7,10$; $p=0,001$; Potência=0,92). Observada a significância multivariada do factor tipo de grupo, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguidas do teste post-hoc HSD de Tukey.

Quadro 3 - Comparação de médias de ansiedade e depressão nos três grupos em estudo

	Tipo de Grupo			F	p	Post-hoc*
	Controlo (1)	Pós-diagnóstico (2)	Sobrevivente(3)			
Ansiedade	8,80 (3,70)	10,13 (5,53)	6,69 (4,29)	6,59	0,002	3<1,2
Depressão	5,60 (3,34)	5,58 (4,68)	4,40 (3,24)	1,84	0,16	---

Anova Univariada *Post-hoc test Tukey HSD

Como se pode verificar no quadro acima apresentado, os diferentes grupos diferem estatisticamente entre si na variável ansiedade ($F(2,136)=6,59$; $p<0,05$). Para averiguar quais os pares de médias estatisticamente significativos, foi realizado o teste post-hoc HSD de Tukey, que revelou existirem diferenças entre o grupo de sobreviventes e o grupo de controlo e entre o grupo de sobreviventes e o grupo pós-diagnóstico. Efectivamente, as mulheres sobreviventes de cancro da mama são as que se apresentam menos ansiosas, distinguindo-se estatisticamente dos restantes dois grupos estudados.

Qualidade de Vida

Com o objectivo de conhecer a QdV das mulheres sobreviventes de cancro da mama e das que foram recentemente diagnosticadas com esta doença, procedemos à análise comparativa das pontuações médias dos três grupos nos vários domínios da QdV e Faceta Geral, medidos pelo WHOQOL-bref.

Deste modo, efectuou-se uma análise da variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor tipo de grupo tem um efeito estatisticamente significativo sobre a faceta geral da QdV e os seus diferentes domínios. Tendo a MANOVA revelado uma significância multivariada do factor tipo de grupo sobre as variáveis dependentes (Traço de Pillai=0,18; $F(10,276)=2,84$; $p=0,002$; Potência=0,97), procedeu-se à ANOVA univariada para cada um dos domínios e faceta geral da QdV, seguidas do teste post-hoc HSD de Tukey.

Quadro 4 - Comparação das médias de QdV nos três grupos em estudo

Domínios QdV	Tipo de Grupo			F	p	Post-hoc*
	Controlo (1)	Pós-diagnóstico (2)	Sobrevivente(3)			
Físico	71,94 (14,37)	63,39 (15,60)	65,73 (18,23)	3,45	0,03	1>2
Psicológico	69,64 (14,22)	67,45 (17,53)	73,90 (14,21)	2,15	0,12	---
Relações Sociais	72,72 (16,39)	76,04 (17,92)	72,66 (14,75)	0,53	0,58	---
Ambiente	62,34 (12,34)	63,47 (14,20)	64,20 (15,08)	0,25	0,77	---
Faceta Geral QdV	64,96 (15,34)	56,64 (16,49)	65,13 (16,83)	3,34	0,03	2<3

Anova Univariada *Post-hoc test Tukey HSD

As análises univariadas revelaram que os grupos diferem estatisticamente entre si na Faceta geral da QdV ($F(2,141)=3,34$; $p<0,05$). O teste *post-hoc* HSD de Tukey permitiu verificar que as mulheres sobreviventes de cancro da mama apresentam uma melhor QdV geral do que as mulheres recentemente diagnosticadas com esta doença.

A ANOVA no domínio Físico revelou também a existência de diferenças entre os três grupos ($F(2,141)=3,45$; $p<0,05$). Após a comparação múltipla de médias pudemos constatar que os grupos de controlo e pós-diagnóstico diferem estatisticamente entre si, sendo as mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama as que apresentam uma pior QdV neste domínio.

DISCUSSÃO

O cancro da mama é uma doença com importantes repercussões na QdV e no ajustamento psicossocial da mulher. A avaliação destes aspectos nas diferentes fases do curso da doença possibilita uma compreensão mais alargada da forma como a mulher vivencia este acontecimento de vida e os diversos factores que lhe estão associados. O presente estudo oferece alguns resultados que pretendem contribuir para a reflexão sobre o impacto que esta doença tem, tanto no ajustamento psicossocial como na QdV da mulher com cancro da mama, em duas fases distintas da doença.

O ajustamento psicossocial e QdV na fase inicial do cancro da mama

A fase de diagnóstico de cancro da mama parece constituir um período de crise, durante o qual a doente sente a sua vida, o seu futuro e o seu corpo ameaçados, podendo, conseqüentemente, experienciar níveis mais elevados de depressão e/ou ansiedade. A manifestação de reacções emocionais, normativas e características de perda, como tristeza, raiva, culpa ou desespero, é frequente e esperada neste período. Contudo, e tal como os nossos resultados exemplificam, nem todas as doentes experienciam níveis de ansiedade e/ou depressão clinicamente significativos. Efectivamente, a investigação tem indicado uma prevalência de cerca de 20% a 30% de

sintomatologia ansiosa e/ou depressiva significativa em doentes com cancro da mama na fase inicial da doença (Maguire et al., 1998; Nezu & Nezu, 2007; Piner et al., 1993).

Os resultados encontrados neste tudo, relativamente à prevalência de ansiedade (cerca de 50%), são superiores aos encontrados na grande maioria dos estudos. O facto das doentes que constituem este grupo serem avaliadas durante o internamento hospitalar, nos dias que antecedem a realização da cirurgia, pode constituir também um factor crítico na determinação de níveis mais elevados de ansiedade. Com efeito, a expectativa e os medos associados à cirurgia e aos seus resultados são, muitas vezes, poderosos indutores de ansiedade antecipatória (Veach et al., 2002). Já no que concerne à presença de depressão, e ao contrário do que outros estudos têm encontrado (Massie & Popkin, 1998; Nezu & Nezu, 2007; Trask & Pearman, 2007), apenas 15,7% das mulheres deste grupo clínico obtiveram resultados acima do ponto de corte (11) para uma perturbação depressiva significativa. Paralelamente, ao analisar as pontuações médias dos diferentes grupos, verificámos que estas mulheres não se encontram significativamente mais deprimidas que as restantes.

No que se refere à QdV das mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, pudemos constatar que este grupo apresenta uma menor QdV geral comparativamente às mulheres sobreviventes de cancro da mama e uma menor QdV no domínio físico relativamente às mulheres da população geral, sem história pessoal de doença oncológica. Estes resultados vão, em parte, ao encontro do que é referido por outros autores, nomeadamente Knobf (2007), que conceptualiza a fase de diagnóstico da doença como um período de transição, caracterizado por níveis mais elevados de *stress* e por uma detrioração da QdV.

Assim, para além de uma detrioração significativa da QdV geral, este estudo evidencia também que a QdV no domínio Físico deste grupo de mulheres se encontra substancialmente diminuída. De facto, e sendo este domínio constituído por facetas como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho, facilmente podemos compreender os resultados encontrados a este nível. Como referimos anteriormente, o internamento hospitalar e a antecipação da cirurgia, para além de implicarem, habitualmente, níveis mais elevados de ansiedade, podem também comprometer, por exemplo, os níveis de energia e a percepção de vitalidade que a doente sente, as suas actividades quotidianas, a possibilidade de trabalhar ou o seu sono e repouso o que, de uma forma geral, pode conduzir a pontuações inferiores neste domínio.

Deste modo, parece-nos fundamental efectuar, nesta fase, uma avaliação cuidada do ajustamento psicossocial e da QdV da doente, de forma a distinguir aquelas que apresentam respostas normativas das que evidenciam níveis clinicamente significativos de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e uma pior QdV. A detecção e intervenção precoces poderão conduzir a melhorias substanciais na saúde mental da mulher, no seu ajustamento e, de uma forma global, na sua QdV.

A Sobrevivência: Que implicações?

As sobreviventes de cancro da mama que fazem parte deste estudo apresentam, na sua maioria, níveis normativos de ansiedade e depressão. Efectivamente, apenas 19,3% e 1,9% reportaram, níveis considerados clinicamente significativos de ansiedade e depressão, respectivamente. Quando comparadas com o grupo de controlo e com o grupo de mulheres recentemente diagnosticadas, as sobreviventes apresentam-se substancialmente menos ansiosas. Estes resultados vão, parcialmente, no mesmo sentido dos que têm sido encontrados em outros estudos (Kornblith, 1998; Kornblith & Ligibel, 2003; Massie, 2004 cit in. Trask & Pearman, 2007) e que indicam que, apesar da grande maioria das sobreviventes conseguir adaptar-se bem, existe uma minoria que manifesta sintomatologia depressiva e ansiosa grave, sendo o seu ajustamento psicossocial mais pobre. Efectivamente, as sobreviventes da amostra em estudo apresentam-se, de uma forma geral, bem adaptadas, não manifestando níveis preocupantes de depressão, ainda que uma minoria revele níveis significativos de ansiedade.

Quanto à avaliação da QdV, as sobreviventes apresentam uma boa QdV geral, sendo esta superior à do grupo de mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama. De uma forma geral, a sua QdV, geral e nos restantes domínios, é muito semelhante à do grupo de controlo. Efectivamente, a investigação tem apresentado resultados similares, indicando uma boa QdV geral das sobreviventes, comparável (Dorval et al., 1998; Kornblith et al., 2007; Tomich & Helgeson, 2002) e por vezes superior à da população geral (Ganz et al., 1998; Peukmann, 2007).

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que, apesar do processo de recuperação que se segue ao diagnóstico e tratamento desta doença poder ser demorado e emocionalmente desafiante, a maioria das sobreviventes consegue adaptar-se relativamente bem ao longo do tempo, reportando uma boa QdV em muitos domínios do seu funcionamento (Knobf, 2007; Lemieux, Bordeleau & Goodwin, 2007). No entanto, e porque algumas mulheres requerem cuidados especiais, mostrando um funcionamento psicossocial pobre e uma QdV inferior, julgamos fundamental que os diferentes profissionais de saúde estejam atentos às possíveis sequelas psicossociais do cancro da mama, de modo a identificarem, nos cuidados de *follow-up*, efeitos tardios que necessitem de especial atenção (Holzner et al., 2001). Devem, pois, ser oferecidos às pacientes cuidados adequados, não só durante o seu internamento hospitalar e realização dos tratamentos, mas também depois destes terminarem e no período de sobrevivência (Dow et al, 1996).

Algumas limitações inerentes a este estudo e que justificam alguns cuidados na interpretação dos resultados devem ser referidas. Em primeiro lugar, os três grupos que constituem a amostra total não possuem o mesmo tamanho e englobam um número reduzido de indivíduos. Em segundo lugar, é necessário realçar algumas limitações resultantes do método de amostragem utilizado: a amostragem por conveniência (Hill & Hill, 2005). Assim, o procedimento de recolha de amostra do grupo de sobreviventes pertencentes a uma associação de voluntariado (preenchi-

mento pela própria, sem a presença do investigador) poderá ter determinado alguma informação em falta, em particular nos dados sócio-demográficos e clínicos. As restantes sobreviventes da amostra foram recrutadas durante o período de internamento para cirurgia reconstrutiva sendo, por isso, um grupo apenas constituído por mulheres que optaram pela realização de reconstrução mamária, inviabilizando a generalização dos resultados para outras mulheres que escolheram a não realização desta cirurgia. Paralelamente, o grupo de sobreviventes é maioritariamente constituído por mulheres submetidas a mastectomia, o que impossibilita também a generalização dos resultados a mulheres que efectuaram cirurgia conservadora. Por outro lado, o facto de parte das sobreviventes da amostra pertencerem a um grupo de voluntariado pode influenciar positivamente o seu ajustamento psicossocial e a sua QdV, não reflectindo a realidade da população global de sobreviventes. Com efeito, estas mulheres, para além de prestarem apoio a outras mulheres com cancro da mama, podem elas próprias partilhar a sua experiência e receber apoio de outras sobreviventes, facilitando, assim, o processamento cognitivo e emocional da experiência de cancro, podendo melhorar, conseqüentemente, o seu ajustamento e QdV (Lewis et al., 2001; Silva, Moreira, Paredes & Canavarro, no prelo). Do mesmo modo, o grupo de sobreviventes a realizar cirurgia reconstrutiva constitui um grupo muito particular, podendo também este enviesar os resultados num sentido positivo.

Assim, em futuros estudos, parece-nos fundamental procurar ultrapassar estas limitações, aumentando o tamanho dos diferentes grupos que constituem a amostra e incluindo mulheres sobreviventes que optaram pela não realização de cirurgia reconstrutiva, mulheres que efectuaram cirurgia conservadora, e ainda mulheres que tenham já terminado o processo de reconstrução da mama. Do mesmo modo, consideramos importante a realização futura de estudos longitudinais, que permitam estudar o ajustamento psicossocial e a QdV da mulher ao longo do curso da doença, desde a fase de diagnóstico até à sobrevivência. A investigação de possíveis factores preditores da QdV e do ajustamento psicossocial nas diferentes fases da doença, tais como a imagem corporal, as estratégias de coping ou a intimidade conjugal, parece-nos igualmente importante para a compreensão do processo de doença e para a implementação de estratégias preventivas de uma má adaptação e QdV. Futuramente, consideramos ainda importante aumentar o número de estudos que se debruçam sobre os familiares e outros significativos da mulher com cancro da mama, de modo a compreender, por um lado, o impacto que esta doença tem na sua adaptação e QdV e, por outro, a forma como estes influenciam a própria adaptação e QdV da doente.

AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer às voluntárias das extensões do Movimento Vencer e Viver do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro, pela importante colaboração no estudo apresentado.

REFERÊNCIAS

- Ahles, T. A., Saykin, A. J., Furstenberg, C. T., Cole, B., Mott, L. A., Titus-Ernstoff, L., et al. (2005). Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy or local therapy. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(19), 4399-4405.
- American Cancer Society. (2008). *Cancer Facts & Figures 2008*. Atlanta: American Cancer Society.
- Ashing-Giwa, K., Ganz, P. A., & Petersen, L. (1999). Quality of life of African-American and white long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, *85*(2), 418-426.
- Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newman, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A., et al. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, *13*, 595-604.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion: A Practical Guide to Psycho-Oncology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Bloom, J. R., Kang, S. H., Petersen, D. M., & Stewart, S. L. (2007). Quality of Life in Long-Term Cancer Survivors. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship*. Bethesda: Springer.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *16*(8), 691-706.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *13*(3), 147-160.
- Breitbart, W., & Holland, J. C. (1993). Symptom Control and Quality of Life. In W. Breitbart & J. C. Holland (Eds.), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort study. *BMJ*, 702-705.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, *27*(1), 15-23.
- Carver, C. S. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, *104*(11 Supplement), 2602-2607.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancer: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes. *Psycho-Oncology*, *15*(9), 749-758.
- Cimprich, B., Ronis, D. L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*, *10*(2), 85-93.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, *16*(2), 487-494.

Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39(3), 261-273.

Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: Impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92(3), 217-222.

Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D. M. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Lyon: IARC Cancer Base N° 5, version 2.0, IARC Press.

Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.

Fleck, M. (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 5-13.

Fobair, P. (2007). Oncology Social Work for Survivorship. In P. A. Ganz (Ed.), *Cancer Survivorship: Today and Tomorrow* (pp. 14-27). New York: Springer.

Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(2), 183-199.

Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.

Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193.

Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.

Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.

Helgeson, V. S., & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317.

Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J. (Eds.). (2004). *Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press.

Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dunser, M., et al. (2001). Quality of Life in Breast Cancer Patients - Not Enough Attention for Long-Term Survivors. *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.

Hopwood, P., Howell, A., & Maguire, P. (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence in patients by two self-rating questionnaires. *British Journal of Cancer*, 28A, 1869-1872.

Joly, F., Espie, M., Marty, M., Heron, J. F., & Henry-Amar, M. (2000). Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *British Journal of Cancer*, 83(5), 577-582.

Kendall, A. R., Mahue-Giangreco, M., Carpenter, C. L., Ganz, P. A., & Bernstein, L. (2005). Influence of exercise activity on quality of life in long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 14(2), 361-371.

Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.

Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.

Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., et al. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4), 679-689.

Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars Oncology*, 30(6), 799-813.

Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 895-903.

Lemieux, J., Bordeleau, L., & Goodwin, P. (2007). Medical, Psychosocial and Health-Related Quality of Life Issues in Breast Cancer Survivors. In P. A. Ganz (Ed.), *Cancer Survivorship: Today and Tomorrow* (pp. 122-144). New York: Springer.

Lewis, J. A., Manne, S. L., DuHamel, K. N., Vickburg, S. M., Bovbjerg, D. H., Currie, V., et al. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behaviour Medicine*, 24(3), 231-245.

Maguire, G., Lee, E. G., & Bevington, D. J. (1998). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Journal of Medicine*, 63, 515-519.

Massie, M., & Popkin, M. (1998). Depressive Disorders. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 518-540). New York: Oxford University Press.

Massie, M., & Shakin, E. (1993). Management of Depression and Anxiety in Cancer Patients. In W. Breitbart & J. C. Holland (Eds.), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press.

Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & Van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17), 2613-2619.

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273.

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273.

National Cancer Institute. (s.d.). Dictionary of Cancer Terms: survivor. Retrieved 08 April, 2008, from http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?expand=S

National Coalition for Cancer Survivorship. (s.d.). NCCS Glossary: cancer survivor. Retrieved 08 Abril, 2008, from <http://www.canceradvocacy.org/resources/glossary.html#S>

Nezu, A., & Nezu, C. (2007). Psychological Distress, Depression, and Anxiety. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 323-337). Bethesda: Springer.

Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine* 12(2), 225-237.

Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M. J., et al. (no prelo). Doença Oncológica e Qualidade de Vida: O impacto da patologia tumoral do aparelho locomotor In M. C. Canavarro (Ed.), *Qualidade de Vida e Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., et al. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(1), 39-46.

Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.

Piner, K., Ramirez, A., & Black, E. (1993). Psychiatric disorders in patients with advanced breast cancer: Prevalence and associated factors. *European Journal of Cancer*, 29A, 524-527.

Rowland, J. H., & Massie, M. J. (1998). Breast Cancer. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 380-401). New York: Oxford University Press.

Sandgren, A. K., Mullens, A. B., Shannon, C. E., Kathleen, M. R., & McCaul, K. D. (2004). Confident and breast cancer patient reports of quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 155-160.

Silva, S., Moreira, H., Paredes, T., & Canavarro, M. C. (no prelo). Qualidade de vida em mulheres sobreviventes de cancro da mama. In M. C. Canavarro (Ed.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma perspectiva da OMS*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stanton, A., & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.

Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2007). Interpersonal Relationships. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 191-210). Bethesda: Springer.

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.

Trask, P., & Pearman, T. (2007). Depression. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 173-189). Bethesda: Springer.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(2), 41-49.

Veach, T., Nicholas, D., & Barton, M. (2002). *Cancer and the Family Life Cycle: A Practitioner's Guide*. New York: Brunner-Routledge.

WHOQOL-Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

WHOQOL-Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.

Zebrack, B., Yi, J., Peterson, L., & Ganz, P. (2007). The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. *Psycho-Oncology*.

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.