



Instituto Universitário da Maia

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

A EXPERIÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DO CANCRO DA MAMA DA MULHER NO SEU
CÔNJUGE: IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO CONJUGAL, MORBILIDADE PSICOLÓGICA E
VULNERABILIDADE AO *STRESS*.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto
Universitário da Maia para a obtenção do grau de mestre
em **PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

JOANA CLÁUDIA DA SILVA DUARTE

NÚMERO DE ALUNA: 27153

Sob a orientação da Professora Doutora
MARIA JOÃO CUNHA

15 DE SETEMBRO DE 2014

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido foi longo, as vicissitudes foram surgindo mas, mesmo assim, encontro-me na reta final do meu percurso académico. Quero agradecer de forma ternurenta toda a ajuda recebida no decorrer do meu percurso, principalmente às pessoas que me ajudaram e apoiaram na finalização deste trabalho.

À Professora Doutora Maria João Cunha por toda a paciência, dedicação, compreensão, apoio, disponibilidade, confiança e exigência. É para mim uma honra ter realizado esta investigação sob a sua orientação.

À Dr.^a Aline Vasconcelos, responsável pelo Centro Clínico Académico do Hospital de Braga, ao Dr. Rui Nabiço, responsável de serviço de oncologia médica do mesmo hospital e à enfermeira chefe do mesmo departamento do Hospital de Braga, enfermeira Paula Rolim, por disporem do seu tempo para me autorizar a recolha da amostra e ajudar no processo. Direciono o meu agradecimento também para todas as enfermeiras do hospital de dia e da ala de internamento em oncologia do Hospital de Braga por todo o seu companheirismo, ajuda e transmissão de conhecimento.

À Dr.^a Conceição Clavel, responsável pelo projeto *um dia pela vida*, ligado à Liga Portuguesa Contra o Cancro, por toda a sua disponibilidade em ajudar na recolha da amostra e por me pôr em contacto com o movimento *vencer e viver*.

À freguesia de Cabanelas, Vila Verde por me receber tão carinhosamente, aos bombeiros voluntários de Guimarães pelo seu apoio, ao Presidente da Junta de Freguesia de Mesão-Frio, Guimarães pela sua participação e contributo e, ainda, ao grupo de voluntariado *cesta básica*, Póvoa de Lanhoso.

À minha família por me ter proporcionado toda a ajuda e meios necessários para finalizar esta etapa e por nunca terem faltado em todos os momentos importantes da minha vida. Em especial à minha mãe por sempre ter acreditado em mim, por sempre ter uma palavra de carinho e motivação nos momentos mais difíceis e por ser a minha referência. Ao meu pai por me ter ensinado a nunca desistir. Às minhas avós por serem duas grandes mulheres e terem vencido o cancro da mama. Aos meus avôs que além de serem dois grandes homens, deram o seu melhor para as apoiar naquele período tão

penoso. Às minhas tias por serem as melhores tias, estarem sempre presentes e me ajudarem em tudo. Ao meu padrinho que não permite que a distância o impeça de me apoiar.

À Sofia por ser a melhor prima que se pode ter, por toda a ajuda e apoio. Por mostrar que “irmã não tem que ser de sangue”.

À Sofia por ser a amiga extraordinária que é e nunca o ter deixado de ser, por me apoiar, ajudar e acompanhar nesta grande caminhada que é a vida.

Ao Tiago por toda a paciência, por me apoiar, ajudar, motivar e acreditar que seria capaz.

À Cláudia pelo seu enorme apoio na realização deste trabalho.

À Andreia e à Sílvia por todos os momentos, pelas horas de conversa e por todo o apoio quando tudo parecia impossível.

A todos os colegas que fiz durante o meu percurso académico que partilharam comigo preocupações, ansiedade, noites em branco, companhia, apoio e motivação para continuar a caminhada.

A todos vocês o meu sincero agradecimento, OBRIGADA!

Resumo

O cancro da mama, continua a ser uma das causas mais elevadas de mortalidade em Portugal. Mulheres com cancro da mama têm frequentemente nos cônjuges os seus principais cuidadores informais. No entanto, devido à falta de preparação para lidar com a doença, por vezes, estes ficam sem saber como agir ficando expostos a uma maior sobrecarga (física, psicológica, emocional e social). Tal facto aumenta a probabilidade de emergir problemas de saúde. Este trabalho procura caracterizar e perceber a experiência vivida pelos companheiros de mulheres com cancro da mama, desde o momento do diagnóstico. Como resposta ao objetivo geral e aos objetivos específicos do estudo, aplicou-se o Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23QVS), o Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD). Os resultados demonstraram relações positivas estatisticamente significativas entre o estágio da doença oncológica, a sintomatologia psicopatológica e a vulnerabilidade ao *stress* com as dimensões de sofrimento. Igualmente relações positivas estatisticamente significativas entre o BSI, o 23QVS e o IESSD com a forma como é percebida a relação conjugal. Verificaram-se relações negativas estatisticamente significativas entre a vulnerabilidade ao *stress* e o diagnóstico de cancro da mama, ou seja, quanto menos tempo passou desde o diagnóstico maior é a vulnerabilidade do cônjuge. Relação igualmente negativa entre o número de meses passados entre o diagnóstico, o estágio da doença, o tempo de relação conjugal, a idade dos participantes com a relação conjugal; constatando-se que com o passar do tempo existe vontade de o cônjuge se aproximar e de voltar a ter a relação conjugal positiva anterior, do mesmo modo que quanto mais avançado o estágio da doença mais a relação conjugal tende a ser positiva. Entre outros aspetos, a idade dos cônjuges mostrou-se, também, determinante na caracterização da relação conjugal, no sentido em que quanto mais idade tiver o cônjuge menos vontade tem de se afastar aquando o conhecimento do diagnóstico. Por último, observou-se uma relação negativa estatisticamente significativa entre a idade dos participantes com o BSI, 23QVS e o IESSD.

Palavras-chave: cancro da mama; tratamentos; família; relação conjugal; sexualidade; depressão; vulnerabilidade ao *stress*.

Abstract

Despite the evolution of modern medicine, breast cancer continues to be one of the main causes of the high number of deaths in Portugal. Women with breast cancer usually have in their partners, their main informal caretakers. However due to the lack of preparation to deal with the condition, partners are usually not aware of which steps should be taken, what originates an increased physical, psychological, emotional and social burden. This, increases the possibility of health problems. This document seeks a understanding of the experience lived by women with breast cancer partners, since the condition is diagnosed. To comply with the main goal and the specific goals of the study, it was applied the Stress Vulnerability Questionnaire (23QVS), Brief Symptom Inventory (BSI) and the Inventory of Subjective Experience of Pain in the Illness (IESSD). Results demonstrate significant statistically positive relationships between the state of the oncologic disease, psychological symptomatology and stress vulnerability with the dimension of suffering. Equal statistically positive relationships between the BSI, 23QVS and IESSD with the form of how the marital relations is perceived. On the other hand were found significant negative relationships between vulnerability to stress and the breast cancer diagnostic, Smaller the number of time spent since the diagnostic, bigger is the vulnerability of the partner. Equally negative between the number of spent months between the diagnostic, the stage of the condition, years of the marital relationship, age of the participants and the marital relationship. In conclusion as time went on, there is will of the partner to approach and return to the previously positive marital relationship. At the same time, bigger is the state of the disease in addition, the age of the partners was established also as determinant in the characterization of the marital relation. At the moment of the diagnostic, bigger the age of the partner, smaller is the will to back away. Lastly, it was observed a statically negative relationship between the age of the participants with the BSI, 23QVS e o IESSD.

Keywords: breast cancer; treatments; family; marital relationship; sexuality; depression; stress vulnerability

Índice

Resumo	
Abstract	
Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo I – O Cancro da Mama	
1. Biologia do Cancro.....	3
1.1. Tipos de Cancro.....	3
1.2. Incidência do Cancro em Portugal.....	4
1.3. Mama	5
1.3.1. Tipos de cancro da mama.....	5
1.3.2. Classificação.....	6
1.3.3. Tratamentos.....	7
1.3.3.1. <i>Cirurgia</i>	8
1.3.3.2. <i>Radioterapia</i>	8
1.3.3.3. <i>Quimioterapia</i>	9
1.3.3.4. <i>Hormonoterapia</i>	9
1.3.3.5. <i>Imunoterapia</i>	10
1.4. Representações da Doença Oncológica.....	10
1.4.1. Impacto do Diagnóstico.....	11
1.4.2. Efeitos Psicológicos do Tratamento.....	11
Capítulo II – Impacto da Doença Oncológica na Relação Conjugal	
2. A Família.....	12
2.1. Conceito de Família.....	12
2.1.1. Impacto da doença oncológica na família.....	13
2.1.2. Relação conjugal.....	15
2.1.2.1. <i>Sexualidade</i>	15
2.2. Reações Psicológicas do Cônjuge à Doença Oncológica.....	16
2.2.1. Depressão.....	17
2.2.2. Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	18
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
Capítulo III – Problema de investigação, objetivos e hipóteses	
3. Problema de investigação.....	18

3.1. Objetivos Gerais e Específicos da Investigação.....	20
3.2. Hipóteses.....	20
Capítulo IV: Metodologia	
4. Delineamento da Investigação.....	25
4.1. Critérios de Amostragem e Recolha da Amostra.....	26
4.2. Instrumentos para a Recolha de Dados.....	26
4.2.1. Seleção e descrição dos instrumentos.....	27
4.2.1.1. <i>Questionário sociodemográfico e clínico de caraterização da amostra.</i>	26
4.2.1.2. <i>Questionário de vulnerabilidade ao stress (23 QVS).</i>	27
4.2.1.3. <i>Inventário de sintomatologia psicopatológica (BSI).</i>	28
4.2.1.4. <i>Inventário de experiências subjetivas de sofrimento na doença (IESSD).</i>	28
Capítulo V – Resultados	
5. Apresentação dos Resultados.....	29
5.1. Primeiro Estudo: Análise Descritiva.....	29
5.2. Segundo Estudo: Correlacional.....	33
6. Discussão dos Resultados.....	43
Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos	

Índice de tabelas

Tabela 1	31
Caraterização da história médica	
Tabela 2	33
Caraterização da relação conjugal	
Tabela 3	34
Correlação do BSI IGS – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas), 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> e IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença	
Tabela 4	34
Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, tempo de diagnóstico e estágio da doença	
Tabela 5	35
Correlação do 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> , tempo de diagnóstico e estágio da doença	
Tabela 6	35
Correlação BSI IGS – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica – Índice Geral de Sintomas, tempo de diagnóstico e estágio da doença	
Tabela 7	36
Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, BSI – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas), 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> , tempo de relação conjugal	
Tabela 8	36
Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> , BSI – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas)	
Tabela 9	37
Correlação do BSI IGS – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas) e relação conjugal	
Tabela 10	38
Correlação do 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> e relação conjugal	
Tabela 11	39

Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença e relação conjugal

Tabela 12.....41

Correlação da relação conjugal e dos meses de diagnóstico de cancro da mama

Tabela 13.....42

Correlação do estágio da doença e relação conjugal

Tabela 14.....42

Correlação entre o tempo de relação e relação conjugal

Tabela 15.....43

Correlação da idade dos participantes e relação conjugal

Introdução

O cancro é uma doença mundialmente conhecida e temida. Em Portugal, o cancro da mama, em particular, mata anualmente cerca de 1500 mulheres (“José de Mello Saúde”, 2012). Quando a mulher é acometida pela doença, no caso de ter companheiro, normalmente fica a seu cargo. O cônjuge passa a ser responsável por gerir os tratamentos recomendados pela equipa médica, por dar feedback aos profissionais de saúde acerca do estado da doença e, ainda, harmonizar o suporte social e emocional (Nijboer, Tempelaar, Triemstra, Bos & Sanderman, 2001). Os cônjuges passam, nesta fase, a assumir funções e papéis que até então eram assumidos pelas companheiras, representando tal facto uma sobrecarga. Tudo isto, e sendo concomitante a necessidade de apoiar a mulher na experiência da doença e dos tratamentos, faz com que o cônjuge evite preocupá-la com outros fatores, esforçando-se por não demonstrar a sua exaustão e o seu estado de ânimo. Por ser uma tarefa, do ponto de vista emocional, extremamente exigente, a médio/longo prazo pode resultar num desequilíbrio emocional e /ou perda da sua própria saúde (Northouse & Peters-Golden, 1993; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006). A problemática reside, portanto, no facto da maioria dos cônjuges nunca ter recebido qualquer formação para desempenhar função de cuidador informal e, por isso, não haver a garantia da qualidade dos serviços prestados – surgindo como consequência direta o nível inferior de bem-estar do doente e, também, do próprio estado de saúde do cuidador (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998). De acordo com diferentes estudos (Baider & De-Nour, 1984; Omne-Pontén, Holmberg, Bergstrom, Sjodén & Burns, 1993), os cônjuges das mulheres com cancro da mama experienciam níveis significativos de *stress*, perturbações psicossociais, perturbações físicas, comportamentais e emocionais. Assim, tornou-se pertinente perspetivar o cancro da mama no contexto de relação conjugal (Jun, Kim, Chang, Oh, Kang & Kang, 2011; Manne & Badr, 2008), mostrando-se frequentemente consensual a importância da relação conjugal na adaptação da mulher ao cancro da mama e aos respetivos tratamentos (Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel & Spiegel, 2000).

Atendendo ao exposto, considerou-se como foco geral da presente investigação estudar a forma como o cônjuge/companheiro da mulher com cancro da mama vivencia a experiência da doença. Assim, este estudo encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira parte está subdividida em dois capítulos e a segunda parte no capítulo III, IV e capítulo V. Na primeira parte primeira parte faz-se o enquadramento teórico da

problemática em estudo – o cancro da mama (capítulo I), abordando-se as representações feitas sobre a doença, os efeitos psicológicos do tratamento e, ainda, sobre os modos como um cancro da mama se podem refletir na relação conjugal, procurando-se focalizar a temática na experiência do cônjuge perante a doença oncológica da mulher (capítulo II). A segunda parte da investigação, por sua vez, prende-se com a conceptualização do estudo empírico, na qual se apresentam o problema de investigação, os objetivos gerais, específicos e as hipóteses (capítulo III), a metodologia utilizada, particularmente com o delineamento da investigação, os critérios de amostragem e recolha da amostra, a seleção e descrição dos instrumentos aplicados (capítulo IV) e, também, a apresentação dos resultados (capítulo V). Por último, é feita a discussão dos resultados, apresentadas as limitações do estudo e a conclusão/reflexão final.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – O Cancro da Mama

1. Biologia do Cancro

As células do ser humano crescem e dividem-se entre si para dar lugar a células novas. O seu desenvolvimento dá-se de forma normal, sendo que envelhecem, morrem e são substituídas por células novas. É este processo de desenvolvimento celular que permite que a integridade dos órgãos se mantenha. A divisão normal das células dá-se através da “célula mãe”, originando as “células filhas” que irão partilhar características semelhantes – o processo de divisão das células é conseguido através de mecanismos de controlo (Caponero, 2008; Colditz, 2005; Ogden, 2004; Parkin, Boyd & Walker, 2011). Quando os mecanismos de controlo não estão a funcionar adequadamente originam uma divisão descontrolada das células, emergindo, deste modo, uma multiplicação rápida e aleatória originando, à posteriori, um tumor (Coronha, Camilo & Ravasco, 2011).

Os tumores podem ser benignos ou malignos (Bower & Waxman, 2006; Flach, 2002; Ogden, 2004). Os tumores benignos tendem a permanecer localizados e, salvo raras exceções, não apresentam ameaça à saúde. Por sua vez, os tumores malignos correspondem ao crescimento acelerado de células e, por consequência, à sua divisão também ela veloz. Estas células malignas possuem a capacidade de migrar do seu local de origem, destruindo os tecidos circundantes – este processo designa-se de metástase. Se a metástase não for impedida, os diferentes órgãos do corpo humano ficam danificados, podendo ser a morte o próximo passo (Bower & Waxman, 2006; Caponero, 2008; Flach, 2002; Ricks, 2005). Os tumores malignos subdividem-se em tumores invasivos ou não invasivos (também designados por cancro *in situ*). Os tumores invasivos espalham-se ao tecido circundante (metastizam), originando os conhecidos tumores secundários – através da proliferação das células surge um novo tumor nos tecidos circundantes. Os tumores *in situ* estão confinados ao local onde emergiu o tumor, não havendo metastização para além da camada onde se desenvolveram (Abreu & Koifman, 2002; Brandão, Dias & Torgal, 2012; Ogden, 2004; Oliveira & Silva, 2011; Pereira, 2000).

1.1. Tipos de Cancro

De acordo com diversos autores, a maioria dos diferentes tipos de cancro pode ser indicado como um dos quatro tipos seguintes: sarcomas, linfomas, leucemias e carcinomas. Os sarcomas entendem-se como tumores nos músculos, ossos e cartilagens. Por sua vez, os linfomas são tumores que se encontram no sistema linfático e as leucemias são tumores que surgem nos tecidos sanguíneos e na medula óssea. A leucemia origina uma proliferação das células sanguíneas brancas na corrente sanguínea e a na medula óssea, debilitando assim o sistema imunológico. Por último, os carcinomas são os tumores que atacam as células epiteliais que recobrem as superfícies, internas e externas do corpo. Os carcinomas são o tipo de cancro mais comum, englobando o cancro da próstata, do colo retal e do útero, do pulmão, do pâncreas, cancro da pele e cancro da mama (Bower & Waxman, 2006; Flach, 2002).

1.2. Incidência do Cancro em Portugal

A evolução da doença oncológica no mundo ocorreu, nos últimos anos, a um ritmo acelerado (Coronha, Camilo & Ravasco, 2011; Haber, Ahmed & Pekovic, 2012). Quando nos dirigimos para os estudos feitos em Portugal, verifica-se a existência de um vazio significativo sobre a doença oncológica (Pimenta, Martins & Meireles, 2011). No entanto, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2011 existiram 25.593 mortes em Portugal por doença oncológica. Atualmente, na vasta maioria dos casos, consegue-se detetar a doença numa fase precoce evitando um aumento da mortalidade pela doença, mas não é possível travar a sua morbilidade. Se, por um lado, o tempo de sobrevivência com a doença parece ter aumentado (Alves, Jardim & Freitas, 2012; Carneiro, Barbedo, Costa, Reis, Rocha & Gonçalves, 2011) (prevendo-se que em 2030 haja uma duplicação da população com idade superior a oitenta e cinco anos), a exposição aos fatores de risco da doença oncológica também aumentou (e.g. tabaco, álcool, sedentarismo, obesidade, entre outros) (Gomes, Simões, Seabra, Santos & Oliveira, 2010). Anualmente, em Portugal, são detetados quatro mil e quinhentos (4500) novos casos de cancro da mama e mil e quinhentas (1500) mulheres morrem com a doença; sendo o segundo tipo de cancro mais comum entre as mulheres e correspondendo à segunda causa de morte por cancro na mulher (“José de Mello Saúde”, 2012).

Atendendo ao exposto, constata-se que os elevados números de incidência e reduzidos números de mortalidade por doença oncológica traduzem numa maior sobrevivência, emergindo a necessidade de perceber o impacto do diagnóstico e dos

tratamentos do cancro da mama para uma intervenção mais adequada. Com uma intervenção ajustada poder-se-á recuperar a qualidade de vida da doente oncológica e do seu cônjuge, sendo este o ente significativo mais afetado, para além da mulher, com o diagnóstico da doença.

1.3. Mama

O cancro da mama, devido à sua elevada incidência junto do género feminino, requer um olhar mais atento sobre o tecido onde se desenvolve. A mama é constituída por um tecido mamário, gordura e, ainda, por nervos, veias, artérias e tecido conjuntivo que lhe permite permanecer no local adequado. Durante o desenvolvimento da mulher vão-se notando alterações. Produzem-se porções de tecido fibroso e glóbulos de gordura à volta dos lóbulos e dos ductos da mama. A mama encontra-se subdividida em vinte lóbulos e em ductos, sendo que os lóbulos produzem leite e os ductos transportam esse mesmo leite desde os lóbulos até à abertura do mamilo, durante a amamentação. A mama também contém vasos que transportam o sangue e a linfa – a linfa é o fluido que se encontra em torno das células, circulando pelo sistema linfático e estando presente em todo o corpo, previne e luta contra as doenças. Os vasos linfáticos transportam para os gânglios linfáticos pequenos órgãos que permitem detetar as células cancerosas. Existem diferentes conjuntos de gânglios linfáticos pelo organismo, nomeadamente na axila, perto da mama, sobre a clavícula e no peito. Deste modo, quer os tumores benignos, quer os tumores malignos podem emergir em qualquer um dos tecidos da mama (e.g. pele, ducto, gordura, músculo, nervo, glândula, tecido fibroso ou vasos sanguíneos (Bernardes, 2010; Ogden, 2004).

1.3.1. Tipos de cancro da mama

O carcinoma da mama pode ser carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. Cada um deles subdivide-se, ainda, em carcinoma ductal e lobular (Barros, 2008; Bower & Waxman, 2006; Brandão, Dias & Torgal, 2012; Coelho, 2006; Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010).

O carcinoma ductal *in situ* consiste na presença de células com um crescimento e divisão anómala nos ductos lactíferos da mama, tornando-se células cancerosas. Porém, neste momento, as células não romperam os canais e não se metastizaram dando uma maior probabilidade, sendo o carcinoma removido nesta fase, muito alta de cura e de não haver reincidências. Caso contrário, por outro lado, não ausência de resseção

cirúrgica, poderá evoluir para um cancro invasivo grave, crendo-se que haja uma progressão para carcinoma invasivo no período entre cinco a dez anos. Este tipo de cancro tem vindo a tornar-se cada vez mais frequente porque as mamografias o detetam numa fase precoce, representando, pelo menos, 10% de todos os carcinomas da mama (Brandão, Dias & Torgal, 2012; Coelho, 2006; Ogden, 2004). O carcinoma lobular *in situ*, pelo contrário, representa apenas menos de 3% de todos os carcinomas da mama. Este carcinoma consiste em células anormais no revestimento da glândula mamária. Também ao contrário do carcinoma ductal *in situ*, o carcinoma lobular *in situ* geralmente é considerado como um achado histológico, por não se detetar através de alteração mamográfica nem através de nódulo palpável. Embora não seja precursor de um carcinoma invasivo, é marcador de risco em ambas as mamas, devendo, por isso, ser seguido com cautela, com recomendação da biopsia da mama contralateral. Este tipo de carcinoma é mais frequente em mulheres pré-menopáusicas (Bower & Waxman, 2006; Coelho, 2006; Ogden, 2004).

O carcinoma ductal invasivo apresenta-se como o subtipo histológico com maior frequência de carcinoma da mama, representando cerca de 75% de todos os casos de carcinoma da mama. Tal como o carcinoma ductal *in situ*, este carcinoma emerge nos ductos lactíferos da mama mas, pelo contrário, desenvolveu a capacidade de se metastizar pelo corpo (Coelho, 2006; Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). O carcinoma lobular invasivo é um subtipo menos comum. Emerge nos lóbulos e é frequente ser diagnosticado nas duas mamas em simultâneo. Este carcinoma, por nem sempre apresentar um nódulo definido, torna-se mais complexo de detetar numa fase precoce sendo que, geralmente, quando é identificado apresenta um tamanho superior aos restantes carcinomas (Coelho, 2006; Ogden, 2004). O cancro inflamatório da mama é um tipo de cancro avançado raro. Este cancro emerge quando há um bloqueio, por parte das células cancerosas, nos canais linfáticos da mama, originando uma inflamação nestes canais. O cancro inflamatório da mama tem a particularidade de se desenvolver e metastizar muito rapidamente (Ogden, 2004). A doença de Paget da mama é um cancro invasivo raro que tem início nos ductos lactíferos do mamilo, caracterizando-se pela presença de uma lesão eczematóide (e.g. vermelhidão, corrimento, formação de crostas e comichão no mamilo) no mamilo ou na aréola. É raro encontrar-se nas duas mamas (Coelho, 2006; Ogden, 2004).

1.3.2. Classificação

A classificação e o estudo do carcinoma da mama são feitos por patologistas, que procuram com base nos meios disponíveis auxiliares de diagnóstico, caracterizar a doença, a dimensão do tumor e a sua localização concreta. Procuram ainda compreender se o tumor se espalhou na mama, se existe cancro nos gânglios linfáticos da axila e se existe a presença de metástases no organismo. O patologista descreve o tumor de duas formas: uma pelo grau – indica a aparência das células cancerosas ao microscópico, indica a velocidade a que o tumor irá crescer e a sua tendência para se espalhar pela mama e de se metastizar; e pelo estágio – forma de definir a progressão do tumor (Narod, Iqbal, Jakubowska, Huzarski, Sun, Cybulski, Gronwald, Byrski & Lubinski, 2013; Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). A necessidade da criação de uma linguagem homogênea que refletisse a extensão tumoral, o prognóstico da doença e a descrição dos resultados terapêuticos levou ao surgimento do sistema TNM (T para tumor primitivo; N para adenopatias regionais; M para metástases) (Farante, Zurrída, Viale, Sauer, Camarotti, Goldhirsch & Veronesi, 2010; Ogden, 2004; Oliveira, 2006; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010; Sobin, Gospodarowicz & Wittekind, 2009) (cf. quadro 1, anexo I).

A aglomeração dos diferentes caracteres do sistema TNM permite a definição de quatro estágios (Farante, Zurrída, Viale, Sauer, Camarotti, Goldhirsch & Veronesi, 2010; Ogden, 2004; Oliveira, 2006; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010; Sobin, Gospodarowicz & Wittekind, 2009) (cf. quadro 2, anexo II).

1.3.3. Tratamentos

Após realizada a classificação e o estudo do carcinoma, o médico elabora proposta de tratamentos mais adequados, sendo plausível que que justifique benefícios e custos inerentes a cada opção de modo a que a paciente possa vir a optar de forma consciente por aquele que vai seguir (Mohan & Ponnusankar, 2013; Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010).

Os tratamentos podem ser locais ou sistêmicos. Entendem-se por tratamentos locais a cirurgia e a radioterapia, usados para combater, destruir e controlar as células cancerosas de uma área específica. Os tratamentos sistêmicos, por sua vez, são utilizados para destruir e controlar todas as células cancerosas. São exemplos dos tratamentos sistêmicos a quimioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia (Ogden, 2004).

1.3.3.1. Cirurgia

A cirurgia é o tratamento mais antigo para o cancro, sendo este o tipo de tratamento que frequentemente oferece uma maior probabilidade de cura (Andersen & Simonelli, 2007; Flach, 2002). A cirurgia apresenta três principais papéis, nomeadamente diagnosticar e avaliar o estágio em que o tumor se encontra, curar o tumor e avaliar os sintomas do cancro (Bower & Waxman, 2006). Este tipo de tratamento remete-se essencialmente ao tumor com extensão apenas local ou locorregional (Oliveira, 2006; Tiezzi, 2007). Existem duas principais cirurgias a serem feitas neste tipo de cancro: a mastectomia parcial e a mastectomia radical (Moreira & Canavarro, 2012).

A mastectomia parcial subdivide-se em nodulectomia ou quadrantectomia. A nodulectomia consiste na remoção do nódulo canceroso e algum tecido circundante. Por vezes, alguns dos gânglios linfáticos da axila também são removidos. Este tipo de cirurgia, seguida de radioterapia, é frequentemente recomendada para tumores em fase inicial. A nodulectomia deixa a mama praticamente intata. Por sua vez, a quadrantectomia consiste na remoção de um quarto da mama (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004).

A mastectomia radical, por sua vez, subdivide-se em mastectomia radical simples e mastectomia radical modificada. A primeira consiste na completa remoção da mama e, se necessário, alguns gânglios linfáticos adjacentes. A mastectomia radical modificada é aplicada quando o tumor se encontra avançado e se espalhou nos músculos do peito, em que é removida toda a mama, parte do músculo da parede do peito e, por vezes, alguns ou todos os gânglios linfáticos na axila (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004; Talhaferro, Lemos & Oliveira, 2007).

1.3.3.2. Radioterapia

A radioterapia consiste na utilização de radiação, raios X de alta potência, para tratar o tumor e travar o crescimento de células cancerosas, afetando apenas o tumor e as áreas subjacentes (Flach, 2002) e não implicando alterações significativas na qualidade de vida do doente oncológico (Ogden, 2004). A radioterapia pode ser neoadjuvante ou adjuvante. A radioterapia neoadjuvante é geralmente realizada antes da cirurgia de modo a reduzir o tamanho ou extensão do tumor. A radioterapia adjuvante, por sua vez, é realizada após a cirurgia para destruir todas as células cancerígenas microscópicas que possam ter resistido. (Monsanto, Lança, Sá, Coelho & Carolino,

2013). Este tipo de tratamento apresenta-se útil junto de tumores regionais microscópicos, complementando a cirurgia (Flach, 2002). Quando assim é, o tratamento começa duas a quatro semanas após a cirurgia. Por norma é feito diariamente e tem a duração entre quatro a cinco dias, durante o período de seis semanas (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004).

1.3.3.3. Quimioterapia

A quimioterapia baseia-se no recurso a medicamentos/químicos para tratar o tumor. Ao contrário dos tratamentos supramencionados, a cirurgia e a radioterapia, a quimioterapia circula na corrente sanguínea e pode destruir as células cancerosas que se encontram espalhadas por todo o organismo (Bower & Waxman, 2006; Flach, 2002) podendo ainda ter efeitos em células não afetada pela doença. Por norma, a quimioterapia é feita por ciclos de vinte e um ou vinte e oito dias, de três em três semanas, durante períodos de tempo entre os três aos seis meses ou um ano. Quando se trata de um ciclo de vinte e um dias os fármacos são administrados uma vez a cada três semanas. No caso de ser um ciclo de vinte e oito dias, são dados no primeiro e no oitavo dia, não havendo tratamento por duas semanas. As sessões de quimioterapia variam entre dez minutos a quatro horas, dependendo da forma e da quantidade administrada – podendo ser ministrados por comprimido, gotas intravenosas, injeção ou combinação de ambas (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010).

A quimioterapia é o tipo de tratamento oncológico com efeitos secundários mais significativos (Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010), sendo os principais: náuseas, vômitos, alopecia, toxicidade renal, toxicidade pulmonar, lesão do esófago, má nutrição, entre outros (Ballatori & Roila, 2003). De acordo com os mesmos autores, estes efeitos secundários significativos levam, muitas vezes, a que as doentes se recusem a continuar os ciclos de quimioterapia, comprometendo, deste modo, a sua eficácia.

1.3.3.4. Hormonoterapia

A hormonoterapia é adequada para tumores cujo crescimento depende das hormonas (e.g. alguns tipos de cancro da mama). Se as células cancerosas, após análise, revelarem que, para o seu crescimento e desenvolvimento, dependem de hormonas femininas (e.g. estrogénio ou progesterona), significa que todas as células (não afetadas)

após a cirurgia e/ou radioterapia podem continuar a crescer. Este tipo de tratamento, pode ser administrado antes ou após a cirúrgica, no entanto é frequentemente aplicado após a remoção do tumor (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010).

1.3.3.5. *Imunoterapia*

A imunoterapia consiste na administração de fármacos para elevar a capacidade do sistema imunológico de combater as células cancerosas de forma seletiva (Flach, 2002). O tratamento usa de forma direta ou indireta o próprio sistema imunitário para combater o tumor e/ou minimizar os efeitos secundários advindos dos tratamentos do cancro da mama (Ogden, 2004).

1.4. Representações Associadas ao Cancro da Mama

O cancro da mama é uma doença associada a grande morbidade no género feminino (Alexandre, Cebola & Mendes, 2012; Ambrósio & Santos, 2011; Bastos, Barros & Lunet, 2007; Dias & Durá, 2001; Oliveira & Pimentel, 2008; Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimentel, Barroso, Dinis, Afonso & Bonfill, 2008; Peres & Santos, 2009; Zimmermann, Lima, Rabelo, Rabello, Martins, Peixoto & Nunes, 2012). É uma patologia entendida pela mulher como uma ameaça à perda de um órgão ou à própria vida, levando a grandes alterações na sua rotina (Caetano & Soares, 2005; Kadan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang & Prigerson, 2005; Ramos & Patrão, 2005; Silva, 2008). Acresce a esta visão associada à morte, a inaptidão e a transformação física comumente articulada ao cancro da mama (Almanza-Muñoz, 2001; Bastos, Barros & Lunet, 2007; Borges, Silva, Toniollo, Mazer, Valle & Santos, 2006; Carver & Antoni, 2004; Hoffmann, Muller & Rubin, 2006; Ramos & Patrão, 2005; Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012). Assim, as representações feitas da doença tornam o impacto e adaptação difíceis e, até mesmo, de cariz ameaçador (Blanco, Antequera & Aires, 2002; Ferreira & Mamede, 2003; Freitas, Brazão, Farinha, Vieira & Ferreira, 2011). No entanto, uma vez que a cultura em que estamos inseridos se constitui com base em crenças dissociativas de ocultação dos sentimentos (e.g. pensar que ignorar as emoções fará com que desapareçam), a mulher tem tendência, na maioria das vezes, a não transmitir o que sente (Fernandes & Mamede, 2004).

A resposta emocional de cada mulher ao receber o diagnóstico varia consoante as suas próprias crenças acerca da doença, da sua personalidade e do suporte familiar

(Grzybowski, Schmidt & Borges, 2008; Maluf, Mori & Barros, 2005). A mulher, ao ter conhecimento do diagnóstico de cancro da mama, necessitará do apoio da sua família, em particular do cônjuge, bem como dos seus amigos próximos durante toda a evolução da doença (Gobatto & Araújo, 2010). Neste sentido, torna-se muito relevante que a mulher consiga atingir um bem-estar psicológico, ou seja, que consiga estabelecer relações afetivas e que consiga manter o seu controlo emocional e comportamental (Rossi & Santos, 2003). Acrescentam Ramos e Patrão (2005) que o sofrimento emocional e a adaptação ao cancro da mama variam, também, consoante o tipo de cancro da mama que a mulher possui e o tipo de tratamento(s) a que irá ser submetida.

1.4.1. Impacto do Diagnóstico

O primeiro impacto do diagnóstico por parte da mulher surge associado ao medo de perder um órgão que simboliza a feminilidade e a maternidade (a mama) e/ou medo de morrer. O diagnóstico é muitas vezes vivenciado com medo e incertezas (Maguire, 1994; Maluf, Mori & Bastos, 2005; Patrão, Leal & Maroco, 2012; Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Pinho, Campos, Fernandes & Lobo, 2007), não raras vezes vivenciado com ansiedade, medo e depressão. Neste sentido, e de uma forma mais ou menos inconsciente a mulher ativa mecanismos de defesa, como a negação, recalçamento, deslocamento, racionalização, formação reativa, regressão, entre outras. Entende-se por negação quando a mulher recusa o diagnóstico de forma subconsciente, por recalçamento quando a mulher toma a decisão de não querer falar sobre a doença oncológica e/ou sobre os tratamentos, por deslocamento quando transfere a sua raiva para pessoas significativas (e.g. cônjuge), por racionalização quando assume razões, considerando-as plausíveis, para comportamentos considerados inaceitáveis. A mulher tem uma formação reativa quando recalca sentimentos admissíveis e os manifesta de forma oposta e, por último, quando a mulher reverte a formas imaturas de agir está perante a regressão. Estes mecanismos de defesa poderão ser postos em prática não só pela mulher, como também pelo cônjuge/família ou pelos seus amigos (Ogden, 2004).

1.4.2. Efeitos Psicológicos do Tratamento

Após o conhecimento do diagnóstico, a mulher é submetida a tratamentos médicos específicos, muitas vezes invasivos, e com consequências psicológicas (Duarte & Andrade, 2003). Os tratamentos do cancro da mama implicam um elevado grau de *stress* que influencia profundamente o bem-estar da mulher (Fallowfield, Hall, Maguire,

Baum & A'Hern, 1994). A nível psicológico e emocional, a nodulectomia e a quadrantectomia são as cirurgias associadas a um menor impacto porque conservam a mama, ao contrário da mastectomia radical. Porém, as mulheres sujeitas às cirurgias que conservam a mama, podem ter dores durante várias semanas, meses ou até anos após a cirurgia e, também, a sensação de “membro fantasma” (Ogden, 2004). A mastectomia radical conduz a um sofrimento emocional mais acentuado, pois a mulher, além de lidar com a doença em si, terá que lidar com uma nova imagem corporal pós a cirurgia. Terá que lidar com a ausência do órgão, símbolo da sexualidade, o que gera sentimentos de inferioridade e de rejeição (Pereira, 2000). Relativamente à quimioterapia, este tratamento ao suprimir as células de divisão normal leva a efeitos secundários como a alopecia e a perda de apetite e, ainda, a longo prazo poderá levar a uma maior propensão de problemas cardíacos e uma menopausa precoce (Moreira & Canavarro, 2011; Pereira, 2000; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007). No que se refere à radioterapia, os efeitos parecem estar pouco presentes, na medida em que não provoca dor, tem uma duração breve (cerca de alguns minutos). Por último, quanto à terapia hormonal e à imunoterapia, na literatura não se encontram referências à presença de efeitos secundários associados (Ogden, 2004; Pereira, 2000).

Capítulo II – Impacto da Doença Oncológica na Relação Conjugal

2. A Família

A família rege-se por um conjunto de normas e influencia de forma significativa o sujeito, estabelecendo os relacionamentos entre os membros, identificando o lugar e o papel de cada membro. Atualmente a definição de família parece centrar-se bastante na dimensão afetiva, sendo a partir daí que emergem os conflitos no seu desenvolvimento. Se um membro da família não está bem irá inconscientemente afetar os restantes membros (Cigoli & Scabini, 2006; Franco, 2008).

2.1. Conceito de Família

De acordo com Levi-Strauss (1967; citado por Cigoli & Scabini, 2006), considera-se família a união duradoura e estável de um casal e seus filhos. Entende-se por família um sistema em que a soma das partes é mais do que um todo e, como consequência, tudo o que afeta o sistema familiar como um todo, afetará também cada um dos elementos e vice-versa. Mais do que ligações biológicas, a família está definida

interativamente, circunscrevendo-se a um círculo restrito com o qual a doente oncológica se sente ligada (vínculos fortes, pessoais e recíprocos), interagindo e trocando informações (Franco, 2008). No entanto, a definição do conceito de família passou por várias mutações ao longo dos anos, relacionadas com transformações de domínio sociocultural, económico e político, gerando, assim, diferentes conceitualizações e tipos de família. Atendendo à implicação que o conceito de família poderá ter na forma como a mulher lida com a sua saúde e, por consequência, com a sua doença, podem definir-se três diferentes perspetivas: perspetiva estrutural; perspetiva sociológica e perspetiva psicológica (Rey & Alvear, 2000). De acordo com os mesmos autores, a perspetiva estrutural define a família como uma dinâmica social básica que irá, partindo dela, desenvolver outras dinâmicas; a perspetiva sociológica considera a família como sendo um grupo de membros unidos por ligações de parentesco em que é assumida a responsabilidade de cuidar e ser cuidado e de satisfazer as necessidades básicas de cada um dos elementos; na perspetiva psicológica, por sua vez, entende-se que a família consiste numa rede de relações emocionalmente significativas que tem por base a solidariedade e a liberdade através do afeto mútuo entre os membros.

A família tem o objetivo de garantir o desenvolvimento dos seus elementos e promover o seu conforto e bem-estar, possuindo a capacidade de evolução e adaptação a situações adversas e inesperadas (Minuchin, 1990). Porém, mesmo assim, a situação de doença de um dos elementos representa um potencial acontecimento gerador de crise no seio da família, sendo a mesma que representa o suporte social mais importante para a doente (Pereira & Lopes 2002).

2.1.1. Impacto da doença oncológica na família

Um pouco antes de entrarmos no ano 2000, começaram a surgir mudanças nos serviços de saúde, fazendo com que o doente oncológico fosse, até à data, cada vez menos hospitalizado e ficando a cargo da família. Assim, a família foi-se tornando um complemento da equipa terapêutica e assumindo os cuidados de saúde domiciliários (Pereira & Lopes, 2002). A família passou a ser responsável por gerir os tratamentos recomendados, dar feedback aos profissionais de saúde acerca do estado da doença e, ainda, harmonizar o suporte social e emocional (Nijboer, Tempelaar, Triemstra, Bos & Sanderman, 2001). Mas, a grande maioria das famílias nunca teve preparação nem qualquer formação para desempenhar esta função, não garantindo, deste modo, a qualidade da prestação dos serviços. Por consequência, os familiares não estão

emocionalmente preparados para arregar-se deste papel, acabando por pôr em causa o bem-estar da doente e, também, o seu próprio estado de saúde (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998). No entanto, não abdicam desta função de cuidador informal pelo amor que nutrem pela doente, pelo sentimento de dever e de responsabilidade (Carter & Golant, 1996).

O diagnóstico de uma doença oncológica é uma experiência de vida que requer uma adaptação significativa, não só do doente como também da sua família (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009; Varela & Leal, 2011). Em alguns casos particulares, o impacto da doença oncológica aproxima a família. Noutras, pelo contrário, leva ao afastamento. O impacto em si na família deriva de fatores externos (Pereira & Lopes, 2002), nomeadamente devido à qualidade do ambiente familiar precedente ao diagnóstico da doença – famílias coesas e com baixo nível de conflito englobam cônjuges e filhos com menos *stress* e melhores estratégias de *coping*; Por outro lado, alguns estudos demonstram perante a experiência de doença oncológica num membro da família, maiores níveis de *stress* e menores estratégias de *coping* se encontram associados a famílias desligadas e/ou com alto conflito latente ou manifesto (Arpin, Fith, Browne & Corey, 1990; Fritz, Williams & Amylon, 1988; Kissane, Bloch, Burns, McKenzie & Posterino, 1994). Independentemente da qualidade do ambiente familiar e das consequências que daí advém, nenhuma família fica indiferente face à experiência do cancro da mama na mulher, respondendo, na sua maioria, de forma resiliente (Given, Sherwood & Given, 2011). Porém, de acordo com um estudo realizado por Omne-Pontén, Holmberg, Bergstrom, Sjodén e Burns (1993), num terço das famílias das mulheres com cancro da mama, os cônjuges e os filhos experienciam níveis significativos de *stress* e perturbações psicossociais. Um outro estudo realizado por Baider e De-Nour em 1984, concluiu que, um número significativo de cônjuges e filhos das mulheres com diagnóstico de cancro da mama, desenvolveu perturbações físicas, comportamentais e emocionais. Acrescenta Northouse e Peters-Golden (1993) que os cônjuges, sendo os principais cuidadores informais, precisam de acompanhamento para adquirir melhores estratégias para lidar com a doença.

Apesar do impacto do diagnóstico da doença oncológica na família variar de acordo com fatores externos como acima mencionado e internos, alguns estudos parecem indicar que a maioria das famílias experienciam uma trajetória similar quando um dos seus elementos adoece (Arpin, Fitch, Browne & Corey, 1990) passando ao longo dessa trajetória por cinco fases: início da doença; impacto da doença (aceitação

do diagnóstico e adaptação à fase de tratamentos); início da terapia (reorganização das responsabilidades); recuperação precoce (reintegração precoce na família e na sociedade); adaptação à permanência do desfecho (redefinição da autoestima e significado da doença) (Enelow & col., 1999; citado por Pereira & Lopes, 2002).

2.1.2. Relação conjugal

Por tudo o referido anteriormente, não é apenas a mulher que se confronta com um choque profundo perante a comunicação do diagnóstico e o processo subsequente. Toda a família – e em particular o cônjuge, sendo este o principal cuidador informal nas mulheres casadas diagnosticadas com cancro da mama, passam por processo idêntico, pelas incertezas, medos da morte, sendo que simultaneamente lhes é “exigido” serem fonte de suporte e apoio (Cassileth, Lusk, Strouse, Miller, Brown & Cross, 1985). Na realidade, é no meio familiar que a mulher tenta encontrar equilíbrio emocional para a adaptação e ajustamento à doença, através do apoio do cônjuge (Carlson, Bultz, Speca & Pierre, 2000; Dorval, Maunsell, Taylor-Brown & Kilpatrick, 1999), tendo este um papel crucial na forma como a mulher se irá adaptar ao diagnóstico de cancro da mama (Moreira, Silva & Canavarro, 2009). Fornecer apoio como cuidador informal pode resultar numa sobrecarga do próprio cuidador – esta sobrecarga irá depender em larga medida da autoperceção que o cônjuge tem do nível a que a sua saúde física, bem-estar psicológico, vida social e situação financeira são afetados pela doença oncológica (Zarit, Todd & Zarit, 1986). Conjeturam-se, assim, profundas alterações no meio familiar, nomeadamente quanto à díade conjugal, uma vez que é esta que sofre o impacto direto da doença (Cassileth, Lusk, Strouse, Miller, Brown & Cross, 1985; Ptacek, Ptacek & Dodge, 1994), tornando a relação conjugal vulnerável e capaz de a comprometer (Schover, 1991).

Atendendo ao exposto, tornou-se necessário perspetivar a doença oncológica, nomeadamente o cancro da mama, no contexto familiar e, particularmente, da relação conjugal (Jun, Kim, Chang, Oh, Kang & Kang, 2011; Manne & Badr, 2008), mostrando-se frequentemente consensual a pertinência da relação conjugal na adaptação da mulher ao cancro da mama e aos tratamentos recomendados (Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel & Spiegel, 2000). O exercício da relação conjugal é uma das formas de experienciar a sexualidade (Manne & Badr, 2008).

2.1.2.1. Sexualidade

A sexualidade parece ser influenciada pelos aspetos biológicos (e.g. funcionamento dos órgãos sexuais), culturais e sociais. Então, a perceção sobre as condutas sexualmente aceites e adaptadas, irá depender da cultura e do meio em que o indivíduo se encontra inserido. Relativamente aos aspetos sociais, estes circundam o papel associado ao género (feminino e masculino), a identidade sexual assumida perante o próprio e a sociedade e, ainda, o comportamento esperado pela sociedade, tendo em conta o género. No entanto, independentemente dos aspetos culturais e sociais, a capacidade do sujeito desfrutar do comportamento sexual sem vergonha, medo, tabu, culpa ou qualquer outra barreira psicológica é visto como condição inerente à saúde do indivíduo (Macieira & Maluf, 2008; Gilbert, Ussher & Perz, 2010). A sexualidade, no ser humano, está relacionada com a vontade de viver, a expressão de sentimentos e a intimidade (Krychman & Katz, 2012; Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda & Rocha, 2011; Taylor, Harley, Ziegler, Brown & Velikova, 2011). A sexualidade não se restringe apenas à reprodução, mas também à obtenção de prazer (Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012; Ussher, Perz & Gilbert, 2012).

Após o diagnóstico de cancro da mama, a mulher experiencia uma deterioração na perceção da sua imagem corporal que pode afetar a sua sexualidade (Estapé, 2002). Por outro lado, os próprios tratamentos assumem-se muitas vezes como fatores que dificultam a obtenção do prazer numa relação íntima refletindo-se por isso na relação da díade conjugal (Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006). Os resultados de um estudo realizado por O'Mahoney e Carroll (1997) revelaram evidências empíricas quanto ao impacto do diagnóstico de cancro da mama causar sofrimento psicológico nas mulheres e nos seus cônjuges. Hordern (2000) acrescenta que um número significativo de casais tende a vivenciar dificuldades sexuais após o diagnóstico de cancro da mama, muito embora por outro lado, essas mesmas dificuldades possam vir a constituir-se como a possibilidade de desenvolvimento de uma maior intimidade entre o casal (Manne & Badr, 2008). Evidenciou-se, ainda, que relativamente à resposta conjugal ser afetada pelo diagnóstico de cancro da mama, a mulher e o cônjuge apresentam perceções distintas desse impacto (Northouse, Dorris & Charron-Moore, 1995). De acordo com Moniz, Fernandes e Oliveira (2011) as mulheres mencionam não haver qualquer dificuldade por parte do cônjuge em responder sexualmente, os cônjuges afirmam que o seu desejo sexual, após o diagnóstico de cancro da mama, havia diminuído.

2.2. Reações Psicológicas do Cônjuge à Doença Oncológica

Quando é dado o diagnóstico de cancro da mama à mulher, habitualmente, esta encontra-se sozinha. Não pelo cônjuge não estar presente, mas pelo facto de a sua presença não ser valorizada. Para os profissionais de saúde a presença do cônjuge no momento da confirmação do diagnóstico pode proporcionar um maior gasto de tempo, quer pelas perguntas que faça quer pela possível necessidade de ambos serem confortados (Ferreira, Almeida & Rasera, 2008). Com o diagnóstico, a preocupação dos profissionais de saúde restringe-se à mulher, não abarcando as suas relações significativas, nomeadamente a relação conjugal (Dorval, Guay, Monder, Mâsse, Falardeau, Robidoux, Deschênes & Maunsell, 2005), sendo este, na maioria das mulheres casadas, o seu principal cuidador – cerca de 90% são cônjuges (Akechi, Akizuji, Okamura, Shimizu, Oba, Ito, Yoshikawa, Nakano, Inagaki & Uchitomi, 2006; Cassileth, Lusk, Strouse, Miller, Brown & Cross, 1985). O impacto do diagnóstico de cancro da mama na mulher, regularmente, é vivenciado pelo cônjuge como uma significativa aflição, equivalente entre o cônjuge e a mulher (Bishop, 1994; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996; Hagdoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes & Sanderman, 2000), em que, normalmente, se despoleta sintomatologia psicopatológica, como a depressão e vulnerabilidade ao *stress* (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008). Além disso, o cônjuge pode sentir desesperança, impotência, intranquilidade e medo de perder a sua esposa (Picard, Dumont, Gagnon & Lessard, 2006). De acordo com Vanderwerker, Laff, Kadan-Lottick, McColl e Prigerson (2005), apesar do número de cônjuges com perturbação ser significativo, poucos procuram ajuda junto de profissionais de saúde mental.

2.2.1. Depressão

A depressão é uma perturbação de humor, com excesso diário de sensações de tristeza e de vazio, com duração e gravidade variáveis (Monteiro, 2012). A depressão, habitualmente, surge acompanhada por uma diversidade de sintomas físicos e mentais (e.g. pensamento, impulsos e capacidade crítica). No caso de agravamento dos sintomas, este geralmente é detetado pelo próprio indivíduo e/ou pelos seus familiares (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Aquando o diagnóstico de cancro da mama, normalmente, quer a mulher quer o cônjuge, apresentam algum sintoma de *stress* emocional, além da reação normativa esperada (Teng, Humes & Demetrio, 2005). Independentemente da fase do ciclo de

vida, o diagnóstico de cancro surge sempre associado à morbilidade dos tratamentos e à elevada taxa de mortalidade da doença (Teles, Ribeiro & Cardoso, 2003). Um dos principais tipos de cancro associado a níveis significativos de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a depressão, é o cancro da mama (10 a 25%) (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009).

2.2.2. Vulnerabilidade ao *stress*

A definição do conceito de *stress* é complexa, uma vez que existe uma diversidade de significação, não havendo opinião consensual entre autores. Enquanto na ótica de alguns autores o *stress* constitui-se como a resposta do organismo perante os eventos de vida (Vaz Serra, 2000), para outros o *stress* é o resultado da convenção entre o sujeito e o meio (Beck, 1970). Para Vaz Serra (2007), entende-se por *stress* a tensão mental e/ou corporal resultante de diferentes acontecimentos, provocando um desequilíbrio no indivíduo. Embora, o *stress* não venha a emergir de uma situação única, mas sim da reiteração desses acontecimentos (Vaz Serra, 2007). Embora, o facto de o indivíduo sentir *stress* esteja significativamente ligado com a sua autoconfiança (Vaz Serra, 2000).

A vulnerabilidade parece representar um risco elevado de o sujeito reagir negativamente face a um acontecimento de vida (Vaz Serra, 2000). Entende-se por vulnerabilidade quando o próprio sujeito assim se sente, quando acredita que lhe faltam estratégias para lidar com uma circunstância de vida particular (Vaz Serra, 2000). Uma das principais ameaças ao indivíduo que gera, em alguns casos, vulnerabilidade ao *stress* é a doença, quer do próprio quer de um familiar próximo (Vaz Serra, 2007).

PARTE II – CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III – Problema de investigação, objetivos e hipóteses

3. Problema de Investigação

Colocou-se como problema da presente investigação o impacto do diagnóstico de cancro da mama da mulher no cônjuge, tendo sido formulado de modo a testar um conjunto de variáveis médicas e psicológicas. A escolha das variáveis foi elaborada com base na revisão da literatura acerca da temática em questão, onde foram consultados

diferentes estudos empíricos. Assim sendo, como variáveis dependentes definiu-se a vulnerabilidade ao *stress*, a sintomatologia psicopatológica e o sofrimento, em função das variáveis sociodemográficas, da história médica e da relação conjugal – sendo estas últimas as variáveis independentes.

Posto isto, foram delineadas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Questão de investigação 1: Existe relação significativa entre a idade dos participantes e a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e sofrimento?
- ✓ Questão de investigação 2: Existe relação entre o sofrimento significativo e o diagnóstico de cancro da mama?
- ✓ Questão de investigação 3: Existe uma relação negativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e o diagnóstico de cancro da mama?
- ✓ Questão de investigação 4: Existe correlação positiva entre o índice de sintomas psicopatológicos e o diagnóstico de cancro da mama?
- ✓ Questão de investigação 5: Existe relação negativa entre o tempo de duração da relação conjugal e sofrimento, a vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica?
- ✓ Questão de investigação 6: Existe relação positiva entre a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e as experiências subjetivas de sofrimento?
- ✓ Questão de investigação 7: Existe relação positiva entre a satisfação da relação conjugal e a presença de sintomatologia psicopatológica?
- ✓ Questão de investigação 8: Existe uma correlação significativa entre a satisfação da relação conjugal e a vulnerabilidade ao *stress*?
- ✓ Questão de investigação 9: Existe uma correlação significativa entre a satisfação da relação conjugal e as experiências subjetivas de sofrimento?
- ✓ Questão de investigação 10: Existe relação significativa entre o número de meses passados desde o diagnóstico de cancro da mama e a satisfação da relação conjugal?
- ✓ Questão de investigação 11: Existe relação significativa entre o estágio da doença oncológica e a satisfação da relação conjugal?
- ✓ Questão de investigação 12: Existe relação significativa entre a relação conjugal e o tempo de relação?

- ✓ Questão de investigação 13: Existe relação significativa entre a idade dos participantes e a relação conjugal?

3.1. Objetivos Gerais e Específicos da Investigação

O objetivo geral a que esta investigação se propõe passa por caracterizar e compreender como é que os companheiros de mulheres com diagnóstico de cancro da mama, vivem o processo de adaptação à doença e tratamento.

Relativamente aos objetivos específicos desta investigação, pretende-se avaliar as experiências subjetivas do sofrimento com o aparecimento da doença; avaliar a vulnerabilidade ao *stress* do cônjuge da mulher diagnosticada com cancro da mama; perceber se existe presença de sintomatologia psicopatológica associada.

Tendo em conta os objetivos traçados, serão estudadas variáveis sociodemográficas, história médica e variáveis psicológicas.

As variáveis sociodemográficas a serem estudadas consistem em: idade, estado civil, residência, escolaridade, profissão, número de filhos a seu cargo. Relativamente à história médica, questiona-se se o participante já recorreu à ajuda de um profissional na área de saúde mental; se há história passada de doença oncológica; há quanto foi diagnosticada a doença; em que estágio estava; qual o tratamento aconselhado; e em que fase se encontra atualmente a doença oncológica. Serão, ainda, exploradas as variáveis relação conjugal e dinâmica sexual, quer antes quer após o diagnóstico de cancro da mama. No que diz respeito às variáveis psicológicas, será avaliada a vulnerabilidade ao *stress*, a sintomatologia psicopatológica e as experiências subjetivas de sofrimento na doença. Cada uma destas variáveis está subdividida por dimensões:

I – Vulnerabilidade ao *stress*, com as dimensões: perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e privação de afeto e rejeição – Avaliada com o Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23QVS).

II – Sintomatologia psicopatológica com as dimensões: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo – Avaliado com o Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI).

III – Sofrimento na doença com as dimensões: sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial, sofrimento sócio relacional e experiências positivas

de sofrimento – Avaliado com o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD).

3.2. Hipóteses

Para dar resposta às questões problema de investigação levantadas, que teve como base a revisão teórica e o seu enquadramento nos objetivos enunciados, foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação:

- ✓ Hipótese 1: Existe uma relação significativa entre a idade dos participantes e a sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao *stress* e sofrimento.

- ✓ Hipótese 2: Existe uma relação significativa entre o sofrimento significativo e o diagnóstico de cancro da mama.

Fundamentação teórica: De acordo com diferentes autores (Alexandre, Cebola & Mendes, 2012; Ambrósio & Santos, 2011; Bastos, Barros & Lunet, 2007; Dias & Durá, 2001; Oliveira & Pimentel, 2008; Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimentel, Barroso, Dinis, Afonso & Bonfill, 2008; Peres & Santos, 2009; Zimmermann, Lima, Rabelo, Rabello, Martins, Peixoto & Nunes, 2012), o cancro da mama é encarado como uma doença ameaçadora da vida da mulher, sendo entendida como uma patologia que ameaça a própria vida e/ou a perda de um órgão, fazendo com que emerja a necessidade de alterações na sua rotina. Segundo Gobatto e Araújo (2010), o cônjuge é a principal fonte de apoio a quem a mulher recorre após receber o diagnóstico. No entanto, a maioria não se sente preparado para assumir este papel, levando a que o bem-estar da doente seja posto em causa e, ainda, o próprio estado de saúde do cônjuge (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998).

- ✓ Hipótese 3: Existe uma relação negativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e o diagnóstico de cancro da mama.

Fundamentação teórica: De acordo com Vaz Serra (2007), uma das principais fontes de vulnerabilidade ao *stress* é o diagnóstico de doença, quer do próprio quer de um familiar próximo. Constituindo-se como agravante o facto de o cônjuge não estar preparado para assumir este papel de cuidador principal (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998) e, ainda, o tipo de doença em si que tem uma representação bastante negativa associada (Blanco, Antequera & Aires, 2002; Ferreira & Mamede, 2003;

Freitas, Brazão, Farinha, Vieira & Ferreira, 2011). De acordo com Bishop (1994); Haddad, Pitceathly e Maguire (1996); Hagdoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes e Sanderman (2000), o diagnóstico de cancro da mama tem um equivalente impacto quer na mulher quer no seu cônjuge, sendo que ambos vivenciam uma aflição significativa e, segundo Lewis, Woods, Hough e Bensley (1989); Maguire (1994); Wagner, Bigatti e Storniolo (2006); Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli e Melyani (2008), no caso do cônjuge em particular, pode, porque se trata de uma situação que se prolonga no tempo e bastante exigente, despoletar vulnerabilidade ao *stress* e perturbação emocional.

- ✓ Hipótese 4: Existe uma relação positiva entre o índice de sintomas psicopatológicos e o diagnóstico de cancro da mama.

Fundamentação teórica: Segundo Teles, Ribeiro e Cardoso (2003), o diagnóstico de cancro da mama surge articulado à elevada taxa de mortalidade da doença e, também, ao elevado número de mortalidade. Acrescentam Bottino, Fráguas e Gattaz (2009), que um dos principais tipos de cancro associado a níveis significativos de depressão é o cancro da mama. Uma vez que o diagnóstico da doença tem o mesmo impacto na mulher e no cônjuge, normalmente há o despoletar de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a depressão, em ambos (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008).

- ✓ Hipótese 5: Existe uma relação negativa entre o tempo de duração da relação conjugal e sofrimento, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica.

Fundamentação teórica: A resposta emocional no momento em que é dado o diagnóstico varia consoante as crenças acerca da doença e da própria personalidade (Grzybowski, Schmidt & Borges, 2008). No entanto, a situação de doença da mulher, para o cônjuge que é o principal cuidador, representa desde logo um potencial gerador de crise (Pereira & Lopes, 2002). Porém, o impacto da doença no cônjuge deriva de fatores externos como, por exemplo, a coesão familiar (Arpin, Fith, Browne & Corey, 1990; Fritz, Williams & Amylon, 1988; Kissane, Bloch, Burns, McKenzie & Posterino, 1994), sendo esta coesão construída ao longo do tempo.

- ✓ Hipótese 6: Existe uma relação positiva entre a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e as experiências subjetivas de sofrimento.

Fundamentação teórica: De acordo com diferentes estudos (Baider & De-Nour, 1984; Omne-Pontén, Holmberg, Bergstrom, Sjodén & Burns, 1993), os cônjuges das mulheres diagnosticadas com cancro da mama experienciam níveis significativos de *stress*, perturbações físicas, comportamentais e emocionais. Num outro estudo constatou-se que existe uma interação bidirecional entre a depressão e a dor pois, períodos prolongados de dor estão relacionados com sintomas depressivos (Stiefel, Trill, Berney, Olarte e Razavi, 2001).

- ✓ Hipótese 7: Existe uma relação positiva entre a satisfação da relação conjugal e a presença de sintomatologia psicopatológica.

Fundamentação teórica: Segundo diferentes autores (Bishop, 1994; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996; Hagdoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes & Sanderman, 2000), o impacto do diagnóstico de cancro da mama é vivenciado de forma similar entre a mulher e o seu cônjuge como uma enorme aflição, em que poderá, como consequência, despoletar sintomatologia psicopatológica (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008).

- ✓ Hipótese 8: Existe uma correlação significativa entre a satisfação da relação conjugal e a vulnerabilidade ao *stress*.

Fundamentação teórica: De acordo com os mesmos autores referidos acima (Bishop, 1994; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996; Hagdoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes & Sanderman, 2000), pelo impacto do diagnóstico de cancro da mama ser experienciado pelo cônjuge e pela mulher de forma afiliva idêntica, poderá emergir uma maior probabilidade de vulnerabilidade ao *stress* (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008).

- ✓ Hipótese 9: Existe uma correlação significativa entre a satisfação da relação conjugal e as experiências subjetivas de sofrimento.

Fundamentação teórica: Uma vez mais, de acordo com os autores supramencionados (Bishop, 1994; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996; Hagdoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes & Sanderman, 2000), e apesar do impacto do diagnóstico ser vivenciado de forma idêntica pela mulher e pelo seu cônjuge, as experiências de

sofrimento acabam por variar de forma subjetiva (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008).

- ✓ Hipótese 10: Existe uma relação entre o número de meses passados desde o diagnóstico de cancro da mama e a satisfação com a relação conjugal.

Fundamentação teórica: Os companheiros das mulheres com cancro da mama, com o diagnóstico, assumem funções que até ao momento não assumiam representando, na grande maioria das vezes, uma sobrecarga física e emocional. Mas, pela doença oncológica da mulher e por esta se encontrar fragilizada, assumem todos os papéis sem demonstrar a sua exaustão. Contudo, por se tratar de uma tarefa de grande exigência emocional, a médio/longo prazo pode resultar num desequilíbrio emocional (Northouse & Peters-Golden, 1993; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006), afetando por consequência a relação conjugal.

- ✓ Hipótese 11: Existe uma relação entre o estágio da doença oncológica e a satisfação da relação conjugal.

Fundamentação teórica: Diferentes autores revelam consenso quando afirmam que o sofrimento emocional e a adaptação ao cancro da mama e, por sua vez a relação conjugal, variam de acordo, entre outros, com o estágio da doença aquando o diagnóstico (Grzybowski, Schmidt & Borges, 2008; Maluf, Mori & Barros, 2005; Ramos & Patrão, 2005) aludindo a uma possível degeneração da relação em função de um maior sofrimento.

- ✓ Hipótese 12: Existe uma correlação entre a relação conjugal e o tempo de relação.

Fundamentação teórica: De acordo com Levi-Strauss (1967; citado por Cigoli & Scabini, 2006), para que se considere família terá que se tratar de uma união duradoura e estável entre o casal (relação conjugal) e os filhos. É necessário que a soma das partes seja mais do que um todo, que haja ligação de vínculos fortes, pessoais e recíprocos e isso apenas se atinge com uma relação longa no tempo (Franco, 2008).

- ✓ Hipótese 13: Existe uma correlação entre a idade dos participantes e a relação conjugal.

Fundamentação teórica: Segundo Minuchin (1990), a família (entende-se por família um casal e os seus filhos) tem o objetivo de garantir o desenvolvimento de cada um dos seus elementos e promover o bem-estar, tendo a capacidade evolutiva e adaptação a situações hostis. Sendo que, naturalmente, a maturidade apenas se atinge com a experiência.

Capítulo IV: Metodologia

4. Delineamento da Investigação

Trata-se de um estudo quantitativo, pois enfatiza as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Pais-Ribeiro, 2008). Tendo em conta as hipóteses de investigação, o *design* de investigação é analítico-correlacional, pois passa por avaliar a relação ou correlação entre as variáveis mencionadas (Martins, 2011). Relativamente aos momentos de avaliação, esta investigação é transversal uma vez que apenas um grupo representativo será testado num dado momento do tempo (Pais-Ribeiro, 2008).

Por uma questão de organização e fácil acesso, delinearão-se dois estudos: (i) no primeiro proceder-se-á à caracterização da amostra, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, a história médica e a exploração da relação conjugal, à análise da presença/ausência de vulnerabilidade ao *stress*, sintomatologia psicopatológica e sofrimento. Ainda neste primeiro estudo tentar-se-á perceber se existe uma relação significativa entre as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade dos participantes, e a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e o sofrimento. e, por último, perceber se existe uma relação significativa entre a idade dos participantes e a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e o sofrimento. supramencionadas; (ii) no segundo estudo o objetivo passa por perceber se existem relações entre o sofrimento significativo, a vulnerabilidade ao *stress*, a presença de sintomatologia psicopatológica e o diagnóstico da doença; se existe correlação entre o estágio da doença; se existe associação entre a qualidade da relação conjugal e o tempo de diagnóstico; se existe relação entre o número de filhos a cargo e a presença de vulnerabilidade ao *stress*, se existe relação entre o tempo de duração da relação conjugal e a vulnerabilidade ao *stress*, sintomatologia psicopatológica e sofrimento. Tentar-se-á, ainda, perceber se existe relação positiva entre a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e as experiências subjetivas de sofrimento, se existe relação

significativa entre a relação conjugal e a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e as experiências subjetivas de sofrimento; se existe relação significativa entre o número de meses passados desde o diagnóstico da doença e a relação conjugal, bem como o estágio da doença oncológica e a relação conjugal. Procurar-se-á perceber se a satisfação/insatisfação da relação conjugal se relaciona com o tempo de duração da própria relação, bem como a idade dos participantes.

4.1. Critérios de Amostragem e Recolha da Amostra

A amostra desta investigação foi constituída por cônjuges de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, participando no estudo de forma voluntária. Assim sendo, a amostra foi de conveniência (Almeida & Freire, 2003). Para a seleção da amostra foram tidos em atenção critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão na investigação foi solicitado que o sujeito fosse casado ou vivesse em união de facto com uma mulher com o diagnóstico de cancro da mama, não limitando o tempo em que tinha sido feito o diagnóstico. Por sua vez, como critério de exclusão considerou-se ter alguma sintomatologia psicopatológica associada antes do diagnóstico de cancro da mama.

A amostra, conforme os critérios supramencionados, foi recolhida no Hospital de Braga – na sala de tratamentos do hospital de dia e na ala de internamento em oncologia; no Hospital de Vila Real – hospital de dia; através do projeto *um dia pela vida* e do movimento *vencer e viver* – ambos ligados à Liga Portuguesa Contra o Cancro. A recolha da amostra contou ainda, com uma iniciativa da freguesia de Cabanelas, Vila Verde – Braga que, embora não tenha um nome atribuído, consiste em encontros mensais de sobreviventes de cancro. A recolha foi também feita com o apoio dos bombeiros voluntários de Guimarães, sendo que alguns dos elementos conheciam famílias que já tinham enfrentado o cancro da mama e, por sua vez, foi possível estabelecer contacto com os cônjuges. Ainda na cidade de Guimarães, mais concretamente junto do Presidente da Junta de Freguesia de Mesão-Frio que contribuiu quer com a sua participação quer com o conhecimento dos seus habitantes, conseguiu-se colher mais participantes. Por último, a recolha foi feita num grupo de voluntariado com sede perto da Póvoa de Lanhoso denominado de *cesta básica* – este grupo tem a finalidade de ajudar a alimentar as famílias mais carenciadas através da distribuição de bens alimentares – em que alguns dos voluntários são sobreviventes ou familiares de sobreviventes de cancro. Independentemente do local da recolha da amostra foi dada

particular atenção em esclarecer questões relativas ao procedimento e solicitada a leitura e preenchimento do consentimento informado.

4.2. Instrumentos para a Recolha de Dados

Os instrumentos elegidos para a realização da presente investigação foram organizados consoante os objetivos traçados e as variáveis a estudar. Estes instrumentos são versões portuguesas ou devidamente aferidas para a população portuguesa, tendo sido pedida a autorização aos autores para a sua utilização no estudo. A junção dos instrumentos gerou o Questionário de Saúde e Doença a ser entregue a cada participante. Também incluído neste Questionário encontra-se a Declaração de Consentimento de Participação numa Investigação, surgindo na primeira página, para solicitar a autorização dos participantes e informá-los acerca do estudo (cf. Anexo III)

4.2.1. Seleção e descrição dos instrumentos

Na presente investigação serão empregados quatro instrumentos de avaliação, nomeadamente um questionário sociodemográfico e clínico de caracterização da amostra, o Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23 QVS), o Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD).

4.2.1.1. Questionário sociodemográfico e clínico de caracterização da amostra

Este questionário, construído especificamente para esta investigação com o propósito de caracterizar a amostra, tem como objetivo recolher um conjunto de informações demográficas e clínicas. As variáveis sociodemográficas a serem estudadas passam por: idade, estado civil, residência, escolaridade, profissão, número de filhos a seu cargo e, no caso de ter filhos a seu cargo, quem assume os principais cuidados após o diagnóstico da doença e se considera que isso seja mais um fator gerador de *stress*. Relativamente à história médica, destaca-se se o participante já recorreu a ajuda de um profissional na área de saúde mental e, se sim, quando aconteceu – dá-se três opções de resposta (antes do diagnóstico, aquando o diagnóstico ou depois do diagnóstico); se algum dos elementos do casal já teve diagnóstico de cancro anteriormente; há quanto foi diagnosticada a doença; em que estágio estava; qual o tratamento aconselhado; e em que fase se encontra atualmente a doença oncológica. Foi, ainda, construído um termómetro

(com oito questões) para a investigação em questão com a finalidade de explorar a relação conjugal e a dinâmica sexual antes e após o diagnóstico (Anexo III).

4.2.1.2. Questionário de vulnerabilidade ao stress (23 QVS)

O Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23 QVS), de Adriano Vaz Serra (2000), é constituído por 23 itens de autoavaliação respondidos através de uma escala de *Likert* e tem como objetivo primordial avaliar a vulnerabilidade psicológica que determinado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de *stress*. Este Questionário avalia as seguintes dimensões: perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e privação de afeto e rejeição. Trata-se de uma escala unidimensional elaborada para que, quanto mais elevada for a nota global, mais o sujeito pode apresentar reações desadaptativas a um acontecimento indutor de *stress*.

Caraterísticas psicométricas no presente estudo: foi avaliada a fidelidade numa amostra de 76 participantes de acordo com as dimensões: perfeccionismo e intolerância à frustração (.67), inibição e dependência funcional (.71), carência de apoio social (.61), condições de vida adversas (.46), dramatização da existência (.55), subjugação (.40), privação de afeto e rejeição (.40) (cf. tabela 1, anexo IV). O total dos itens obteve um alfa de .752, revelando uma boa consistência interna para o presente estudo (cf. tabela 2, anexo IV).

4.2.1.3. Inventário de sintomatologia psicopatológica (BSI)

O Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) foi validado e traduzido por Maria Cristina Canavarro (1999). Este inventário pode ser aplicado a indivíduos da população geral, a doentes de foro psiquiátrico, sujeitos perturbados emocionalmente e quaisquer outros doentes. É constituído por 53 itens, com escala de resposta de *Likert*, que avaliam sintomas psicopatológicos através de nove dimensões: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo; e três índices: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP).

Caraterísticas psicométricas no presente estudo: foi avaliada a fidelidade numa amostra de 76 participantes, de acordo com as dimensões: somatização (.81); obsessão-compulsão (.78); sensibilidade interpessoal (.86); depressão (.83); ansiedade (.83); hostilidade (.82); ansiedade fóbica (.81); ideação paranoide (.78); psicoticismo (.70) (cf.

tabela 3, anexo V). O total dos itens obteve um alfa de .971, revelando uma ótima consistência interna para o presente estudo (cf. tabela 4, anexo V).

4.2.1.4. Inventário de experiências subjetivas de sofrimento na doença (IESSD)

O Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD), de Teresa McIntyre e Manuel Gameiro (1997), é constituído por 44 itens, de resposta tipo *Likert*, que tem como objetivo medir o sofrimento através de cinco dimensões: sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial, sofrimento sócio relacional e experiências positivas de sofrimento.

Caraterísticas psicométricas no presente estudo: Foi avaliada a fidelidade numa amostra de 76 participantes, de acordo com as dimensões: sofrimento físico (.74); sofrimento psicológico (.89); sofrimento existencial (.84); sofrimento sócio relacional (.68); experiências positivas de sofrimento (.17) (cf. tabela 5, anexo VI). Apesar de o valor de alfa da dimensão das experiências positivas de sofrimento ser muito baixo, o total dos itens obteve um alfa de .928, revelando uma boa consistência interna para o presente estudo (cf. tabela 6, anexo VI).

Capítulo V – Resultados

5. Apresentação dos Resultados

Abaixo serão apresentados os resultados da presente investigação, sendo que, tal como referido anteriormente, os resultados serão expostos a partir da divisão em dois estudos para uma maior facilidade de exposição.

5.1. Primeiro Estudo: Análise Descritiva

Numa primeira fase procedeu-se à caracterização dos participantes, tendo em conta as variáveis sociodemográficas já supramencionadas.

A amostra é constituída por 76 participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 33 e os 88 anos, com uma média de 49,14 anos. Estes participantes são casados ou vivem em união de facto, sendo este um dos critérios de inclusão na investigação. Por este motivo averiguou-se o tempo de duração dos relacionamentos e conforme se pode observar na tabela, verificamos que estes casais estão juntos no mínimo há 2 anos e no máximo há 68 anos (cf. tabela 7, anexo VI).

A maioria dos participantes é casada (89,5%), correspondendo a 68 dos participantes. Quanto à zona de residência, 34 dos participantes (44,7%) refere viver em zona urbana, 28 (36,8%) em zona rural e apenas 11 (14,5%) menciona a zona mista como sua zona de residência. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria – 23 dos participantes (30,3%) – possui o 12º ano (cf. tabela 7, anexo VII). Por sua vez, quanto à situação profissional destaca-se que 14 dos participantes (18,4%) se encontram reformados/aposentados (cf. tabela 8, anexo VII). Dos 76 participantes no estudo, a grande maioria refere ter filhos (88,2%). No entanto, apenas 45 participantes (59,2%) diz ter filhos a seu cargo; dos outros 31 (40,8%), 9 (11,8%) não têm filhos e os restantes têm mas não estão a seu cargo. Dos 45 (59,2%) participantes que referiram ter filhos a seu cargo, 19 (25%) refere ter 2 filhos a cargo. Apenas 4 (5,3%) dos 76 participantes afirmaram ter 1 outro familiar a cargo. Ainda relativamente à presença/ausência de filhos a cargo, foi questionado aos participantes quem consideravam ser o principal cuidador dos filhos a cargo após o diagnóstico da doença e se consideravam que exercer esse papel fosse um facto de *stress*. A maioria dos participantes (42,1%) afirmou ser o pai a assumir esse papel. Quanto a considerarem que exercer esse papel seja, ou não, um fator de *stress*, 31 (40,8%) afirmaram ser um fator de *stress* (cf. tabela 9, anexo VIII). Quando questionados sobre por que motivo entendem que isso seja um fator de *stress*, prevaleceu a dificuldade em gerir o tempo (cf. tabela 10, anexo IX).

Numa segunda etapa deste primeiro estudo, procedeu-se à caracterização dos participantes, tendo em conta a história médica, constituída pelas variáveis já supramencionadas. Relativamente à procura de um profissional de saúde mental, a maioria dos participantes (94,7%) afirmaram não ter recorrido à ajuda de profissionais de saúde mental. No entanto, em 5,3% dos casos, a resposta foi afirmativa. Nestas circunstâncias, tendo sido questionado em que momento isso aconteceu, referiram ter sido após o diagnóstico. Aos mesmos participantes, que deram resposta positiva à procura de ajuda de um profissional de saúde mental, foi-lhes questionada a razão/motivo para o terem feito. As respostas dividiram-se entre “compreender as dificuldades psiquiátricas para lidar e cuidar dos filhos”, “depressão” ou por se sentir “triste” (cf. tabela 1).

Quanto à história passada de diagnóstico de cancro no casal, 9 (11,8%) respondeu existir história anterior de diagnóstico de cancro no casal, sendo que 88,2% dos participantes relataram não ter havido história de cancro anterior (cf. tabela 1).

No que diz respeito à variável de há quanto tempo foi diagnosticado o cancro da mama na mulher (em meses), o número de meses variou entre 1 mês e 192 meses, sendo a média de 39,9 meses e o desvio padrão de 46,665 (cf. tabela 11, anexo X). Quando questionados acerca do estágio da doença aquando o diagnóstico, 37 (48,7%) afirmaram não saber qual o estágio e 20 (26,3%) disseram que a doença se encontrava no estágio II aquando o diagnóstico, tendo sido o tipo de tratamento aconselhado, de acordo com a maioria dos participantes (69,7%), a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia como o conjunto de tratamentos aconselhados. Por último, no que concerne à fase da doença atualmente, 40 (52,6%) mencionaram a fase de sobrevivência como a realidade atual, 26 (34,2%) referiram a fase de tratamento e apenas 10 (13,2%) afirmaram não saber (cf. tabela 1).

Tabela 1
Caraterização da história médica

	N	%
Profissionais de saúde mental		
Não	72	94,7
Sim	4	5,3
Momento em que foi feito o pedido		
Aquando o diagnóstico	1	1,3
Depois do diagnóstico	3	3,9
Qual a razão		
Compreender as dificuldades psíquicas para lidar e cuidar dos filhos	1	1,3
Depressão	1	1,3
Triste	1	1,3
História passada de cancro		
Sim	9	11,8
Não	67	88,2
Em caso de haver história passada de cancro, quem		
Homem	3	3,9
Mulher	6	7,9
Estádio da doença		
Estádio I	12	15,8
Estádio II	20	26,3
Estádio III	4	5,3
Estádio IV	3	3,9
Tratamento		
Cirurgia	10	13,2
Quimioterapia e radioterapia	5	6,6
Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	53	69,7

Não sei	8	10,5
<hr/>		
Fase da doença		
Tratamento	26	34,2
Não sei	10	13,2
Sobrevivência	40	52,6

Numa terceira parte deste primeiro estudo, procedeu-se à caracterização da relação conjugal através de oito questões que constituem o termómetro construído exclusivamente para a presente investigação. 54 dos participantes (71%) afirma que, desde que teve conhecimento do diagnóstico, a relação conjugal não obteve qualquer melhoria; 62 (81,6%) refere que com o conhecimento do diagnóstico sentiu vontade de estar presente; na Q3 existe uma aproximação entre os participantes que consideram que são a mesma pessoa após o diagnóstico (26) e os participantes que consideram não ser mais a mesma pessoa após o diagnóstico (25); 67,1% dos participantes atentam que, com o diagnóstico, mantêm a relação positiva que tinham anteriormente; na Q5, uma vez mais, existe uma aproximação entre os participantes que afirmam que desde o diagnóstico não conseguiram voltar à normalidade (35,5%) e os participantes que, pelo contrário, referem que apesar de terem ficado afetados, tudo já voltou à normalidade (32,9%); 77,7% dos participantes referiu que, antes do diagnóstico da doença oncológica, tinham uma vida sexual positiva; quando questionados sobre o empobrecimento da vida sexual com o diagnóstico de cancro da mama, 34,2% dos participantes afirmaram concordar e 25%, pelo contrário, não concordar; 47,4% dos participantes afirma, ainda, que considera ter havido alterações na vida sexual com o diagnóstico de cancro da mama (cf. tabela 2).

Tabela 2
Caraterização da relação conjugal

	N	%
<hr/>		
Relação conjugal		
<hr/>		
Q1 – Desde que soube da doença, considero que a minha relação melhorou.		
Não concordo	27	35,5
Concordo pouco	27	35,5
Concordo moderadamente	15	19,7
Concordo bastante	7	9,2
<hr/>		
Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar.		
Não concordo	32	42,1
Concordo pouco	30	39,5

Concordo moderadamente	11	14,5
Concordo bastante	3	3,9
<hr/>		
Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa.		
Não concordo	26	34,2
Concordo pouco	16	21,1
Concordo moderadamente	25	32,9
Concordo bastante	9	11,8
<hr/>		
Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois isso desapareceu.		
Não concordo	30	39,5
Concordo pouco	21	27,6
Concordo moderadamente	24	31,6
Concordo bastante	1	1,3
<hr/>		
Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal.		
Não concordo	27	35,5
Concordo pouco	13	17,1
Concordo moderadamente	25	32,9
Concordo bastante	11	14,5
<hr/>		
Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva.		
Não concordo	2	2,6
Concordo pouco	15	19,7
Concordo moderadamente	24	31,6
Concordo bastante	35	46,1
<hr/>		
Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama, passamos a ter uma vida sexual pobre.		
Não concordo	19	25,0
Concordo pouco	19	25,0
Concordo moderadamente	26	34,2
Concordo bastante	12	15,8
<hr/>		
Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.		
Não concordo	36	47,4
Concordo pouco	17	22,4
Concordo moderadamente	17	22,4
Concordo bastante	6	7,9

Ainda neste primeiro estudo procurou-se perceber os níveis de presença/ausência de vulnerabilidade ao *stress*, de sintomatologia psicopatológica e de sofrimento nos participantes e, por último, constatar se existe relação entre a idade dos participantes e a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e o sofrimento. 94,7% dos participantes têm vulnerabilidade ao *stress* e 63,2% tem sintomatologia psicopatológica (cf. tabela 12, anexo XI). Em média, 44,38 dos participantes têm sofrimento existencial e 39,32 sofrimento psicológico (cf. tabela 13, anexo XII).

5.2. Segundo Estudo: Correlacional

Neste segundo estudo irá proceder-se à realização de correlações entre as diferentes variáveis em estudo. Assim, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r), que avalia se duas (ou mais) variáveis de natureza quantitativa estão relacionadas e, também, o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (r_s) que avalia variáveis ordinais e variáveis de escala e ordinais (Martins, 2011). Assim, nas hipóteses de investigação 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 será aplicado um Coeficiente de Correlação de *Spearman* (r_s) e nas restantes o teste de Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r).

H1: Existe uma relação significativa entre a idade dos participantes e a sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao *stress* e sofrimento.

Tabela 3

Correlação do BSI IGS – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas), 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* e IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença

	Sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao <i>stress</i> e sofrimento						
	BSI IGS	Índice total QVS	SF	SP	SE	SSR	EPS
Idade	-.251*	-.296*	-.146	-.160	-.262*	-.219	.164
	.033	.012	.216	.177	.025	.063	.165
	73	73	73	73	73	73	73

BSI IGS – Índice geral de sintomas; QVS – Vulnerabilidade ao *stress*; SF – Sofrimento físico; SP – Sofrimento psicológico; SE – Sofrimento existencial; SSR – Sofrimento sócio relacional; EPS – Experiências positivas de sofrimento.

* $p < .05$

Na tabela 3 observa-se que a idade dos participantes está relacionada negativamente com o Índice Geral de Sintomas, com o Índice Total de Vulnerabilidade ao *Stress* e com o sofrimento existencial. Ou seja, quanto mais idade tem o cônjuge menos sintomas psicopatológicos e menos índices de vulnerabilidade ao *stress* apresenta; tal como menos sofrimento existencial.

H2: Existe uma relação significativa entre o sofrimento significativo e o diagnóstico de cancro da mama.

Tabela 4

Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, tempo de diagnóstico e estágio da doença

	IESSD – Inventário de Experiências subjetivas de sofrimento na doença				
	SF	SP	SE	SSR	EPS
Tempo de diagnóstico	,009	-,087	-,085	-,152	,097
	,940	,476	,486	,209	,424
Estádio	,235*	,244*	,100	,197	-,191
	,041	,034	,392	,089	,099
	76	76	76	76	76

SF= Sofrimento físico; SP= Sofrimento psicológico; SE= Sofrimento existencial; SSR= Sofrimento sócio relacional; EPS= Experiências positivas de sofrimento

* p<.05

Quando analisada a relação entre o sofrimento significativo e o tempo a que o diagnóstico foi feito, verifica-se que não existe uma relação estatisticamente significativa. Por sua vez, observa-se uma relação estatisticamente significativa entre o estágio da doença oncológica aquando o diagnóstico com o sofrimento físico ($r=.235$, $p=.041$) e o sofrimento psicológico ($r=.244$, $p=.034$). Assim, conclui-se que, quando mais avançado for o estágio da doença maior é o sofrimento físico e psicológico do companheiro da mulher com diagnóstico de cancro da mama (cf. tabela 4).

H3: Existe uma relação negativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e o diagnóstico de cancro da mama.

Tabela 5

Correlação do 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress, tempo de diagnóstico e estágio da doença

	Índice Total 23QVS
Tempo diagnóstico	-,359**
	,002
	69
Estádio	-,069
	,559
	75

** p<.01

Após a análise, verifica-se que existe uma relação negativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e o tempo de diagnóstico ($r= -.359$, $p=.002$). Assim, quanto

menos tempo passou desde que foi dado o diagnóstico, maior é a vulnerabilidade ao *stress* do companheiro da mulher diagnosticada com cancro da mama (cf. tabela 5).

H4: Existe uma relação positiva entre o índice de sintomas psicopatológicos e o diagnóstico de cancro da mama.

Tabela 6

Correlação BSI IGS – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica – Índice Geral de Sintomas, tempo de diagnóstico e estágio da doença

	BSI IGS
Tempo diagnóstico	-,173
	,152
	70
Estádio	,055
	,636
	76

Tendo em conta a análise efetuada, constatou-se que não existe relação significativa entre o índice de sintomas psicopatológicos e o tempo a que foi feito o diagnóstico de cancro da mama nem com o estágio da doença aquando o diagnóstico (cf. tabela 6).

H5: Existe uma relação negativa entre o tempo de duração da relação conjugal e sofrimento, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica.

Tabela 7

Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, BSI – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas), 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*, tempo de relação conjugal

	Sofrimento, sintomatologia psicopatológica e vulnerabilidade ao <i>stress</i>						
	SF	SP	SE	SSR	EPS	BSI IGS	Índice QVS
Tempo de Relação conjugal	-,164	-,043	-,207	-,195	,144	-,111	-,111
	,191	,736	,098	,119	,251	,378	,382
	65	65	65	65	65	65	64

SF= Sofrimento físico; SP= Sofrimento psicológico; SE= Sofrimento existencial; SSR= Sofrimento sócio relacional; EPS= Experiências positivas de sofrimento; BSI IGS = Índice Geral de Sintomas; QVS = Vulnerabilidade ao *stress*

Uma vez mais, tendo em conta a análise efetuada, verificou-se que não existe relação entre o tempo de duração conjugal com o sofrimento, a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica (cf. tabela 7).

H6: Existe uma relação positiva entre a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e as experiências subjetivas de sofrimento.

Tabela 8

Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*, BSI – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas)

	IESSD – Inventário de Experiências subjetivas de sofrimento na doença				
	SF	SP	SE	SSR	EPS
BSI IGS	,652**	,638**	,613**	,658**	-,373**
	,000	,000	,000	,000	,001
	76	76	76	76	76
Índice QVS	,360**	,410**	,473**	,451**	-,171
	,002	,000	,000	,000	,143
	75	75	75	75	75

SF= Sofrimento físico; SP= Sofrimento psicológico; SE= Sofrimento existencial; SSR= Sofrimento sócio relacional; EPS= Experiências positivas de sofrimento; BSI IGS = Índice Geral de Sintomas; QVS = Vulnerabilidade ao *stress*

** p<.01

Após a análise, confirmou-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre a sintomatologia psicopatológica e as dimensões de sofrimento, nomeadamente o sofrimento físico ($r=.652$, $p\leq.001$), o sofrimento psicológico ($r=.638$, $p\leq.001$), o sofrimento existencial ($r=.613$, $p\leq.001$) e o sofrimento sócio relacional ($r=.658$, $p\leq.001$). Quanto à dimensão de experiências positivas de sofrimento, esta relaciona-se negativamente com a sintomatologia psicopatológica ($r= -.373$, $p=.001$). Assim, quanto mais elevados os fatores psicopatológicos, menos experiências positivas de sofrimento o companheiro da mulher com diagnóstico de cancro da mama vivencia (cf. tabela 10). Relativamente à relação entre vulnerabilidade ao *stress* e as dimensões de sofrimento, verifica-se que existe uma relação positiva estatisticamente significativa com o sofrimento físico ($r=.360$, $p=.002$), com o sofrimento psicológico ($r=.410$, $p\leq.001$), com o sofrimento existencial ($r=.473$, $p\leq.001$), bem como com o sofrimento sócio relacional ($r=.451$, $p\leq.001$) (cf. tabela 8).

H7: Existe uma relação positiva entre a satisfação da relação conjugal e a presença de sintomatologia psicopatológica.

Tabela 9

Correlação do BSI IGS – Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Índice Geral de Sintomas) e relação conjugal

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
BSI IGS	-,155	,456**	,496**	,413**	-,065	-,033	,259*	-,347**
	,181	,000	,000	,000	,575	,775	,024	,002
	76	76	76	76	76	76	76	76

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois isso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

* p<.05

** p<.01

No que concerne à tabela 9, verifica-se que existe relação positiva entre o Índice Geral de Sintomas e a Q2 (Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar), Q3 (Não consigo ser a mesma pessoa), Q4 (Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois isso desapareceu) e Q7 (Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre), o que se depreende que quanto mais elevados forem os índices psicopatológicos, mais elevado é o afastamento na relação, maior dificuldade em ser a mesma pessoa, assim como antes do diagnóstico haver uma relação positiva e depois isso desapareceu e, ainda, a vida sexual passar a ser pobre. Quanto ao Índice Geral de Sintomas e a Q8 (A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico), observa-se que existe uma relação negativa, concluindo-se que quanto mais elevado o índice psicopatológico maior a alteração na vida sexual.

H8: Existe uma correlação significativa entre a satisfação da relação conjugal e a vulnerabilidade ao *stress*.

Tabela 10

Correlação do 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* e relação conjugal

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
BSI IGS	-,155	,456**	,496**	,413**	-,065	-,033	,259*	-,347**
	,181	,000	,000	,000	,575	,775	,024	,002
	76	76	76	76	76	76	76	76

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

* p<.05

** p<.01

Relativamente à tabela 10, verifica-se que existe relação positiva entre Índice Total do Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* e a Q2 (Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar), Q3 (Não consigo ser a mesma pessoa), Q4 (Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu) e Q7 (Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre), ou seja, quanto mais elevados forem os níveis de vulnerabilidade ao *stress*, mais elevado é o afastamento na relação, maior dificuldade em ser a mesma pessoa, assim como antes do diagnóstico haver uma relação positiva e depois disso desapareceu e, ainda, a vida sexual passar a ser pobre. Quanto ao Índice Total do Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* e a Q8 (A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico), observa-se que existe uma relação negativa, concluindo-se que quanto mais elevada a vulnerabilidade ao *stress* maior a alteração na vida sexual.

H9: Existe uma correlação significativa entre a satisfação da relação conjugal e as experiências subjetivas de sofrimento.

Tabela 11

Correlação do IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença e relação conjugal

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8

SF	-,174	,378**	,433**	,212	-,185	-,104	,193	-,198
	,133	,001	,000	,066	,109	,371	,095	,087
	76	76	76	76	76	76	76	76
SP	-,330**	,300**	,368**	,277*	-,277*	,034	,388**	-,300**
	,004	,008	,001	,015	,015	,769	,001	,009
	76	76	76	76	76	76	76	76
SE	-,242*	,472**	,419**	,376**	-,145	-,120	,279*	-,288*
	,035	,000	,000	,001	,212	,300	,015	,012
	76	76	76	76	76	76	76	76
SSR	-,240*	,377**	,317**	,313**	-,174	,052	,336**	-,271*
	,037	,001	,005	,006	,132	,657	,003	,018
	76	76	76	76	76	76	76	76
EPS	,202	-,162	-,241*	-,163	,127	,028	-,257*	,175
	,081	,163	,036	,158	,275	,813	,025	,131
	76	76	76	76	76	76	76	76

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

SF – Sofrimento físico; SP – Sofrimento psicológico; SE – Sofrimento existencial; SSR – Sofrimento sócio relacional; EPS – Experiências positivas de sofrimento.

*p<.05

**p<.01

Na tabela 11 observa-se que existe uma relação positiva entre a Q2 (Quando tive conhecimento do diagnóstico senti vontade de me afastar) e a Q3 (Não consigo ser a mesma pessoa) e as dimensões de sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial e sofrimento sócio relacional. Assim, conclui-se que quanto mais elevado for o sofrimento por parte do cônjuge, maior será a vontade de se afastar, de não conseguir ser a mesma pessoa, assim como passar a ter uma vida sexual mais pobre. No que se refere à Q4 (Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu), verifica-se que quanto mais elevado o sofrimento psicológico, o sofrimento existencial e o sofrimento sócio relacional, maiores as dificuldades na relação conjugal. Quanto à Q7 (Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre), constata-se que quanto mais for o sofrimento psicológico, o sofrimento existencial, o sofrimento sócio relacional e as experiências positivas de sofrimento, maior dificuldade o cônjuge tem em conseguir ser a mesma pessoa e passa a

sentir a sua vida sexual mais pobre. Também de referir que o sofrimento psicológico está relacionado com o primeiro impacto do diagnóstico, Q5 (Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal).

Relativamente à Q1 (Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou) e à Q8 (A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico), existe uma relação negativa com o sofrimento psicológico, sofrimento existencial e com o sofrimento sócio relacional, o que significa que quanto mais elevadas estas três dimensões de sofrimento, menor é a satisfação com a relação conjugal e a vida sexual.

Por último, quanto à Q1 (Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou) e às experiências positivas de sofrimento, verifica-se uma relação positiva, ou seja, o cônjuge considera que após o conhecimento da doença oncológica a relação conjugal melhorou. Já a Q3 (Não consigo ser a mesma pessoa) e as experiências positivas de sofrimento, revelam uma relação negativa, ou seja, o cônjuge refere que após o diagnóstico não consegue ser a mesma pessoa.

H10: Existe uma relação entre o número de meses passados desde o diagnóstico de cancro da mama e a satisfação com a relação conjugal.

Tabela 12

Correlação da relação conjugal e dos meses de diagnóstico de cancro da mama

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Há quanto tempo foi feito o diagnóstico (meses)	,008	-,408**	-,285*	-,445**	-,025	,083	-,153	,133
	,949	,000	,017	,000	,835	,497	,206	,272
	70	70	70	70	70	70	70	70

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois isso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

**p<.01

Após a análise da tabela 12, verifica-se que entre o número de meses passados desde o diagnóstico de cancro da mama e a relação conjugal, mais especificamente na Q2 (Quando tive conhecimento do diagnóstico senti vontade de me afastar), na Q3 (Não consigo ser a mesma pessoa) e na Q4 (Antes do diagnóstico tínhamos uma relação

positiva, depois disso desapareceu), existe relação significativa. Ou seja, à medida que o tempo vai passando existe uma vontade de o cônjuge se aproximar, de voltar a ser a mesma pessoa, assim como de voltar a ter a relação conjugal positiva que tinha antes do diagnóstico.

H11: Existe uma relação entre o estágio da doença oncológica e a satisfação da relação conjugal.

Tabela 13

Correlação do estágio da doença e relação conjugal

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Estádio da doença	-,109	-,170	-,097	-,326**	-,136	,141	,079	-,053
	,348	,142	,404	,004	,241	,226	,496	,652
	76	76	76	76	76	76	76	76

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

**p<.01

Na tabela 13 observa-se que o estágio da doença e a relação conjugal, em particular com a Q4 (Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu), têm uma relação negativa, ou seja, quanto mais avançado o estágio da doença oncológica mais a relação conjugal positiva que existia antes do diagnóstico tende a desaparecer.

H12: Existe uma correlação entre a relação conjugal e o tempo de relação.

Tabela 14

Correlação entre o tempo de relação e relação conjugal

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Tempo de relação	-,050	-,180	-,102	-,142	-,218	-,084	-,290*	,041
	,694	,151	,417	,259	,081	,507	,019	,747

65 65 65 65 65 65 65 65

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

*p<.05

Na tabela 14 verifica-se que há uma relação negativa entre o tempo de relação e a relação conjugal, em particular na Q7 (Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre). Então, quanto mais duradoura for a relação conjugal menos relevante é a vida sexual.

H13: Existe uma correlação entre a idade dos participantes e a relação conjugal.

Tabela 15

Correlação da idade dos participantes e relação conjugal

	Relação conjugal							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Idade	,164	-,447**	-,455**	-,489**	,271*	,128	-,133	,137
	,165	,000	,000	,000	,020	,280	,261	,248
	73	73	73	73	73	73	73	73

Q1 – Desde que soube da doença considero que a minha relação melhorou; Q2 – Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar; Q3 – Não consigo ser a mesma pessoa; Q4 – Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu; Q5 – Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal; Q6 – No que se refere à vida sexual, antes do diagnóstico era positiva; Q7 – Com o diagnóstico de cancro da mama passamos a ter uma vida sexual pobre; Q8 – A nossa vida sexual não se alterou em nada com o diagnóstico.

*p<.05

**p<.01

Após a análise da tabela 15, verifica-se que existe uma relação negativa significativa entre a idade dos participantes e a relação conjugal, especificamente na Q2 (Quando tive conhecimento do diagnóstico, senti vontade de me afastar), na Q3 (Não consigo ser a mesma pessoa) e na Q4 (Antes do diagnóstico tínhamos uma relação positiva, depois disso desapareceu). Ou seja, quanto mais idade tiver o cônjuge menos vontade tem de se afastar aquando o conhecimento do diagnóstico, de voltar a ser a mesma pessoa, assim como voltar a ter a relação conjugal positiva que tinha antes do diagnóstico. Relativamente à Q5 (Com o diagnóstico ficamos afetados, mas já voltou tudo ao normal), verifica-se uma relação positiva o que significa que quanto mais idade tem o cônjuge, mais afetado este ficou aquando o diagnóstico, embora tudo já tenha voltado ao normal.

6. Discussão dos Resultados

Seguidamente serão tratados e interpretados os resultados obtidos nos estudos realizados, tendo como referência a análise descritiva, o Coeficiente de Correlação de Pearson (r) e o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (r_s).

O primeiro estudo teve como finalidade a descrição das variáveis sociodemográficas e da história médica. As variáveis sociodemográficas estudadas consistem em: idade, estado civil, residência, escolaridade, profissão, número de filhos a seu cargo. Relativamente à história médica, questiona-se se o participante já recorreu à ajuda de um profissional na área de saúde mental; se há história passada de doença oncológica; há quanto foi diagnosticada a doença; em que estágio estava; qual o tratamento aconselhado; e em que fase se encontra atualmente a doença oncológica. Serão, também, exploradas as variáveis relação conjugal e dinâmica sexual, quer antes quer após o diagnóstico de cancro da mama. Por último, a presença/ausência de vulnerabilidade ao *stress*, sintomatologia psicopatológica e sofrimento; e a correlação entre a idade dos participantes e a sintomatologia psicopatológica, a vulnerabilidade ao *stress* e o sofrimento.

Após a análise descritiva foi possível observar que os participantes (N=76) tinham, em média, 49 anos de idade e que 89,5% são casados, em média, há 21 anos. A maioria dos participantes (88,2%) refere ter filhos a cargo, sendo que com o diagnóstico de cancro da mama relatam ser eles próprios a assumir os principais cuidados com os dependentes e para 40,8% dos participantes exercer esse papel é um fator gerador de *stress*. Estes resultados vão de encontro ao exposto por Dias, Manuel, Xavier e Costa (2002) que comprova que os cônjuges alteram a sua rotina para passar a assumir funções que até ao momento eram assumidas pelas mulheres, nomeadamente cuidar dos filhos. Esta alteração de rotina e alteração de papéis, em que o cônjuge passar a ser o principal cuidador dos filhos, da mulher acometida pela doença e continua a exercer a sua atividade profissional para garantir o sustento da família, parece levar a uma maior propensão para o desenvolvimento de vulnerabilidade ao *stress* (Akechi, Akizuji, Okamura, Shimizu, Oba, Ito, Yoshikawa, Nakano, Inagaki & Uchitomi, 2006).

Relativamente à história médica, os participantes referem que, em média, o diagnóstico de cancro da mama foi feito há 40 meses, mencionando o estágio II da doença como o mais frequente e, por consequência, a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia como o conjunto de tratamentos mais aconselhado (69,7%). Na última parte deste primeiro estudo, procedeu-se à caracterização da relação

conjugal para tentar perceber a validade de estudos estrangeiros já realizados anteriormente que concluíram que os cônjuges vivenciam perturbações e que, por isso, o cancro da mama deve ser perspectivado no contexto da relação conjugal, até para uma melhor adaptação à doença por parte da mulher e do cônjuge (Jun, Kim, Chang, Oh, Kang & Kang, 2011; Manne & Badr, 2008). Assim, verificou-se que a maioria dos participantes (71%) considera que a sua relação conjugal não obteve qualquer melhoria com o diagnóstico de cancro da mama e novamente a maioria (82%) menciona que, apesar do impacto do diagnóstico, não sentiu qualquer vontade de se afastar. 67,1% dos participantes refere que a relação positiva que tinham antes do diagnóstico se manteve após o conhecimento da doença, embora 35,5% dos participantes refira, na questão a seguir, que após o diagnóstico não conseguiram voltar à normalidade. Relativamente à vida sexual, 77,7% dos participantes afirmam que tinham uma vida sexual positiva antes do diagnóstico de cancro da mama e 50% relata que a vida sexual não sofreu deteriorações após o conhecimento da doença. Por último, os participantes (92,2%) acrescentam que a vida sexual não sofreu qualquer alteração com o diagnóstico.

No que diz respeito ao segundo estudo, correlacional, foi realizada uma descrição das variáveis psicológicas, nomeadamente a vulnerabilidade ao *stress*, a sintomatologia psicopatológica e as experiências subjetivas de sofrimento na doença, sendo que cada uma destas variáveis está subdividida por diferentes dimensões. Para avaliar cada uma das três variáveis psicológicas foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23QVS), Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) e Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD), respetivamente. Quanto à vulnerabilidade ao *stress*, foi possível verificar que 94,7% têm presença de vulnerabilidade ao *stress*, ou seja, há uma maior probabilidade do cônjuge reagir negativamente face a um acontecimento de vida (Vaz Serra, 2000), em particular frente ao diagnóstico de cancro da mama da mulher. Conclui Vaz Serra (2007) que uma das principais ameaças ao sujeito que pode gerar vulnerabilidade ao *stress* é precisamente a doença de um familiar próximo. No que se refere à presença de sintomatologia psicopatológica associada, constatou-se que 63,2% dos participantes têm presença de sintomatologia psicopatológica. O que vai de encontro a um estudo de Bottino, Fráguas e Gattaz (2009) que referencia o cancro da mama como o tipo de cancro mais associado a níveis significativos de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente sintomas depressivos. Por último, relativamente às dimensões do Inventário de Experiências Subjetivas de Dor e Sofrimento na Doença

(IESSD), observou-se que, em média, 44,38 dos participantes apresentam níveis significativos de sofrimento existencial e 39,32 sofrimento psicológico.

Os resultados decorrentes da presente investigação revelam correlações estatisticamente significativas, quer positiva como negativamente, nas hipóteses de investigação colocadas. Assim, confirma-se a H1 pois quanto mais avançado for o estágio da doença, maior é o sofrimento físico e psicológico do cônjuge. A confirmação desta hipótese vai de encontro ao estudado por Nezu, Nezu, Friedman, Faddis e Houts (1998) que concluem que o bem-estar do cônjuge é posto em causa com o diagnóstico da doença oncológica. A H2 revela que quanto menos tempo passou após o momento do diagnóstico, maior será a vulnerabilidade ao *stress* do cônjuge. Também esta hipótese é confirmada por outros estudos realizados que referem que o impacto do diagnóstico é equivalente na mulher e no homem (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008) e que, no caso do cônjuge por ser o principal cuidador, normalmente despoleta vulnerabilidade ao *stress* (Vaz Serra, 2000). Relativamente à H5, conclui-se que existe uma relação positiva estatisticamente significativa entre sintomatologia psicopatológica e a maioria das dimensões de sofrimento, nomeadamente o sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial e sofrimento sócio relacional. Ao contrário da dimensão de experiências positivas de sofrimento que se relaciona negativamente com os sintomas psicopatológicos. Então, quanto mais elevados os sintomas psicopatológicos, menos experiências positivas de sofrimento o cônjuge vivencia. A relação entre vulnerabilidade ao *stress* e as dimensões de sofrimento também ela é positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões de sofrimento, exceto com a dimensão das experiências positivas de sofrimento. Uma vez mais, a confirmação da hipótese evidenciada vai de encontro a estudos anteriores (Baider & De-Nour, 1984; Omne-Pontén, Holmberg, Bergstrom, Sjudén & Burns, 1993) que dizem que os cônjuges das mulheres com cancro da mama vivenciam níveis significativos de *stress*, perturbações físicas, comportamentais e emocionais. Mais tarde Stiefel, Trill, Berney, Olarte e Razavi (2001) mencionaram que entre a depressão e a dor existe uma interação bidirecional, uma vez que períodos longos de dor se relacionam intimamente com sintomas depressivos. A H6 evidencia também uma relação estatisticamente significativa. Desta vez entre o Índice Geral de Sintomas (BSI IGS) e a relação conjugal, em particular a Q2, Q3, Q4, Q7, observa-se uma relação positiva. Então quanto mais elevados forem os índices psicopatológicos, mais elevado é o

afastamento na relação, maior dificuldade em ser a mesma pessoa, assim como antes do diagnóstico haver uma relação positiva e depois disso desapareceu e, ainda, a vida sexual passar a ser pobre. Pelo contrário, a relação existente entre o Índice Geral de Sintomas (BSI IGS) e a Q8 é negativa, concluindo-se que quanto mais elevado o índice de sintomatologia psicopatológica maior a alteração na vida sexual. Os resultados da H7 vão exatamente ao mesmo encontro da hipótese anterior, mostrando que quanto mais elevados forem os níveis de vulnerabilidade ao *stress*, mais elevado é o afastamento na relação, maior dificuldade em ser a mesma pessoa, assim como antes do diagnóstico haver uma relação positiva e depois disso desapareceu e, ainda, a vida sexual passar a ser pobre. Quanto à relação existe entre a Q8 e a vulnerabilidade ao *stress*, uma vez mais, observa-se que existe uma relação negativa, concluindo-se que quanto mais elevada a vulnerabilidade ao *stress* maior a alteração na vida sexual. A H8 evidencia uma relação positiva entre a Q2, Q3 e Q7 com o sofrimento, nomeadamente com o sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existência e sofrimento sócio relacional, revelando que quanto mais elevado o sofrimento psicológico, o sofrimento existencial e o sofrimento sócio relacional, maiores as dificuldades na relação conjugal. A mesma hipótese apresenta uma relação negativa entre a Q1 e a Q8 com o sofrimento psicológico, sofrimento existencial e com o sofrimento sócio relacional, o que significa que quanto mais elevadas estas três dimensões de sofrimento, menor é a satisfação com a relação conjugal e a vida sexual. A Q8 e o sofrimento existencial apresentam também uma relação negativa, mostrando que quanto mais elevado o sofrimento existencial, maiores as alterações na vida sexual. A H6, H7 e a H8 vão de encontro a estudos realizados anteriormente por diferentes autores que mencionam o impacto do diagnóstico como sendo idêntico na mulher e no cônjuge (Bishop, 1994; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996; Hagdoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes & Sanderman, 2000) como uma grande preocupação que poderá despoletar sintomatologia psicopatológica e vulnerabilidade ao *stress*, embora as experiências de sofrimento sejam subjetivas (Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989; Maguire, 1994; Wagner, Bigatti & Storniolo, 2006; Tavoli, Montazeri, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008). Relativamente à H9, esta hipótese revela novamente uma relação negativa entre o tempo de diagnóstico e a relação conjugal, em particular a Q2, Q3 e Q4, evidenciando que à medida que o tempo vai passando existe uma vontade de o cônjuge se aproximar, de voltar a ser a mesma pessoa, assim como de voltar a ter a relação conjugal positiva que tinha antes do diagnóstico; corroborando com Ogden (2004) e Pereira e Lopes (2002) que afirmam que

com o decorrer do tempo, e após a aplicação de diferentes mecanismos de defesa, a mulher e o cônjuge acabam por aceitar o diagnóstico. A H10 revela que existe uma relação negativa entre o estágio da doença e a relação conjugal, Q4, ou seja, quanto mais avançado o estágio da doença oncológica mais a relação conjugal tende a voltar a ser positiva como antes do diagnóstico. Os resultados obtidos vão contra os obtidos noutros estudos (Grzybowski, Schmidt & Borges, 2008; Maluf, Mori & Barros, 2005; Ramos & Patrão, 2005) que afirmam que o sofrimento emocional e a adaptação ao cancro da mama e, por sua vez a relação conjugal, diferem de acordo com o estágio da doença no momento do diagnóstico, assumindo que pelo sofrimento ser mais elevado poderá haver uma maior deterioração na relação. A H11, tal como a H10, apresenta uma relação negativa estatisticamente significativa entre o tempo de relação e a relação conjugal, Q7, mostrando que quanto mais duradoura for a relação menos primordial é a vida sexual, passando a dar prioridade aos vínculos fortes (Franco, 2008). Por sua vez, a H12 apresenta uma relação positiva entre a relação conjugal, Q5, e a idade do cônjuge, significando que quanto mais idade tem o cônjuge, mais afetado este ficou aquando do diagnóstico, embora tudo já tenha voltado ao normal. Por outro lado, a H12 apresenta também uma relação negativa estatisticamente significativa relativamente à idade dos participantes e à relação conjugal, em particular a Q2, Q3 e Q4. Então, quanto mais idade tiver o cônjuge menos vontade tem de se afastar aquando do conhecimento do diagnóstico, procura voltar a ser a mesma pessoa, assim como voltar a ter a relação conjugal positiva que tinha antes do diagnóstico. Segundo Minuchin (1990) isto acontece porque a família (neste caso concreto o cônjuge) tem o objetivo de promover o bem-estar da mulher, tendo a capacidade evolutiva e adaptação a situações hostis. Por último, a H13 evidencia uma relação negativa entre o Índice Geral de Sintomas, o Índice Total de Vulnerabilidade ao *Stress* e o sofrimento existencial. Assim, quanto maior o número de anos do cônjuge, menor os sintomas psicopatológicos e menores os índices de vulnerabilidade ao *stress* e menor o sofrimento existencial.

Conclusão

Os resultados dos estudos realizados na presente investigação revelam que 94,7% da amostra tem vulnerabilidade ao *stress*, 63,2% presença de sintomatologia psicopatológica e, em média, 44,48 dos participantes possuem sofrimento existencial e 39,32 sofrimento psicológico. Estes valores parecem mostrar que o cônjuge percebe a sua tarefa como comportando um nível de exigência grande percebendo ainda que tem

dificuldade em sentir que controla a situação. Assim, os resultados parecem mostrar que os companheiros das mulheres com cancro da mama se encontram emocionalmente perturbados e pouco preparados para exercer o papel de cuidador informal, apoio social que sentem ser necessário assumir, acabando por colocar em causa o seu bem-estar e quem sabe se também o da sua mulher (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998). Fornecer apoio enquanto cuidador informal de alguém tão significativo pode resultar num sentimento de sobrecarga para o qual nem sempre e se calhar a maior parte das vezes se está preparado, sendo que esta sobrecarga está intimamente relacionada com a perceção que o cônjuge tem do nível da sua saúde física, bem-estar psicológico, vida social e situação financeira poderão ser afetados pelo diagnóstico de cancro da mama (Zarit, Todd & Zarit, 1986). Por consequência, haverá uma maior probabilidade de emergir alterações significativas na díade conjugal, uma vez que é no seu contexto que recai o impacto direto da doença oncológica (Cassileth, Lusk, Strouse, Miller, Brown & Cross, 1985; Ptacek, Ptacek & Dodge, 1994), tornando a relação conjugal vulnerável e capaz de a comprometer (Schover, 1991). Assim, constata-se que a revisão bibliográfica fundamenta a preocupação e a pertinência de futuras investigações nesta população-alvo. Ao intervir nos cônjuges das mulheres com cancro da mama possibilitará uma melhoria no seu bem-estar, uma preparação adequada para lidar com a mulher doente, a doença em si e os tratamentos. Deste modo, o bem-estar da mulher com cancro da mama será ajustado e, por consequência, haverá uma maior e melhor adesão aos tratamentos (Carlson, Bultz, Speca & Pierre, 2000; Dorval, Maunsell, Taylor-Brown & Kilpatrick, 1999; Moreira, Silva & Canavarro, 2009).

A presente investigação contém certas limitações de entre as quais o número reduzido da amostra. Foi por vezes difícil conseguir participantes para a investigação pois, na maioria das vezes, as mulheres apresentavam-se sozinhas aos tratamentos e/ou às consultas. Sendo também frequente que apenas as mulheres procurassem apoio em associações, movimentos e/ou projetos revelando que as próprias associações, em muitos casos, não estão também elas preparadas para lidar com estes sujeitos. A amostra, por outro lado, pode conter alguns enviesamentos na medida em que foi recolhida em diferentes associações e unidades de cuidados de saúde da zona norte do país e, por isso, não podem ser generalizados para a população portuguesa, uma vez que não são representativos da nossa população. Considera-se, ainda, que sendo esta realidade estudada pouco usual no nosso país e envolvendo problemáticas que

culturalmente podem ser sentidas como invasivas, os resultados podem ter sofrido efeitos da desajustabilidade social em algumas das respostas.

É de assinalar que foi explicada detalhadamente a Declaração de Consentimento de Participação na Investigação, expondo os objetivos, o carácter voluntário, confidencial e anónimo da participação, tendo sido comunicado que apenas os dados coletivos de todos os participantes eram relevantes, considerando-se irrelevantes os dados individuais de cada um dos participantes. Foi, ainda, transmitido que, no caso de aceitarem participar na investigação, podiam desistir a qualquer momento; mostrando-se igualmente a pertinência da temática junto desta população-alvo específica, os cônjuges das mulheres com cancro da mama. Por último, ressaltou-se a inexistência de riscos ou incómodos na participação neste estudo.

Em suma, espera-se que com esta investigação se tenha conseguido descortinar um pouco mais a temática, na medida em que se tentou dar um pequeno contributo ao estudar o tema num contexto conjugal. Acredita-se ser imprescindível a consciencialização da lacuna existente na informação prestada a estes companheiros, bem como o modo em que, na maioria das vezes, são postos de lado para, assim, criar intervenções coerentes e proveitosas neste âmbito, de forma a melhorar quer o bem-estar do cônjuge quer o bem-estar da mulher e criar melhores condições de adaptação à realidade vivida. Por último, é fundamental referir que a realização desta investigação passou por períodos de oscilação entre sentimentos como o medo e insegurança, mas também orgulho e satisfação, com uma assinalável aprendizagem pessoal e profissional, com especial destaque para um maior domínio da temática oncológica, para o conhecimento adquirido nas relações conjugais e familiares e para as lacunas detetadas nesta população específica.

Referências Bibliográficas

- Abreu, E. & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer da mama feminino. *Revista brasileira de cancerologia*, 48(1), 113-131. Obtido de: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf
- Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Oba, A., Ito, T., Yoshikawa, E., Nakano, T., Inagaki, M. & Uchitomi, Y. (2006). Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Journal of clinical oncology*, 36(5), 329-332. Doi: 10.1093/jjco/hy1029
- Alexandre, D., Cebola, M. & Mendes, L. (2012). Alimentação, composição corporal e cancro da mama. *Saúde e Tecnologia*, 1, 9-12. Obtido de: http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/alimentacao_comopsicao_corporal_e_cancro_da_mama.pdf
- Almanza-Muñoz, J. J. (2001). Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 35-43. Obtido de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fe928476-e2fa-448e-a4c0-a02a9e1ec23a%40sessionmgr4&vid=11&hid=8>.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Alves, M. L. S. D., Jardim, M. H. A. G. & Freitas, O. M. S. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista de enfermagem referência*, 3(8), 115-124. Obtido de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300012
- Ambrósio, D. C. M. & Santos, M. A. (2011). Vivências de familiares de mulheres com câncer da mama: uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 27(4), 475-484. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/11.pdf>
- Andersen, B. L. & Simonelli, L. E. (2007). Cancer: general. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman & R. West (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (584-591). New York: Cambridge University Press.
- Arpin, K., Fitch, M., Browne, G. B. & Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of clinical epidemiology*, 43(4), 373-383. Doi: 10.1016/0895-4356(90)90123-7

- Arpin, K., Fith, M., Browne, G. B. & Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of clinical epidemiology*, 43(4), 373-383. Doi: 10.1016/0895-4356(90)90123-7
- Baider, L. & De-Nour, A. K. (1984). Couples' reactions and adjustment to mastectomy: a preliminary report. *The international journal of psychiatry in medicine*, 14(3), 265-276. Doi: 10.2190/WVVE-D9CF-VN7F-L4D7
- Ballatori, E. & Roila, F. (2003). Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health and quality of life outcomes*, 3, 46. Doi: 10.1186/1477-7525-1-46
- Barros, A. C. S. D. (2008). Câncer da mama. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes & L. Barros (Eds.). *Temas em Psico-Oncologia* (40-45). São Paulo: Summus editorial.
- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal. *Ata médica portuguesa*, 20, 139-144. Obtido de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/2/139-144.pdf>.
- Beck, A. (1970). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bernardes, A. (2010). *Manual de Ginecologia: anatomia da mama feminina*. Editora: Permanyer.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: integrating mind and body*. Boston: Allynand Bacon.
- Blanco, A., Antequera, R. & Aires, M. (2002). Percepción subjetiva del cáncer. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.). *Territórios da psicologia oncológica* (605-637). Lisboa: Climepsi.
- Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Toniollo, P. B., Mazer, S. M., Valle, E. R. M. & Santos, M. A. (2006). Perceção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, 11(2), 361-369. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>.
- Bottino, S. M. B., Fráguas, R. & Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 110-115. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/07.pdf>
- Bower, M. & Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Brandão, A., Dias, M. & Torgal, I. (2012). Carcinoma ductal *in situ*: avaliação do tratamento cirúrgico e características da peça operatória. *Acta Obstétrica e Ginecológica*, 6(4), 177-179. Obtido de: http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_614.pdf#page=26
- Caetano, J. A. & Soares, E. (2005). Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self físico e do self pessoal. *Revista de enfermagem UERJ*, 13, 210-216. Obtido de: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a11.pdf>.
- Caponero, R. (2008). Biologia do câncer. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes & L. Barros (Eds.). *Temas em Psico-Oncologia* (32-39). São Paulo: Summus editorial.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *PsiLogos*, 6(2), 8-18. Obtido de: http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20_%20p8-19.pdf
- Carlson, L. E., Bultz, B. D., Speca, M. & Pierre, M. S. (2000). Partners of cancer patients: Part I – impact, adjustment and coping – across the illness trajectory. *Journal psychosocial oncology*, 18(2), 39-63. Doi: 10.1300/J077v18n02_03
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida: num serviço de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos. *Acta médica portuguesa*, 24(4), 545-554. Obtido de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/487/195>
- Carter, R. & Golant, S. (1996). *Helping yourself helps others: a book for caregivers*. New York: Times books.
- Carver, C. S. & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast câncer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health psychology*, 23(6), 595-598. Doi: 10.1037/0278-6133.23.6.595.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L. & Cross, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 55, 72-76. Doi: 10.1002/1097-0142(19850101)55:1<72::AID-CNCR2820550112>3.0.CO;2-S
- chronic illness in the mother: the spouse's perspective. *Social science medicine*, 29(11), 1261-1269. Doi: 10.1016/0277-9536(89)90066-X

- Cigoli, V. & Scabini, E. (2006). *Family identity: ties, symbols and transitions*. London: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.
- Coelho, J. L. P. (2006). Carcinoma da mama. In P. Ponce (Coord.). *Manual de terapêutica médica* (25-38). Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Colditz, G. A. (2005). Epidemiology and prevention of breast cancer. *Cancer epidemiology, biomarkers and prevention*, 14, 768-772. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-04-0157
- Coronha, A. L., Camilo, M. E. & Ravasco, P. (2011). A importância da composição corporal no doente oncológico: qual a evidência? *Ata Médica Portuguesa*, 24(S4), 769-778. Obtido de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1595/1178>.
- Coronha, A. L., Camilo, M. E. & Ravasco, P. (2011). A importância da composição corporal no doente oncológico: qual a evidência? *Ata médica Portuguesa*, 24(S4), 769-778. Obtido de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1595/1178>
- Dias, M. & Durá, E. (2001). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Editora: Climepsi
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P. & Costa, A. (2002). O cancro da mama no «seio» da família. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (303-320). Lisboa: Climepsi.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschênes, L. & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of clinical oncology*, 23(15), 3588-3596. Doi: 10.1200/JCO.2005.01.628
- Dorval, M., Maunsell, E., Taylor-Brown, J. & Kilpatrick, M. (1999). Marital stability after breast cancer. *Journal of the national cancer institute*, 91(1), 54-59. Doi: doi: 10.1093/jnci/91.1.54
- Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de psicologia*, 8(1), 155-163. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>.
- Estapé, T. (2002). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.). *Territórios da psicologia oncológica* (481-492). Lisboa: Climepsi

- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, P., Baum, M. & A'Hern, R. P. (1994). Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *British medical journal*, 309-448. Doi: [dx.doi.org/10.1136/bmj.309.6952.448](https://doi.org/10.1136/bmj.309.6952.448)
- Farante, G., Zurrída, S., Viale, G., Sauer, F., Camarotti, D., Goldhirsch, A. & Veronesi, U. (2010). Novo TNM: classificação do cancro da mama proposta pelo Instituto Europeu de Oncologia de Milão, Itália. *Revista de Mastologia*, 20(2), 61-65. Obtido de: http://www.sbmastologia.com.br/downloads/mastologia_v20n2.pdf#page=7.
- Fernandes, A. F. C. & Mamede, M. V. (2004). O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. *Texto & contexto enfermagem*, 13(1), 35-40. Obtido de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413106.pdf>.
- Ferreira, C. B., Almeida, A. M. & Rasera, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciam. *Comunicação, saúde e educação*, 12(27), 863-871. Doi: [dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400015](https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400015)
- Ferreira, M. L. S. & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. *Revista latino enfermagem*, 11(3), 299-304. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>.
- Flach, A. B. (2002). *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Franco, M. H. P. (2008). A família em psico-oncologia. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes & L. Barros (Eds.). *Temas em Psico-Oncologia* (347-350). São Paulo: Summus editorial.
- Freitas, C., Brazão, K., Farinha, A., Vieira, J. & Ferreira, M. (2011). Preservação da fertilidade na mulher com doença oncológica. *Acta médica portuguesa*, 24, 881-888. Obtido de: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.actamedicaportuguesa.com%2Frevista%2Findex.php%2Famp%2Farticle%2Fdownload%2F1582%2F1165&ei=A7XTU97FFqay0QWN5YDgBg&usg=AFQjCNGL58N_IxYaJf_cdUWvjGWBIZ6NPg&sig2=toLkPyEbyweEIA7B1ADTSQ
- Fritz, G. K., Williams, J. R. & Amylon, M. (1988). After treatment ends: psychosocial sequelae in pediatric cancer survivors. *American journal of orthopsychiatry*, 58(4), 552-561. Doi: [10.1111/j.1939-0025.1988.tb01619.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01619.x)

- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D. & Spiegel D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of family psychology, 14*(2), 251-266. Doi: 10.1037/0893-3200.14.2.251
- Gilbert, E., Ussher, J. M. & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas, 66*(4), 397-407. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.03.027
- Given, B. A., Sherwood, P. & Given, C. W. (2011). Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention, 20*(10), 2015-2021. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0611
- Gobatto, C. A. & Araújo, T. C. C. F. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Sociedade brasileira de psicologia hospitalar, 13*(1), 52-63. Obtido de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>.
- Gomes, M., Simões, M., Seabra, F., Santos, L. & Oliveira, C. (2010). Patologia oncológica num Hospital Central no século XXI: Novos casos nos H. U. C. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 17*(2), 79-84. Obtido de: http://www.spmi.pt/revista/vol17/vol17_n2_2010_079_084.pdf
- Grzybowski, M. A., Schmidt, C. & Borges, V. R. (2008). A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. *Psicologia hospitalar, 6*(1), 82-96. Obtido de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a07.pdf>.
- Haber, G., Ahmed, N. U. & Pekovic, V. (2012). Family history of cancer and its association with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American journal of public health, 102*(12), 2322-2329. Doi: 10.2105/AJPH.2012.300786
- Haddad, P., Pitceathly, C. & Maguire, P. (1996). Psychological morbidity in the partners of cancer patients. In C. L. Baider, K. A. De-Nour (Eds.). *Cancer and the family* (257-268). New York: Wiley.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbes, T. & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology, 9*, 232-242. Obtido de: http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2000/Coupdewic/Hagedoorn_2000_Psycho_Oncology.pdf
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C. & Rubin R. (2006). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças – psicologia da saúde, 14*(2), 143-150.

Obtido de: www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/view/645/645.

- Hordern, A. (2000). Intimacy and sexuality for women with breast cancer. *Cancer nursing*, 23(3), 230-236. Doi: 10.1097/01.NCC.0000305695.12873.d5
- José de Mello Saúde (2012). Oncologia: saiba porque temos cada vez mais finais felizes [edição especial]. + *Vida*, 7.
- Jun, E., Kim, S., Chang, S., Oh, K., Kang, H. S. & Kang, S. S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 34(2), 142-149. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f1ab7a
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, 15(104), 2872-2881. Doi: 10.1002/cncr.21532
- Kissane, D. W., Bloch, S., Burns, W. I., McKenzie, D. & Posterino, M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology: journal of the psychological, social and behavioral dimensions of cancer*, 3(1), 47-56. Doi: 10.1002/pon.2960030109
- Krychman, M. L. & Katz, A. (2012). Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options (CME). *The journal of sexual medicine*, 9(1), 5-13. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02566.x
- Lewis, F., Woods, N., Hough, E. & Bensley, L. (1989). The family's functioning with
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F. L., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N. & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal: racional, objetivos e metodologia – Estudo perfil. *Ata médica portuguesa*, 21, 329-334. Obtido de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/4/329-334.pdf>.
- Macieira, R. C. & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e câncer. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes & L. Barros (Eds.). *Temas em Psico-Oncologia* (294-305). São Paulo: Summus editorial.
- Maguire, P. (1994). Psychological aspects. *British medical journal*, 309(6969), 1649-1652. Obtido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542001/pdf/bmj00470-0061.pdf>

- Maluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 52(1), 49-58. Obtido de: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf.
- Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C., M. & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European journal of oncology nursing*, 15(2), 167-172. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.07.008
- Manne, S. & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *American cancer society*, 112(11), 2541-2555. Doi: 10.1002/cncr.23450
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Mohan, A. & Ponnusankar, S. (2013). Newer therapies for the treatment of metastatic breast cancer: a clinical update. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 75(3), 251-261. Doi: 10.4103/0250-474X.117396.
- Moniz, P. A. F., Fernandes, A. M. & Oliveira, L. (2011). Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. *Revista de enfermagem referência*, 3(5), 163-171. Doi: dx.doi.org/10.12707/RIII1148
- Monsanto, F., Lança, C., Sá, A. C., Coelho, C. M. & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. *Saúde e Tecnologia*, 9, 40-44. Obtido de: http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_6_influencia.pdf
- Monteiro, I. S. (2012). *Depressão: por que é que uns deprimem e outros não?* Lisboa: Climepsi.
- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2011). A adaptação ao cancro da mama nas fases de diagnóstico e sobrevivência: será o investimento na aparência um fator explicativo relevante? *Análise psicológica*, 4(24), 505-520. Doi: 10.14417/ap.100
- Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, saúde e doenças*, 13(2), 169-

190. Obtido de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000200004&script=sci_arttext.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, saúde & doenças*, 9(1), 165-184. Obtido de: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36290114.pdf>
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2009). O papel da intimidade conjugal na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. *Psicologia, saúde & doenças*, 10(1), 127-147. Obtido de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000100010&script=sci_arttext
- Narod, S. A., Iqbal, J., Jakubowska, A., Huzarski, T., Sun, P., Cybulski, C., Gronwald, J., Byrski, T. & Lubinski, J. (2013). Are two-centimeter breast cancers large or small? *Current oncology*, 20(4), 205-211. Doi: [dx.doi.org/10.3747/co.20.1364](https://doi.org/10.3747/co.20.1364)
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S. & Houts, P. (1998). *Helping cancer patients cope: a problem-solving approach*. Washington: American Psychological Association.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Bos, G. A. M. & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91(5), 1029-1039. Doi: [10.1002/1097-0142\(20010301\)91:5<1029::AID-CNCR1094>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20010301)91:5<1029::AID-CNCR1094>3.0.CO;2-1)
- Northouse, L. L. & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Seminars in oncology nursing*, 9(2), 74-82. Doi: [10.1016/S0749-2081\(05\)80102-0](https://doi.org/10.1016/S0749-2081(05)80102-0)
- Northouse, L. L., Dorris, G. & Charron-Moore, C. (1995). Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social, science & medicine*, 41(1), 69-76. Doi: [10.1016/0277-9536\(94\)00302-A](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00302-A)
- O'Mahoney, J. M. & Carroll, R. A. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 4(4), 397-415. Doi: [10.1023/A:1026205502614](https://doi.org/10.1023/A:1026205502614)
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, A. & Pimentel, F. L. (2008). Qualidade de vida dos doentes oncológicos: avaliada pelo próprio e pelo cuidador. *Ata médica portuguesa*, 21, 125-134. Obtido de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/2/125-134.pdf>.

- Oliveira, C. F. & Silva, T. S. (2011). *Manual de Ginecologia: carcinoma invasivo da mama – do diagnóstico ao tratamento cirúrgico*. Editora: Permanyer.
- Oliveira, J. (2006). Princípios gerais de tratamento em oncologia. In P. Ponce (Coord.). *Manual de terapêutica médica* (3-6). Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Omne-Pontén, M., Holmberg, L., Bergstrom, R., Sjudén, P. O. & Burns, T. (1993). Psychosocial adjustment among husbands of womens treated for breast cancer; mastectomy vs. breast-conserving surgery. *European journal of cancer*, 29(10), 1393-1397. Doi: 10.1016/0959-8049(93)90009-5
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Lisboa: Livpsic.
- Parkin, D. M., Boyd, L. & Walker, L. C. (2011). The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105, 77-81. Doi: 10.1038/bjc.2011.489
- Patrão, I, Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro da mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, community and health*, 1(1), 33-55. Doi: 10.5964/pch.v1i1.6
- Pennery, E., Speechley, V. & Rosenfield, M. (2010). *Cancro da mama*. Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Pereira, J. C. (2000). *Carcinoma da mama: aspetos terapêuticos*. Cacém: amgen.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2009). Personalidade e câncer da mama: produção científica em psico-oncologia. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25(4), 611-620. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a17v25n4.pdf>
- Picard, L., Dumont, S., Gagnon, P. & Lessard, G. (2006). Coping strategies among couples adjusting to primary breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 23(2-3), 115-135. Doi: 10.1300/J077v23n02_08
- Pimenta, J. R., Martins, M. M. & Meireles, J. L. (2011). Escrevendo a história do cancro. *Cem cultura, espaço e memória*. 2, CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar. Obtido de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63956/2/ruicostaescrevendo000167462.pdf>
- Pinho, L. S., Campos, A. C. S., Fernandes, A. F. C. & Lobo, S. A. (2007). Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Revista eletrónica de*

- enfermagem*, 9(1), 154-165. Obtido de: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7143/5056>.
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J. & Dodge, K. L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of psychosocial oncology*, 12(3), 47-72. Doi: 10.1300/J077V12N03_04
- Ramos, A. S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise psicológica*, 3(23), 295-304. Obtido de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312005000300008&script=sci_abstract
- Ramos, A. S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise psicológica*, 3(23), 295-304. Obtido de: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a07.pdf>.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com sessenta mulheres portuguesas. *Psicologia, saúde e doenças*, 8(1), 13-32. Obtido de: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>.
- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, saúde e doenças*, 13(2), 238-251. Obtido de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000200008&script=sci_arttext
- Rey, F. & Alvear, M. (2000). *La familia y la classe social*. Madrid: Panamericana.
- Ricks, D. (2005). *Breast cancer basics and beyond: treatments, resources, self-help, good news and updates*. Alameda CA: Hunter House Publishers.
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia, ciência e profissão*, 23(4), 32-41. Obtido de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>.
- Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *A cancer journal for clinicians*, 41(2), 112-120. Doi: 10.3322/canjclin.41.2.112
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspetos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*, 13(2), 231-237. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>

- Sobin, L., Gospodarowicz, M. & Wittekind, C. (2009). *TNM: classification of malignant tumours*. UICC: International Union Against Cancer.
- Stiefel, F., Trill, M., Berney, A., Olarte, J. & Razavi, D. (2001). Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Supportive care in cancer*, 9(7), 477-488. Doi: 10.1007/s005200100244
- Talhaferro, B., Lemos, S. S. & Oliveira, E. (2007). Mastectomia e as suas consequências na vida da mulher. *Arquivo de ciências e da saúde*, 14(1), 17-22. Obtido de: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf.
- Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z. & Melyani, M. (2008). Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer*, 8(177). Doi: 10.1186/1471-2407-8-177
- Taylor, S., Harley, C., Ziegler, L., Brown, J. & Velikova, G. (2011). Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 130(3), 711-724. Doi: 10.1007/s10549-011-1722-9
- Teles, S. S., Ribeiro, M. M. & Cardoso, V. (2003). A psicologia na área da oncologia: avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia coloretal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(2), 71-77. Obtido de: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28750207.pdf>
- Teng, C. T., Humes, E. D. & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3.pdf>
- Tiezzi, D. G. (2007). Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(8), 428-434. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a08v29n8.pdf>
- Ussher, J., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer nursing*, 35(6), 456-465. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3182395401
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of clinical oncology*, 23(28), 6899-6970. Doi: 10.1200/JCO.2005.01.370

- Varela, A. M. & Leal, I. (2011). A perturbação de pós-stress traumático e o sentido de coerência em mulheres com cancro da mama. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 6, 15-19. Obtido de: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200003&script=sci_arttext
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria clínica*, 21(4), 261-278. Obtido de: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/192/1/A%20vulnerabilidade%20ao%20stress.pdf>
- Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Minervacoimbra.
- Wagner, C. D., Bigatti, S. M. & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 109-120. Doi: 10.1002/pon.928
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Zarit, S. H., Todd, P. A. & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The gerontologist*, 26(3), 260-266. Doi: 10.1093/geront/26.3.260
- Zimmermann, J. B., Lima, L. M., Rabelo, M. V., Rabello, P. C., Martins, R. T., Peixoto, T. A. G. & Nunes, T. E. (2012). Avaliação clínica, mamográfica e frequência de doenças mamárias em pacientes de um serviço privado de saúde. *Revista Hospital de Clínicas Porto Alegre, Clinical and Biomedical Research*, 32(2), 131-137. Obtido de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/28009>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo I

Sistema TNM.....	i
------------------	---

Anexo II

Classificação de estádios do cancro da mama.....	ii
--	----

Anexo III

Declaração de Consentimento de Participação numa Investigação.....	iii
--	-----

Questionário de Saúde e Doença.....	iv
-------------------------------------	----

Anexo IV

Tabela 1: Alfa de <i>Cronbach</i> – dimensões 23 QVS.....	vi
---	----

Tabela 2: Alfa de <i>Cronbach</i> – 23 QVS.....	vi
---	----

Anexo V

Tabela 3: Alfa de <i>Cronbach</i> – dimensões BSI.....	vii
--	-----

Tabela 4: Alfa de <i>Cronbach</i> – BSI.....	vii
--	-----

Anexo VI

Tabela 5: Alfa de <i>Cronbach</i> – dimensões IESSD.....	viii
--	------

Tabela 6: Alfa de <i>Cronbach</i> – IESSD.....	viii
--	------

Anexo VII

Tabela 7: Análise descritiva de acordo com a idade e o tempo de duração da relação conjugal.....	ix
---	----

Anexo VIII

Tabela 8: Análise descritiva de acordo com a profissão.....	x
---	---

Anexo VIII

Tabela 9: Caraterização sociodemográfica.....	xi
---	----

Anexo IX

Tabela 10: Análise descritiva de acordo com o porquê de ser um fator de <i>stress</i>	xii
--	-----

Anexo X

Tabela 11: Tempo (em meses) em que foi diagnosticado o cancro da mama.....	xiii
--	------

Anexo XI

Tabela 12: Vulnerabilidade ao <i>stress</i> (23QVS) e Sintomatologia psicopatológica (BSI).....	xvi
--	-----

Anexo XII

Tabela 13: Dimensões de sofrimento (IESSD).....xv

Quadro 1

Sistema TNM

T1	Tumor com pequena dimensão; trata-se de uma lesão superficial e móvel que não altera a função da mama.
T2	Tumor com uma dimensão extensa; embora confiando à mama.
T3	Tumor que ultrapassa a zona anatómica inicial, a mama, com fixação aos órgãos próximos.
T4	Tumor que invade as estruturas adjacentes.
N0	Sem envolvimento ganglionar.
N1	Gânglios axilares móveis.
N2	Gânglios axilares fixos.
N3	Gânglios supra ou infraclaviculares envolvidos.
M0	Sem evidência de metástases à distância.
M1	Existência de metástases à distância.

Sistema TNM (Adaptado de Bower & Waxman, 2006; Farante, Zurrída, Viale, Sauer, Camarotti, Goldhirsch & Veronesi, 2010; Oliveira, 2006).

Quadro 2

Classificação de estádios do cancro da mama

Estádio I (T1 N0 M0)	Tumor de pequeno volume (não tem mais de 2 centímetros), limitado ao órgão inicial, à mama; não se espalhou para os gânglios linfáticos da axila nem metastizou a outras partes do corpo. Geralmente apresenta possibilidade de tratamento local e uma alta taxa de cura.
Estádio II (T2 e/ou N1 M0)	Tumor localmente extenso, com cerca de 2 a 5 centímetros; pode já ter atingido os gânglios linfáticos, mas não se metastizou a outras partes do organismo.
Estádio III (T3 e/ou N2 M0)	Tumor locorregional muito avançado, com mais de 5 centímetros; pode já ter afetado os gânglios linfáticos, os músculos torácicos ou a pele que cobre a mama.
Estádio IV (T4 e/ou N3 M1)	Tumor com possibilidade de volume variável; presença de metástases, mais frequentemente nos ossos, pulmões, fígado ou cérebro. Poderá testemunhar a impossibilidade de cura.

Classificação de estádios do cancro da mama (Adaptado de Farante, Zurrída, Viale, Sauer, Camarotti, Goldhirsch & Veronesi, 2010; Ogden, 2004; Oliveira, 2006).

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO
DE PARTICIPAÇÃO NUMA
INVESTIGAÇÃO

Esta investigação tem como finalidade e objetivo identificar, nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama e nos seus companheiros, fatores geradores de sofrimento que contribuem para a sua vulnerabilidade ao *stress*, bem como formas de lidar com situações promotoras de saúde, bem-estar e qualidade de vida.

A sua participação é voluntária e o que lhe vai ser pedido é que responda aos Questionários de Saúde e Doença, sendo que na generalidade das vezes encontra afirmações sobre as quais se deve pronunciar selecionando para tal a opção de resposta que mais se aproxima com aquilo que pensa e/ou sente. Cada elemento do casal deve preencher um Questionário de Saúde e Doença. Não existem riscos ou incómodos na participação nesta investigação, pelo contrário, este estudo trará benefícios, nomeadamente dá a oportunidade aos participantes de poder ser ouvidos nas suas preocupações, constituindo-se como fator promotor de bem-estar.

Todos os dados serão tratados de forma confidencial e anónima. Interessam-nos os dados coletivos de todos os participantes, e não os dados individuais e pessoais de cada um.

Declaro que aceito participar na investigação intitulada de DETERMINANTES DE SAÚDE E BEM-ESTAR EM MULHERES QUE RECEBERAM DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA MAMA E NOS SEUS COMPANHEIROS, para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia.

O/A participante,



QUESTIONÁRIOS DE SAÚDE E DOENÇA

DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: Masculino

Feminino

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

União de facto

Se respondeu “união de facto” ou “casado”, indique nº de anos/meses da relação _____

Residência: Urbana

Rural

Mista

Escolaridade: 4ºano

6ºano

9ºano

12ºano

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Profissão: _____

Tem filhos? Não Sim

Nº de filhos a seu cargo: _____

Outros familiares a seu cargo, nº _____

No caso de ter filhos, com o diagnóstico da doença quem assume os principais cuidados?

Mãe

Pai

Considera que seja mais um fator de *stress*? Sim Não

Por favor explique porquê: _____



HISTÓRIA MÉDICA

Já recorreu a ajuda profissional na área de saúde mental? Sim Não

Quando aconteceu? Antes do diagnóstico de Cancro da Mama

Aquando o diagnóstico de Cancro da Mama

Depois do diagnóstico de Cancro da Mama

Qual a razão? _____

Algum dos elementos do casal já teve diagnóstico de Cancro anteriormente? Sim Não

Indique quem: Homem Mulher

Há quanto tempo foi diagnosticado o Cancro da Mama? _____

Aquando o diagnóstico em que estágio se encontrava a doença?

Estádio I Estádio II Estádio III Estádio IV Não sei

Qual o tratamento aconselhado?

Cirurgia Radioterapia Quimioterapia

Hormonoterapia Quimioterapia e Radioterapia

Quimioterapia e Hormonoterapia Não sei Outra

Em que fase se encontra a doença oncológica?

Fase de diagnóstico Fase de tratamento Não sei

Fase de sobrevivência (pós-tratamento, são realizadas apenas consultas de rotina)

Tabela 1Alfa de *Cronbach*, dimensões 23 QVS (N=76)

	Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de itens
Perfeccionismo e intolerância à frustração	.67	6
Inibição e dependência funcional	.71	5
Carência de apoio social	.61	2
Condições de vida adversas	.46	2
Dramatização da existência	.55	3
Subjugação	.40	4
Privação de afeto e rejeição	.40	3

Tabela 2Alfa de *Cronbach*, 23 QVS (N=76)

Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de itens
.752	23

Tabela 3Alfa de *Cronbach*, dimensões BSI (N=76)

	Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de itens
Somatização	.81	7
Obsessão-compulsão	.78	6
Sensibilidade interpessoal	.86	4
Depressão	.83	6
Ansiedade	.83	6
Hostilidade	.82	5
Ansiedade fóbica	.81	5
Ideação paranoide	.78	5
Psicoticismo	.70	5

Tabela 4Alfa de *Cronbach*, BSI (N=76)

Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de itens
.971	53

Tabela 5Alfa de *Cronbach*, dimensões IESSD (N=76)

	Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de itens
Sufrimento físico	.74	6
Sufrimento psicológico	.89	13
Sufrimento existencial	.84	16
Sufrimento sócio relacional	.68	7
Experiências positivas de sofrimento	.17	5

Tabela 6Alfa de *Cronbach*, IESSD (N=76)

Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de itens
.928	44

Tabela 1

Análise descritiva de acordo com a idade e o tempo de duração da relação conjugal

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	73	33	88	49,14	13,285
Tempo da relação	65	2	68	20,89	15,532

Tabela 8

Análise descritiva de acordo com a profissão

Profissão	N	%
Advogado	1	1,3
Agente comercial	1	1,3
Agente de seguros	1	1,3
Agente imobiliário	1	1,3
Reformado/Aposentado	14	18,4
Arquiteto	1	1,3
Bancário	2	2,6
Barbeiro	1	1,3
Carpinteiro	1	1,3
Chefia nível II, indústria de plásticos	1	1,3
Condutor de pesados	1	1,3
Desempregado	2	2,6
Eletricista	2	2,6
Empregado de armazém	1	1,3
Empregado de construção civil	1	1,3
Empreiteiro	1	1,3
Empresário/Industrial	12	15,8
Engenheiro	1	1,3
Estofador	1	1,3
Feirante	1	1,3
Funcionário público	2	2,6
Gerente	1	1,3
GNR/PSP	2	2,6
Magistrado	1	1,3
Maquinista	1	1,3
Maquinista têxtil	1	1,3
Mecânico	4	5,3
Motorista	2	2,6
Pintor	1	1,3
ROC/TOC/Contabilista	4	5,3
Serralheiro	1	1,3
Talhante	1	1,3
Taxista	1	1,3
Técnico de climatização	1	1,3
Técnico de higiene e segurança	1	1,3
Técnico de informática	1	1,3
Técnico de vendas/vendedor	4	5,3

Tabela 9
Caraterização sociodemográfica

	N	%
Estado Civil		
Casado	68	89,5
União de facto	8	10,5
Residência		
Urbana	34	44,7
Rural	28	36,8
Mista	11	14,5
Escolaridade		
4º Ano	15	19,7
6º Ano	3	3,9
9º Ano	17	22,4
12º Ano	23	30,3
Bacharelato	3	3,9
Licenciatura	12	15,8
Presença/ausência de filhos		
Não	9	11,8
Sim	67	88,2
Tem filhos a cargo		
Não	31	40,8
Sim	45	59,2
Número de filhos a cargo		
1	16	21,1
2	19	25,0
3	8	10,5
4	2	2,6
Outros familiares a cargo		
1	4	5,3
Principal cuidador após o diagnóstico		
Mãe	11	14,5
Pai	32	42,1
Fator de <i>stress</i>		
Não	12	15,8
Sim	31	40,8

Tabela 10Análise descritiva de acordo com o porquê de ser um fator de *stress*

	N	%
Fator de <i>stress</i>		
Autoconfiança; pessimismo	1	1,3
Dificuldade em gerir o tempo	2	2,6
É complicado conciliar tudo, trabalho, filhos e doença	1	1,3
É muita coisa para tratar/cuidar	1	1,3
Falta de tempo	2	2,6
Não consigo gerir tudo	1	1,3
Não consigo gerir o tempo	1	1,3
Não sou tão bom pai como ela mãe	1	1,3
Pouco tempo em casa	1	1,3
Porque as responsabilidades recaem todas sobre mim	1	1,3
Porque estou a trabalhar e a pensar nos filhos	1	1,3
Porque nem sempre a minha esposa está apta para algumas tarefas e tenho que ser eu a fazê-las	1	1,3
Pouco tempo	1	1,3
Responsabilidade acrescida	1	1,3
Tenho que fazer muitas viagens devido ao meu trabalho	1	1,3
Trabalho, doença e filho. É muito	1	1,3

Tabela 11

Tempo (em meses) em que foi diagnosticado o cancro da mama

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Há quanto tempo foi feito o diagnóstico (em meses)	70	1	192	39,29	46,665

Tabela 12Vulnerabilidade ao *stress* (23QVS) e Sintomatologia psicopatológica (BSI)

	N	%
Vulnerabilidade ao stress		
Sem vulnerabilidade	3	3,9
Com vulnerabilidade	72	94,7
Sintomatologia psicopatológica		
Sem sintomatologia psicopatológica	28	36,3
Com sintomatologia psicopatológica	48	63,2

Tabela 13

Dimensões de sofrimento (IESSD)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sufrimento físico	76	6	29	17,17	5,168
Sufrimento psicológico	76	15	65	39,32	11,918
Sufrimento existencial	76	20	73	44,38	11,695
Sufrimento sócio relacional	76	7	34	22,00	5,586
Experiências positivas de sofrimento	76	9	24	13,55	3,272