Instituto Universitário da Maia – ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Espiritualidade e Qualidade de Vida em Doentes Oncológicos

Sara Filipa Meireles Magalhães Alves

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Prof. Doutora Joana Carreiro

Setembro, 2020

Instituto Universitário da Maia

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Espiritualidade e Qualidade de Vida em Doentes Oncológicos

Sara Filipa Meireles Magalhães Alves

Nº 30554

Trabalho realizado sob a orientação da Prof. Doutora Joana Carreiro, ISMAI

Setembro de 2020

DEDICATÓRIA

À minha madrinha que, com muita dor, perdi durante a realização da presente dissertação.

Agradecimentos:

Durante este percurso académico, que agora dou por terminado, foram várias as pessoas com quem tive a oportunidade de o partilhar. O meu mais sincero obrigada:

À Professora Doutora Joana Carreiro por todo o apoio científico, por tudo aquilo que me ensinou e por nunca me deixar perder o foco e paixão por esta área tão bonita que é a Psico-oncologia.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade e partilha que permitiram a concretização desta investigação.

Aos meus pais, por todo o esforço que fizeram para que este percurso fosse possível de ser concretizado, por acreditarem sempre nas minhas capacidades e por todo o amor e confiança.

Ao meu namorado, Ricardo, por ter sido o meu grande pilar ao longo destes 5 anos, por nunca ter duvidado que eu seria capaz, por me ouvir, aconselhar e acalmar nas horas de maior ansiedade e por todo o amor que sempre me deu.

À minha irmã, Daniela, por todas as chamadas diárias que me fez enquanto estive na faculdade para que me sentisse sempre em casa.

À minha avó, Rosa, por todo o amor e educação que sempre me transmitiu.

A todos os meus familiares e amigos que torceram por este percurso.

A todos os professores do ISMAI, com quem me cruzei, pelas aprendizagens e conselhos que me proporcionaram.

Aos meus avós, e madrinha, que já não estando comigo presencialmente, nunca me deixaram perder a esperança.

Resumo

A doença oncológica é uma das doenças mais frequentes em Portugal associada a diversas implicações na saúde física, psicológica e social dos doentes, sendo essencial compreender a adaptação psicológica destes, ao longo da trajetória clínica da doença. Dada a relevância do tema, o principal objetivo deste estudo é ampliar a compreensão acerca da relação entre as variáveis psicossociais – espiritualidade e qualidade de vida - em diferentes fases da trajetória da doença (fases de tratamento e de pós-tratamento) e analisar o efeito do género nas mesmas. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal desenvolvido com uma amostra de 372 utentes com diagnóstico de doença oncológica. Os instrumentos utilizados foram o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core30* (EORTC-QLQ-C30) (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008) e a *Subescala da Espiritualidade do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde* (WHOOLQL-100) (Vaz Serra et al., 2006). Os resultados indicam que relativamente à espiritualidade, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as fases de tratamento e pós-tratamento. Considerando a fase de tratamento e o género, observamos que existem diferenças entre homens e mulheres na fase de pós-tratamento, sendo que a espiritualidade se revela superior no género feminino. No que se refere à qualidade de vida, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões funcionamento físico, de papéis, social e escala de saúde/QDVglobal entre as fases de tratamento e pós-tratamento e considerando o género e a fase de tratamento, são as mulheres que apresentam melhor funcionamento emocional e cognitivo e na fase de pós-tratamento, são igualmente as mulheres que apresentam melhor funcionamento físico, de papéis, emocional e cognitivo. Considera-se que este estudo alerta para a necessidade de avaliar a QDV e outros indicadores de adaptação que auxiliem os profissionais de saúde na procura de estratégias e no planeamento de intervenções que visem a promoção da saúde e que determinem uma adaptação positiva do doente oncológico.

Palavras-chave: Cancro; Espiritualidade; Qualidade de Vida.

Abstract

Oncological disease is one of the most frequent diseases in Portugal associated with several implications for the physical, psychological and social health of patients, it is essential to understand their psychological adaptation along the clinical path of the disease. Given the relevance of the topic, the main objective of this study is to broaden the understanding about the relationship between psychosocial variables - spirituality and quality of life - at different stages of the disease trajectory (treatment and post-treatment phases) and to analyze the effect gender in them. This is a quantitative, exploratory and cross-sectional study developed with a sample of 372 users diagnosed with oncological disease. The instruments used were, namely, the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* Core30 (EORTC-QLQ-C30) (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008) and the *Spirituality subscale of the Quality of Life Assessment Instrument of World Health Organization* (WHOOLQL-100) (Vaz Serra et al., 2006) The results of the study indicate that with regard to spirituality, there are no statistically significant differences between the treatment and post-treatment phases. Considering the treatment phase and gender, we observed that there are differences between men and women in the post-treatment phase, with spirituality being superior in the female gender. With regard to quality of life, statistically significant differences were found in the dimensions physical functioning, roles, social and health scale / global QOL between the treatment and post-treatment phases and considering the gender and the treatment phase, are the women who have better emotional and cognitive functioning and in the post-treatment phase, are also women who have better physical, role, emotional and cognitive functioning. It is considered that this study warns of the need to assess QOL and other adaptation indicators that assist health professionals in the search for strategies and in the planning of interventions aimed at health promotion and that determine a positive adaptation of the cancer patient.

Keywords: Cancer; Spirituality; Quality of life.

Índice Geral

Introdução 8

1.1. A doença oncológica e a sua caracterização 10
1.1.1. Epidemiologia: incidência, prevalência, mortalidade e sobrevivência 10
1.1.2. Definição e génese da doença oncológica 11
1.1.3. Aspetos clínicos e psicológicos associados à doença oncológica 12

1.2. Variáveis Psicossociais associadas à doença oncológica 18
1.2.1. Psico-Oncologia 18
1.2.2. Espiritualidade e cancro 21
1.2.3. Qualidade de Vida relacionada com a saúde e cancro 24
1.2.4. Espiritualidade, Qualidade de Vida e Doença oncológica 26

CAPÍTULO 2- Estudo Empírico 29

2.1. Método 29
2.1.1. Problema de investigação 29
2.1.2. Objetivos do estudo 30
2.1.3. Hipóteses de investigação e variáveis em estudo 30
2.1.4. Participantes 31
2.1.5. Aspetos éticos da investigação em Psico-Oncologia 32
2.1.6. Procedimentos 33
2.1.7. Instrumentos 33

CAPÍTULO 3- Resultados 36

3.1. Resultados inferenciais 36

Comparação das dimensões em estudo, por fase da doença oncológica 36

Comparação das dimensões em estudo em função do género e por fase da doença 37

Relação entre a Espiritualidade e a QDV, na fase de tratamento e pós-tratamento 40

CAPÍTULO 4- Discussão 41

CAPÍTULO 5- Conclusão 48

5.1. Limitações e investigações futuras 49

Referências Bibliográficas 51

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes (n=372) 31
Tabela 2- Diferenças na Espiritualidade e nas dimensões da QDV em função da fase de tratamento 36
Tabela 3- Diferenças na espiritualidade e nas dimensões da qualidade de vida nas fases de tratamento e pós-tratamento em função do género 38
Tabela 4- Coeficientes de correlação entre a espiritualidade e as dimensões da QDV 40

Lista de abreviaturas

DGS- Direção Geral da Saúde

EORTC QLQ C-30- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnarie Core-30

ESP- Espiritualidade

INE- Instituto Nacional de Estatística

IRP- Inventário de Rastreio Psicossocial do Doente Oncológico

ISMAI- Instituto Universitário da Maia

OMS- Organização Mundial da Saúde

QDV- Qualidade de Vida

SNS- Sistema Nacional de Saúde

WHOQOL-100- Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

Introdução

Atualmente, cerca de 70% das mortes a nível mundial deve-se ao diagnóstico de uma doença crónica, sendo que dentro destas, as mais prevalentes são as doenças cardiovascu as doenças oncológicas e as doenças respiratórias (OMS, 2017). Segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2015), continuamos a observar um crescimento progressivo do número de novos casos anuais de doença oncológica e um aumento da idade média da população afetada em Portugal devido às modificações dos estilos de vida, que para além de influenciarem as variações de incidência, contribuem para mudanças relativas entre as diversas neoplasias (DGS, 2015).

O diagnóstico de doença oncológica representa um desafio para os doentes, para os seus familiares, para os cuidadores e para os profissionais de saúde. Neste contexto, é importante compreender como todos os envolvidos são afetados, em particular o doente porque para além das consequências clínicas da doença e do impacto dos tratamentos, os sujeitos são igualmente afetados psicológica e socialmente (Moss-Morris, 2013; Ridder et al., 2008). A literatura sugere que a vivência de um diagnóstico de doença oncológica é responsável por diversos sintomas emocionais com impacto na qualidade de vida (QDV) do doente (Hulbert-Williams, Storey, & Wilson, 2015), estimando-se que cerca de um terço dos doentes desenvolva perturbações mentais como a depressão ou a ansiedade. Por sua vez, estudos revelam o papel protetor de algumas variáveis neste processo, como sejam a espiritualidade, os afetos positivos, a resiliência e o otimismo (Patrão, 2007; Peters et al., 2007; Peterson, & Chang, 2003; Sousa, Guerra, & Lencastre, 2015).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo responder a uma lacuna existente em Portugal de estudos que relacionem as variáveis espiritualidades e QDV em diferentes fases do processo da doença oncológica, procurando ampliar a compreensão acerca da relação destas

variáveis em diferentes fases do processo da doença oncológica e analisar o efeito do género nas mesmas.

O presente trabalho encontra-se dividido em: enquadramento teórico, estudo empírico, discussão e conclusão. Do enquadramento teórico, fazem parte os subcapítulos dedicados à caracterização da doença oncológica, aspetos clínicos e psicológicos associados à doença oncológica, fases da doença oncológica: do diagnóstico à sobrevivência, variáveis psicossociais associadas à doença oncológica, Espiritualidade e cancro, Qualidade de Vida relacionada com a saúde e cancro e Espiritualidade, Qualidade de Vida e doença oncológica. No estudo empírico, são definidos os objetivos e as hipóteses de investigação, são apresentadas as considerações éticas, a caracterização dos participantes, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos adotados. Seguem-se os resultados e a discussão, procurando proceder-se a uma reflexão crítica acerca mesmos. Por fim, na Conclusão, pretende-se reunir um conjunto de ideias principais resultantes do estudo desenvolvido, bem como refletir sobre as suas limitações e aspetos relevantes a considerar em futuros estudos.

CAPÍTULO 1 – Enquadramento Teórico

1.1. A doença oncológica e a sua caracterização

1.1.1. Epidemiologia: incidência, prevalência, mortalidade e sobrevivência

O cancro é a doença responsável pelo maior número de mortes a nível mundial (World Health Organization, WHO, 2008) e nos países desenvolvidos representa a principal causa de morte (Mohebbifar, Pakpour, Nahvijou, & Sadeghi, 2015; Rudaz, Ledermann, & Grzywacz, 2018). Os diagnósticos de cancro continuam a aumentar (Chaar et al., 2018; Duarte, 2013), estimando-se que até 2025 existam 19.3 milhões de novos casos (Chaar et al., 2018).

A taxa de incidência varia por dependência dos diferentes estilos de vida que, por sua vez, têm influência nas diferentes neoplasias (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2016; DGS2017). Esta taxa de incidência tem mantido um aumento de 3% ao ano (DGS, 2017; Nogueira, 2018). Segundo Nogueira (2018, p.15) "além do aumento de incidência de cancro, existem alterações na idade média dos doentes, no padrão de neoplasias e nas necessidades dos nossos doentes, com uma complexidade crescente, no contexto de multimorbilidade que nos preocupa e ocupará cada vez mais". Acresce ainda que o aumento da esperança média de vida está intrinsecamente correlacionado com o crescimento de casos oncológicos (DGS, 2016). Segundo a DGS (2016), a prevalência de diagnósticos de cancro em Portugal atingiu em 2015, cerca de 50.000 doentes e a perspetiva de evolução dessa prevalência cresce para 60.000 doentes no ano de 2030.

Os estilos de vida parecem ter um papel preponderante no aumento das doenças crónicas (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., 2016; Ferreira, Lunet, & Silva, s.d.) dando origem a mortes prematuras, responsáveis por 86% da totalidade das mortes em Portugal. Neste momento, observa-se uma diminuição da mortalidade por doenças infeciosas transmissíveis e um aumento da mortalidade por doenças crónicas não transmissíveis (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., 2016).

As mortes decorrentes de diagnóstico de doença oncológica representaram 25% do total de óbitos em 2017 (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2019). Por outro lado, as taxas de sobrevivência têm vindo a aumentar mundialmente (SNS, 2018). Estes dados sugerem que tanto a incidência como a mortalidade apresentam uma diminuição, muito embora a incidência, comparativamente com a mortalidade, tenha tido um aumento significativo (DGS, 2017).

1.1.2. Definição e génese da doença oncológica

O cancro é uma doença que resulta de interações complexas entre fatores genéticos e ambientais, dando lugar a um fenómeno designado de carcinogénese, responsável por transformar uma célula normal numa célula cancerígena. À medida que o cancro se desenvolve, há uma proliferação descontrolada de células malignas que dão origem a um efeito cumulativo de múltiplas mutações genéticas (Howarth, & Leaman, 2004; Lasfargues, 2018).

A plasticidade do *design* das células deve-se ao facto dos blocos de construção dos tecidos e órgãos (células individuais) serem providos de grande autonomia e versatilidade (Weinberg, 2014). As células são a base de todos os seres vivos, mas como são sistemas abertos, ainda que altamente organizados, não conseguem manter a homeostasia permanente. Deste modo, a função principal de qualquer célula é prevenir as ameaças permanentes de desintegração sustentadas pelas leis da termodinâmica e preservar a caraterística de sistema altamente organizado, tais como, as estruturas, o ciclo da célula, ou o metabolismo (Hanselmann, & Welter, 2016). A grande versatilidade e autonomia que as células adquirem pode conduzir à alteração do seu próprio genoma levando, então, ao aparecimento de células cancerígenas (Weinberg, 2014; DeVita, Lawrence, & Rosenberg, 2019; Rizza, Rasola, Townsend, & Filomeni, 2018).

A investigação na área da doença oncológica permitiu perceber quais são os acontecimentos moleculares que facilitam a transformação maligna de células portadoras de alterações oncogénicas. Esses acontecimentos englobam: proliferação descontrolada; evasão

de supressão tumoral; inibição da morte celular; criação de um microambiente específico contendo vasos sanguíneos, células estromais (ex. fibroblastos) e imunológicas; e, a aquisição de potencial invasivo e metastático (Blanpain, 2013).

1.1.3. Aspetos clínicos e psicológicos associados à doença oncológica

A doença oncológica é uma doença crónica (Chaar et al., 2018; Kreitler, 2019) tendo por isso, um impacto não só físico, mas também psicológico, emocional e psicossocial alterando significativamente a forma de vida dos indivíduos que a vivenciam (Chaar et al., 2018; Castro, 2008). O cancro assume-se como uma experiência significativa na vida de qualquer pessoa. O diagnóstico de cancro e os tratamentos subsequentes afetam o bem-estar psicológico dos indivíduos (Kreitler, 2019), verificando-se que os doentes oncológicos que sobrevivem à doença, e mesmo após o término dos tratamentos, continuam a apresentar elevados níveis de *distress* (Rudaz, Ledermann, & Grzywacz, 2018).

Além do *distress* existem outros fatores motivadores de uma extensa multiplicidade de problemas físicos e psicossociais. Um destes exemplos é a dor física (Lang-Rollin, & Berberich, 2018). Cicely Saunders introduziu um conceito mais amplo de dor, a dor total, ao afirmar que "...o sofrimento que abrange todas as lutas físicas, psicológicas, sociais, espirituais e práticas de uma pessoa" (Puchalski et al., 2019, p. 1; Ong, & Forbes, 2005, p. 576).

Van den Beuken-van Everdingen e colaboradores (2016) realizaram uma meta-análise sobre a prevalência da dor em doentes com cancro. Os índices de prevalência da dor registavam: durante o tratamento do cancro, 55% dos doentes continuavam a sentir dor; e, após o tratamento do cancro, 39.3% dos doentes também continuavam a sentir dor. Os autores concluíram que a dor persiste enquanto fator prevalente nos doentes com cancro.

Outro fator importante relaciona-se com a fadiga (Singer, 2017; Lang-Rollin, & Berberich, 2018; Savina, & Zaydiner, 2019). Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida por Peixoto (2015) concluiu-se que a fadiga, após o término dos tratamentos, é

influenciada por diversos elementos de natureza demográfica, funcional, física, social, económica, cognitiva, psicológica e espiritual. De referir que a fadiga é um dos sintomas que mais inviabiliza a manutenção da rotina diária dos seus pacientes e, por isso, revela ter um impacto negativo na perceção da QDV (Peixoto, 2015; Savina, & Zaydiner, 2019).

De igual modo, uma investigação realizada por Goedendorp, Gielissen, Verhagen, Peters e Bleijenberg (2008) corroborou os resultados do anterior estudo, colocando em evidência que a fadiga constitui um sintoma frequente durante o tratamento da doença oncológica. Neste estudo, foi possível concluir que a prevalência de fadiga severa em doentes em tratamento era muito elevada. Malik e Sadaf (2018), num estudo realizado a 108 pacientes do género masculino e 92 pacientes do género feminino, concluíram que a fadiga estava relacionada com a doença oncológica apresentando uma correlação negativa com a esperança e positiva com a depressão, com a ansiedade e com o *stress*.

Em face destas evidências, Kangas, Bovbjerg e Montgomery (2008) realizaram uma meta análise que permitiu concluir que o exercício físico e a intervenção psicológica reduziram a fadiga relacionada com a doença oncológica, não se verificando diferenças significativas entre estas duas intervenções.

A perda de autonomia é outra condição relevante no contexto da doença oncológica e é frequentemente acompanhada de sintomas de ansiedade (Lang-Rollin, & Berberich, 2018), de sintomas de depressão (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, s.d.; Singer, 2017; Lang-Rollin, & Berberich, 2018) e por tensão nas relações pessoais (Ferreira, 2011), além de terem um impacto significativo e negativo na perceção de qualidade de vida (QDV). A ansiedade é um sintoma comumente relacionado com o impacto do tratamento da doença oncológica, no entanto, segundo alguns autores os pacientes tendem a apresentar sintomas de ansiedade nas primeiras duas semanas após o conhecimento do diagnóstico e antes de iniciarem o tratamento

com quimioterapia, decrescendo imediatamente após o início do mesmo (Lang-Rollin, & Berberich, 2018).

Segundo Galindo-Vázquez e Costas-Muñiz (2019) existe uma prevalência de problemas de saúde mental na população com cancro, em que a depressão tem uma prevalência entre 8% e 24%. As preocupações emocionais que os pacientes com doença oncológica experienciam são diversas desde sentimentos comuns de vulnerabilidade, tristeza e medo a problemas, especificamente, de depressão, de ansiedade, de pânico, de isolamento social e de crise espiritual. Todos estes fatores podem influenciar a capacidade para lidar com o cancro, com os seus sintomas físicos e com o seu tratamento (Harju, Michel, & Roser, 2019).

O cancro tem potencial para alterar os planos de vida da pessoa, a imagem corporal, o papel e função familiar/social e comprometer a situação financeira. É, por isso, expectável sentir medos destas mudanças, mas sabe-se que à medida que as pessoas são capazes de se adaptar ao diagnóstico, os receios prévios vão diminuindo (Block, 2000). Neste sentido, é importante considerar a adaptação psicológica à doença oncológica como um processo dinâmico que depende do recurso a diferentes estratégias que permitam ao doente lidar adequadamente com as alterações emocionais e, frequentemente, com a perceção de falta de controlo sobre a situação (Varela, 2006).

1.1.3.1. Fases da doença oncológica: do diagnóstico à sobrevivência

Ao longo da trajetória de uma doença do foro oncológico são diversos os desafios que se impõem ao doente. Neste sentido, são vários os estudos que têm sido desenvolvidos para melhor compreender a forma como os doentes vivenciam e lidam com a doença ao longo do tempo (Holland, 2002). Segundo Hewit, Greenfield e Stovall (2006) existem fases distintas que caracterizam a trajetória da vivência da doença, designadamente a fase de pré-diagnóstico,

a fase de diagnóstico, a fase de tratamento, a fase de pós-tratamento, a fase de sobrevivência e a fase de recidiva (Pinto & Gomes, 2012).

Na fase de pré-diagnóstico, o sujeito começa a ter contacto e proximidade com os serviços de saúde para esclarecer sinais e sintomas que justificam o apoio médico. Para tal, é necessário proceder à realização de exames complementares de diagnóstico em que a espera pelos resultados dá lugar ao aparecimento de emoções negativas como a incerteza e o medo do que possa estar por vir (Carlson & Bultz, 2003). Após a confirmação do diagnóstico, as reações emocionais tendem a intensificar-se, tanto no doente como nos seus familiares. Diversas meta-análises demonstram que durante a fase de diagnóstico da doença oncológica, cerca de 30 % dos pacientes sofre de alterações emocionais passíveis de serem apelidadas de doença mental (Singer, 2014). Mas, pouco se sabe sobre estas condições ao longo da trajetória do cancro (Singer, 2014). Além de depressão (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, s.d., Feuerstein, 2007; Lang-Rollin, & Berberich, 2018; Moorey, & Greer, 2002; Singer, 2014) e ansiedade (Cardoso et al., s.d., Lang-Rollin, & Berberich, 2018; Moorey, & Greer, 2002), outros sintomas são, nomeadamente, a sobrecarga emocional imposta pela nova condição de doente (Feuerstein, 2007; Singer, 2014), fadiga (Lang-Rollin, & Berberich, 2018; Leuteritz et al., 2018; Feuerstein, 2007; Holland et al., 2010; Savina, & Zaydiner, 2019; Singer, 2014) e a perceção de incapacidade (Singer, 2014).

O conhecimento do diagnóstico de cancro afeta a condição emocional do doente, e confronta-o com a finitude da vida e a morte (Rossi, & Santos, 2003). É também após o diagnóstico que pode surgir a dor total, sendo nesta fase que o paciente se confronta com uma doença que ameaça a sua vida e toma consciência do perigo de morte. Por vezes, as limitações físicas do paciente são aquelas que são mais visíveis e, como tal, são as que são objeto de cuidado (Ong, & Forbes, 2005). No entanto, após o diagnóstico, a dor total pode não ser considerada importante e, por isso, ser sub-diagnosticada. Segundo Ong e Forbes (2005), "*...o*

diagnóstico de uma doença com risco de vida abre uma porta da consciência, a mesma porta que, durante a maior parte de nossas vidas, nos permite confortavelmente manter pensamentos sobre a morte em segundo plano" (p. 576).

As consequências físicas e psicológicas associadas à doença oncológica e ao tratamento são várias, e apesar de não estarem presentes em todos as pessoas, as mais comuns são, designadamente: a dor, o cansaço, fadiga, os vómitos, as náuseas, a anemia, as alterações de peso, a queda de cabelo (alopecia), diarreia, obstipação, reações cutâneas, alterações da líbido, tonturas, confusão mental, dificuldades de concentração, alterações do sono, alterações do humor, irritabilidade, ansiedade, tristeza, revolta, angústia, entre outras (Ogden, 2004; NCCN, 2013). Não menos importante é o impacto psicossocial, com implicações ao nível emocional, de autoconceito, de autoimagem e de QDV (Peixoto, 2015). Após o diagnóstico, é desenhado um plano de intervenção terapêutica que conjugará as respostas médicas necessárias ao melhor prognóstico e poderão envolver a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonoterapia, a imunoterapia, ou outros, em função da doença e do estádio de evolução da mesma. Nesta fase, é frequente que surjam sintomas de *distress* associados às dificuldades na gestão do processo de tratamento e dos efeitos secundários (Leventhal & Leventhal, 2003).

Durante a fase de sobrevivência, os doentes experienciam sentimentos dicotómicos associados ao alívio do término do tratamento, em concomitância como medo da recidiva e de possíveis complicações futuras. É durante esta fase que surge a necessidade de repensar o estilo de vida, as prioridades, e os relacionamentos interpessoais (Leventhal & Leventhal, 2003). Em caso de recidiva, surgirão outros desafios que se prendem com sentimentos de perda da funcionalidade e maior dependência, de luto e o confronto com a própria morte (Schapira, 2009), sendo este um processo doloroso para o doente e para os seus familiares.

Outros autores (Ehmke, Biddle, Hunnicutt, & Trenkner, 2017) caracterizam as fases da doença oncológica como: sobrevivência aguda, caracterizada por uma predominância do medo

e da ansiedade e que decorre entre o diagnóstico e as decisões terapêuticas a seguir, assim como do tratamento. Os doentes oncológicos confrontam-se com a sua mortalidade, além disso, a dor, torna-se neste estádio, presente. O doente terá de fazer o *coping* com os efeitos secundários que estes tratamentos acarretam. Segue-se a fase intermédia, denominada por sobrevivência prolongada na qual são evidentes as limitações físicas impostas pelo tratamento, tais como, fadiga extrema, redução de forças, perda de cabelo, possível amputação de um membro do corpo. Nesta fase, o doente oncológico terá que lidar com a família, com o regresso a casa, com a comunidade, com o local de trabalho e com a auto-imagem, pois o corpo sofreu alterações. Todos estes papéis sofrem mutações que requerem ao paciente uma capacidade de adaptação, força, paciência e sentido de humor. Durante este período, os médicos e os enfermeiros já não se encontram tão presentes na vida do doente e já não contribuem como suporte, pelo que o doente tem de lidar com todas estas transformações sozinho com o suporte da família. A terceira e última fase, é designada por sobrevivência permanente, comumente conhecida como "curado", durante a qual a probabilidade de recorrência (recidiva) diminui substancialmente.

Independentemente das designações que se possam atribuir ao processo da doença oncológica, Peixoto (2015) alerta para a importância da deteção precoce e a evolução e eficácia dos métodos de tratamento, pois esta evolução tecnológica e médica permitiu que a doença oncológica fosse progressivamente deixando de ser considerada como uma doença com "*morte anunciada*" (p. 114), passando a existir milhões de pacientes sobreviventes à doença. O aumento da sobrevivência de doentes com cancro trouxe novas necessidades (Peixoto, 2015), nomeadamente, ao nível dos serviços de saúde, implicando a existência e constituição de equipas inter e multidisciplinares (Bultz, 2016; Peixoto, 2015) capazes de responder às suas necessidades psicossocias. Segundo Peixoto (2015), a sobrevivência a um cancro "*afeta dimensões físicas, funcionais, cognitivas/psicológicas, sociais, económicas e espirituais*" (p.

122) e os efeitos adversos são uma realidade a curto, médio e longo prazo havendo necessidade de gerir a doença após o término do tratamento.

Um estudo populacional, relacionado com a sobrevivência à doença oncológica, efetuado por Arnold e colaboradores (2019) levado a cabo entre os anos 1995 e 2014 e que abrangeu 3.9 milhões de pacientes distribuídos por sete países, concluiu que os pacientes com idade inferior a 75 anos tinham uma taxa de sobrevivência mais elevada do que os pacientes com idade superior a 75 anos, bem como, que a sobrevivência a um cancro continua a aumentar nos países desenvolvidos, embora permaneçam as desigualdades nos países menos desenvolvidos.

A recidiva do cancro apresenta-se como uma ameaça por se associar ao fracasso das intervenções terapêuticas e dos esforços do doente e da sua família para controlar a evolução clínica. Obriga novamente ao desafio de lidar com a morte, desafio este embrenhado de sintomas negativos e de medo (Landeiro, 2011). Segundo Carvalho (2003) associado à notícia sobre a recidiva, intensificam-se os medos e a angústia face à morte, levando o doente a imaginar-se novamente envolvido em tratamentos, a lidar com efeitos secundários adversos e a ter de vivenciar todo o processo de idas ao hospital. Ainda, terá de se confrontar novamente com restrições na realização das suas atividades diárias habituais, com a perda da sua autonomia, o que promove o maior medo da morte. Não obstante, é também frequente que surjam sentimentos de desesperança, revolta, confusão e frustração (Carvalho, 2003; Varella, 2004).

1.2. Variáveis Psicossociais associadas à doença oncológica

1.2.1. Psico-Oncologia

Nas últimas décadas, foi possível constatar que o atendimento das necessidades psicossociais dos doentes oncológicos deveria ser parte integrante da qualidade do atendimento a esta doença (Grassi, & Watson, 2012; Jacobsen, & Lee, 2015). Para dar resposta às

necessidades específicas, é imperativo que exista uma abordagem inter e multidisciplinar e compreensiva centrada no paciente e no cuidado psicossocial que deverá ser implementado na rotina do tratamento, da reabilitação e no pós-tratamento ou *follow-up*, melhorando a perceção de QDV dos pacientes (Grassi, & Watson, 2012).

A Psico-Oncologia representa, assim, um campo interdisciplinar entre a Psicologia e a Oncologia (Scannavino et al., 2013), com impacto na perceção de QDV e no bem-estar físico e mental do indivíduo (Lang-Rollin & Berberich, 2018), tendo como objetivo promover melhorias nos tratamentos do cancro (Travado, 2013). O seu desenvolvimento, segundo Holland (2002), começou no início dos anos 70 e segundo o autor, a Psico-Oncologia foca-se no sofrimento da mente face à presença da doença oncológica, incorporando as dimensões psicológica, social, espiritual e existencial e que tem como objetivo supremo ajudar o paciente a encontrar um sentido de tolerância da doença.

Deste modo, atualmente a Psico-Oncologia contribui para o atendimento clínico humanizado e integrativo de pacientes e famílias; para o treino de profissionais de saúde em gestão psicológica (Holland, 2002; Holland, & Weiss, 2010); e, para a investigação de forma colaborativa e interdisciplinar (Holland, 2002; Lang-Rollin, & Berberich, 2018; Holland, & Weiss, 2010), desde questões comportamentais até à gestão de problemas psiquiátricos e psicossociais associados à doença oncológica, incluindo o tratamento e o apoio a doentes terminais (Holland, 2002), o que tornou possível explorar e estudar abertamente as suas respostas psicológicas (Holland, & Weiss, 2010).

Neste âmbito, Diez, Forjaz e Landívar (2005) afirmam que os fatores psicossociais são alvo de influência de diversas variáveis na adaptação à doença oncológica, nomeadamente, socioculturais, psicológicas e médicas. As socioculturais identificam os doentes com maior probabilidade de desenvolver sintomas de *distress* psicológico. As variáveis psicológicas incluem as diferentes estratégias de *coping*, historial psiquiátrico, *distress* psicológico,

preocupações e medos. Quanto às variáveis médicas, estas estão relacionadas diretamente com o estádio da doença, tratamento e prognóstico.

Holland (2002) refere que o controlo dos sintomas como a ansiedade, a depressão, a dor e a fadiga durante a fase de tratamento é um dos grandes objetivos da Psico-Oncologia.

Grassi e Watson (2012) corroboram esta ideia quando sugerem que o *distress* emocional, a avaliação das necessidades psicossociais, a ansiedade, a depressão e a fadiga, assim como, a organização e estrutura dos cuidados psicossociais em sobreviventes de doença oncológica, estão representados em programas psicossociais e em planos nacionais de cancro em diversas partes do mundo, nomeadamente, na América do Norte, Japão, Europa, entre outros, e numa plataforma para o desenvolvimento de serviços de oncologia psicossocial.

A NHMRC lançou, em 2003, as *guidelines* para tratamento da doença oncológica em adultos e crianças (Travado, 2013) evidenciando as respostas emocionais e sociais, em relação aos aspetos emocionais, tais como, a falta de suporte familiar e de amigos, o *stress* sentido pelo cônjuge, o *stress* sentido pelas crianças e as perturbações a nível social. Quanto aos aspetos psicológicos salientam o autoconceito, a imagem corporal e a sexualidade (NBCC, 2003).

O doente oncológico é frequentemente exposto ao sofrimento psicológico, quer pelo diagnóstico de cancro, quer pelas terapêuticas agressivas utilizadas para o tratar. Além disso, os períodos de esperança alternam com os momentos em que se sente medo, surgindo sentimentos como angústia, impotência e tristeza (Hacpille, 1994), podendo conduzir à depressão (Bai, Brubaker, Meghani, Bruner, & Yeager, 2018; Brady, Peterman, Fitchett, Mod, & Cella, 1999; Cha et al., 2018; Chaar et al., 2018; Counted, Possamai, & Meade, 2018; Hacpille, 1994; Pérez-Cruz et al., 2019; Rudaz, Ledermann, & Grzywacz, 2018) e à ansiedade (Bai et al., 2018; Castro, 2008;; Cha et al., 2018; Chaar et al., 2018; Counted et al., 2018;; Pérez-Cruz et al., 2019; Rudaz et al., 2018).

Antoni e Lutgendorf (2007), Ferreira (2011) e Nakaya (2014) referem ainda como fatores psicossociais os traços de personalidade que, conjuntamente com a depressão (Ferreira, 2011; Nakaya, 2014) podem ter impacto sobre o sistema imunitário e endócrino com efeitos sobre a incidência do cancro e na sobrevivência (Antoni, & Lutgendorf, 2007; Nakaya, 2014), não se descurando a importância do *distress*.

Os traços de personalidade, o *stress* e o suporte social estão relacionados com a progressão da doença oncológica, assim como, o otimismo ou pessimismo, expressão emocional, *coping*, a capacidade de manter um espírito lutador e suporte social ou isolamento (Antoni, & Lutgendorf, 2007).

Após o tratamento, o doente oncológico que sobreviveu à doença confronta-se com uma série de dilemas e dúvidas. A trajetória da sua vida, invariavelmente, muda, sendo necessária uma reavaliação, uma reorganização. A capacidade do paciente oncológico para realizar atividades da vida diária altera e, só este motivo, repercute-se a nível psicossocial (Peixoto, 2015). O paciente terá de aprender a lidar com esta nova condição e desenvolver mecanismos que o ajudem a enfrentar e a adaptar-se à nova condição (Ferreira, 2011; Peixoto

Em suma, o objetivo do tratamento psicossocial é aliviar o *distress* psicológico e promover o bem-estar, fatores centrais para melhorar a QDV dos doentes oncológicos (Jacobsen, & Lee, 2015).

1.2.2. Espiritualidade e cancro

A palavra "espiritualidade" deriva de *spiritus*, ou seja, espírito, que designa o que se encontra dentro do corpo e providencia a força da vida. Esta definição remete para a componente da vida que não se vê, para o que se encontra-se além da matéria e designa oelemento que confere "(...) *sentido, conexão, integridade e esperança*" (Castro, 2008, p.7).

Para Ross (1995) a espiritualidade comporta três vertentes, designadamente: 1) o propósito e sentido de vida; 2) vontade de viver; e 3) a fé, acreditando em si mesmo, nos outros e em Deus.

Outra definição de espiritualidade remete-nos para as convicções não materiais, assim como, para todas as emoções do indivíduo, levando a que esteja implícito que viver transcende o material existindo algo mais do que se consegue perceber ou compreender conduzindo, deste modo, ao significado e sentido de vida (Castro, 2008).

Por sua vez, Puchalski (2012) conceptualiza a espiritualidade como a forma como as pessoas encontram sentido ou propósito, e como experienciam a conexão com o *self*, com os outros, com o relevante ou com o sagrado. A espiritualidade é vista como uma caraterística universal humana e pode ser conceptualizada como a compreensão da relação do Eu com o transcendente, expresso através de atitudes, hábitos e práticas.

Por sua vez, Bai, Brubaker, Meghani, Bruner e Yeager (2018) definem espiritualidade como a *''(...) busca pessoal de significado e propósito na vida, uma conexão com uma dimensão transcendente da existência e as experiências e sentimentos associados a essa busca e essa conexão''* (p. 390).

As concepções anteriores revelam que a espiritualidade é um constructo complexo e que engloba as seguintes dimensões: 1) dimensões cognitivas (busca de sentido e significado); 2) dimensões emocionais (os afetos, a esperança, o conforto e o apoio); e, finalmente, as 3) dimensões comportamentais (forma como as crenças espirituais são exteriorizadas e estado de espírito com que supera as dificuldades) (Ferreira, 2011; Pinto, & Ribeiro, 2010). Deste modo, pode observar-se que a espiritualidade pode ser expressa por cada indivíduo de uma forma muito peculiar, inerente à sua natureza intrínseca o que torna possível renovar a esperança de sobrevivência ao cancro uma vez que as crenças espirituais fornecem possibilidades de re-

significação da experiências de vida, especialmente em relação ao processo de adoecimento (Costa, Silva, Cavalcanti, Gomes, Vasconcelos, & Carvalho, 2019).

O doente oncológico tem também necessidades espirituais e acredita-se que a espiritualidade unifica a pessoa como um todo (Fisher, 2011). Estar consciente dos aspetos espirituais do paciente, nos contextos de saúde e de doença, significa compreender as suas percepções mais profundas, relacionadas com a sua forma de ser e estar no mundo, permitindo ao profissional de saúde uma visão e entendimento mais amplo das necessidades do paciente (Costa et al., 2019).

Segundo Surbone e Baider (2009) a espiritualidade faz alusão a um questionamento constante por parte do indivíduo, mais do que um fornecer respostas fixas ou finalizadas. Os pacientes com doença oncológica desejam sentir-se suficientemente confortáveis para levantar questões espirituais junto dos profissionais de saúde. Nesse sentido, várias investigações têm procurado identificar métodos eficazes onde se possam atender às necessidades espirituais dos pacientes. Os profissionais de saúde a trabalhar na área de oncologia que estiverem familiarizados com a sua própria espiritualidade serão melhores a reconhecer, entender e atender às necessidades e preocupações espirituais de seus pacientes (Surbone, & Baider, 2009).

Diante da ambiguidade do presente e das muitas incertezas sobre o futuro, muitos pacientes com doença oncológica contam com as suas crenças espirituais como fonte de força, rebelião ou esperança até aí desconhecida (Surbone, & Baider, 2009). Num estudo levado a cabo por Rabow e Knish (2015), abrangendo 863 pacientes com uma idade média de 65.6 anos, composto por 20.3% cristãos, 18.7% católicos e 39% “sem nenhuma religião”, sendo os restantes judeus, budistas, mórmons, hindus, muslim, e outros, concluiu que um maior bem-estar espiritual estava significativamente associado com a qualidade de vida, maior bem-estar geral, menos sintomas de depressão, menos ansiedade, menos fadiga, e menos dor. Também

Jim e colaboradores (2015) realizaram uma meta-análise que permitiu concluir que a religiosidade/espiritualidade (R/S) tem uma relação estatisticamente significativa com a saúde física de doentes oncológicos. A R/S apresentou uma associação significativa em relação ao bem-estar físico, ao bem-estar funcional e aos sintomas físicos.

1.2.3. Qualidade de Vida relacionada com a saúde e cancro

A qualidade de vida (QDV) é um conceito vasto desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) definindo-a como a *"...perceção que cada indivíduo tem da sua posição na vida face ao contexto cultural e sistema de valores pelos quais vivem em relação aos seus objetivos, expectativas, standards e preocupações*". Este conceito é subjetivo e diz respeito a diferentes aspetos da vida e ao grau de satisfação, tanto no âmbito familiar, como nos relacionamentos, na vida social, ambiental e estética existencial. Quando esse conceito é transposto para a saúde, refere-se a alterações causadas por danos no estado funcional, perceções e fatores sociais, influenciados por doenças ou danos, tratamentos e políticas de saúde. Deste modo, o conceito também pode ser delimitado pela interferência da doença na vida dos indivíduos (Mota, Júnior, Pereira, Vieira, & Costa, 2019).

A QDV tem vindo a ser referida como um conceito multidimensional (Brady, Peterman, Fitchett, Mod, & Cella, 1999; Counted et al., 2018) no que se refere aos seus componentes subjetivos, objetivos, culturais e espirituais (Counted et al., 2018). A multidimensionalidade da QDV engloba insegurança física; insegurança económica; contacto com os outros; participação na comunidade; condições de trabalho; educação; saúde; restrições financeiras; e condições materiais de vida (Albouy, Godfroy, & Lollivier, 2010).

A definição de QDV decorre de uma avaliação subjetiva da vida como um todo (Singh, 2018; Velikova et al., 1999) ou a avaliação e satisfação do paciente oncológico com seu atual nível de funcionamento em comparação com o que considera possível ou ideal. A qualidade

de vida, é, portanto, um constructo multidimensional que abrange perceções positivas e negativas de dimensões como funções físicas, emocionais, sociais e cognitivas, assim como, aspetos negativos de desconforto somático e outros sintomas concebidos por uma doença e respetivo tratamento (Singh, 2018).

Counted e colaboradores (2018) referem quatro domínios da QDV, nomeadamente: 1) o domínio físico; 2) o domínio psicológico; 3) o domínio social; e, o 4) domínio espiritual que envolvem o funcionamento de um indivíduo. Por sua vez, Rensburg (2016) identifica cinco domínios, designadamente: 1) o domínio físico, abarcando os sintomas da doença além dos efeitos colaterais do tratamento; 2) a aptidão física, no que diz respeito às atividades da vida quotidiana e a capacidade de cuidar de si e de seus familiares; 3) o domínio social, onde se encontram incluídos os relacionamentos pessoais e a capacidade para cumprir papéis; 4) a atividade sexual; e finalmente, 5) a capacidade de realizar atividades de tempos livres e, também, de se manter ocupado.

Considerando o caráter multidimensional do conceito de QDV, importa apontar para a importância do domínio emocional/psicológico. Este domínio abrange a adaptação à doença e a capacidade de enfrentá-la, a autoestima, a imagem corporal, a satisfação com a vida, a depressão e a ansiedade. Outros domínios relevantes são o domínio financeiro que envolve estar a trabalhar e ter um rendimento, ser capaz de providenciar as necessidades básicas e ter dinheiro para o transporte e o domínio espiritual que abrange a espiritualidade/religião e práticas religiosas, como oração e participação nos cultos da igreja, bem como questões existenciais, esperança, encontrar significado e propósito na vida e aceitar a morte como parte da vida.

Por sua vez, segundo a *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), as dimensões envolvidas na QDV são, designadamente: i) o funcionamento físico, ii) o funcionamento psicológico, iii) o funcionamento de papéis, iv) o funcionamento cognitivo,

v) o funcionamento emocional e, finalmente, vi) o estado de saúde global e QDV (Pais-Ribeiro et al., 2008). Será com base nestas dimensões que iremos analisar a variável QDV no presente estudo.

Existem diversos estudos que procuram relacionar a QDV com o cancro (Dias, & Durá, 2002; Salvetti, Machado, Donato, & Silva, 2018; Velikova, Stark, & Selby, 1999). O objetivo fundamental dos cuidados de saúde é a melhoria da QDV do doente, sendo que, no contexto da doença oncológica é fundamental o alívio da dor e a recuperação funcional da pessoa (Jordhoy et al., 2001). Assim, estudos sugerem que uma boa gestão dos sintomas físicos melhora, consideravelmente, a QDV (Nayak et al., 2017), que níveis de depressão e de ansiedade mais baixos se associam a uma melhor QDV ao nível físico ao longo do processo de doença oncológica (Turner, Kelly, Cheryl, Allison & Wetzig, 2005), bem como, que uma melhor perceção de QDV global e melhor suporte social percebido se associem a um melhor prognóstico da doença (Patrão, Maroco & Leal, 2006; Schou et al., 2005; Vos et al., 2004).

De facto, a investigação tem demonstrado que as variáveis psicológicas têm um impacto positivo na vivência da doença e na sobrevivência, mas é necessário considerar a influência das características psicológicas que, em interação com o tratamento e os efeitos secundários da doença, determinam a perceção de melhor u pior QDV (Ribeiro, 2001).

A doença oncológica é, sem dúvida, um grave problema de saúde pública associada a custos elevados, não sós económicos, mas pessoais e sociais. Nenhuma dimensão da vida da pessoa fica «de fora» quando se inicia um processo de doença oncológica e esse processo desencadeia, inevitavelmente, mudanças face ao ambiente com impacto na QDV (White 2004).

1.2.4. Espiritualidade, Qualidade de Vida e Doença oncológica

Atualmente, a necessidade de atender às necessidades físicas, psicossociais e espirituais dos pacientes com cancro ao longo da trajetória da doença está bem documentada, tanto sob a

perspectiva do desejo do paciente, quanto dos benefícios para a QDV do doente oncológico (Puchalski, 2012).

O cancro, por vários motivos, alguns já referidos anteriormente, nomeadamente, crenças sociais, estatísticas de mortalidade, o facto de provocar alterações no estilo de vida dos indivíduos, confronta o sujeito com a ideia de terminalidade e finitude da vida, o que o promove o questionamento acerca do significado e sentido da vida. Alguns autores asseguram que a saúde espiritual melhora a QDV do doente oncológico (Mohebbifar, Pakpour, Nahvijou, & Sadeghi, 2015) e neste sentido, Cha e colaboradores (2018) afirmam haver uma relação positiva entre a QDV dos doentes oncológicos e a sobrevivência; e, de entre os vários fatores que contribuem para a QDV dos doentes oncológicos, o bem-estar espiritual tem suscitado, de forma crescente, a atenção dos investigadores. McClain, Rosenfeld e Breitbart (2003), acrescentam que o bem-estar espiritual se tem revelado útil na prevenção da depressão em doentes terminais de tumores malignos. Segundo o estudo de Sherman e colaboradores (2015) a variável saúde social, que determina a capacidade do indivíduo para se manter útil à sociedade, está intimamente relacionada com a QDV e com o cancro e, por sua vez, estão diretamente associadas à espiritualidade.

Numa investigação elaborada por Pérez-Cruz e colaboradores (2019), a dor espiritual está associada com a QDV nos doentes oncológicos que se encontram nos cuidados paliativos, colocando a hipótese deste tipo de dor aumentar as suas manifestações ao nível físico, psicológico e financeiro, diminuindo desta forma a QDV. Estes autores sugerem planos de intervenção para os indivíduos sujeitos à dor espiritual. Uma investigação levada a cabo por Mohebbifar e colaboradores (2015) evidenciou que a saúde espiritual deveria ser realçada como fator que reforça a QDV dos doentes oncológicos. Estes autores sugerem nesse sentido o delineamento de terapias e intervenções que tenham como prioridade o bem-estar espiritual.

Counted e colaboradores (2018) concluíram que espiritualidade parece estar associada a benefícios na saúde, como indicado através dos domínios da QDV. No estudo de Bai e colaboradores (2018) observou-se que a espiritualidade mais elevada estava associada a um menor índice de dor em doentes com cancro. Por sua vez, Bovero, Leombruni, Miniotti, Rocca e Torta (2015) constataram que algumas caraterísticas sociodemográficas como o estado civil, ocupação e educação; assim como, ansiedade, dor, fé, e suporte instrumental em doentes terminais com doença oncológica podiam ser preditores da QDV. De igual modo, o estado cívil, tal como, ser solteiro(a), viúvo(a) ou divorciado(a) parece ter uma relação negativa e estatisticamente significativa com a perceção de QDV; por sua vez, ser casado parece reduzir o impacto de eventos stressantes e, consequentemente, levar a um melhor fim de vida. Este estudo revelou ainda que o facto de serem reformados também lhes conferia uma melhor QDV em comparação com os doentes ativos profissionalmente. Este estudo revelou ainda que a dimensão espiritual constitui um fator de suma importância no prognóstico da QDV. Outros estudos apontam para que, na fase de tratamento, a espiritualidade seja um fator protetor para aceitar e lidar com as exigências das intervenções terapêuticas (Guerrero, Zago, Sawada, & Pinto, 2010; Ribeiro & Pinto, 2010; Rossano, 2010) e acrescentam que a espiritualidade é uma expressão da identidade e do sentido da vida de cada um, estando intimamente ligada à história de vida, às experiências e às expectativas individuais (Aquino, & Zago, 2007; Ribeiro & Pinto, 2010).

Os estudos que procuraram analisar as associações entre a espiritualidade e a QDV identificaram que as escalas funcionais da QDV e a escala da saúde/QDV, se associaram de forma significativa com a dimensão da esperança e otimismo. Neste sentido, sugerem os autores que, é possível concluir que uma perspetiva de vida positiva, sentir esperança e ter um propósito vida conduz a uma maior bem-estar, logo, a uma maior QDV (Büssing, Osterman e Matthiessen, 2005; Meraviglia 2006; Moadel et al., 1999, cit. Pinto & Ribeiro, 2010).

Já Brady, Peterman, Fitchett, Mod e Cella (1999) concluíram que o bem-estar espiritual estava relacionado com a capacidade de apreciar a vida mesmo com os sintomas da doença. Por seu turno, Rudaz, Ledermann e Grzywacz (2018) concluíram que o *mindfulness* espiritual pode aumentar o efeito do *coping* espiritual no desenvolvimento pessoal e na reinterpretação positiva nos sobreviventes oncológicos, independentemente dos factores sócio-demográficos, tais como a idade e a educação. Atualmente, a grande maioria dos estudos concluiu que a dimensão espiritual está relacionada com a QDV dos doentes em geral, e dos doentes do foro oncológico em particular (Pinto & Ribeiro, 2010).

CAPÍTULO 2- Estudo Empírico

2.1- Método

2.1.1- Problema de investigação

Face à escassez de estudos, em Portugal, que relacionem as variáveis psicossociais - Espiritualidade e QDV nas diferentes fases do processo da doença oncológica, a presente investigação pretende ampliar a compreensão acerca da relação entre estas variáveis, através de dados recolhidos num único momento, com o intuito de investigar a existência de possíveis relações entre as variáveis supramencionadas, bem como, analisar o efeito da variável sociodemográfica género, nas mesmas.

Assim, com o intuito de colmatar as lacunas presentes na literatura, temos como problema de investigação neste estudo: *Qual a relação que existe entre a Espiritualidade e a*

QdV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QdV global) em doentes oncológicos, na fase de tratamento e pós-tratamento?

2.1.2- Objetivos do estudo

Com o objetivo geral de analisar a relação entre as variáveis espiritualidade (ESP) e a qualidade de vida (QDV) em doentes oncológicos, na fase de tratamento e pós-tratamento desenhou-se um estudo do tipo correlacional/transversal, de natureza quantitativa cujos objetivos específicos foram os seguintes: i) examinar se existem diferenças nas dimensões em estudo ESP e QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global) em doentes oncológicos na fase de tratamento e pós-tratamento; ii) examinar se existem diferenças nas dimensões em estudo ESP e QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global) em função do género.

2.1.3- Hipóteses de investigação e variáveis em estudo

Com a presente investigação é esperado que:

H1) existam diferenças na espiritualidade e na QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global), entre a fase de tratamento e pós-tratamento;

H2) existam diferenças na espiritualidade e na QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global) em função do género, na fase de tratamento e pós-tratamento;

H3) a espiritualidade se relacione com a perceção de QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global), na fase de tratamento e pós-tratamento;

As variáveis do estudo foram selecionadas em função do problema e das hipóteses de investigação. Deste modo, o presente estudo apresenta como variável dependente a QDV e como variável independente a espiritualidade.

2.1.4- Participantes

O presente estudo foi constituído por uma amostra não probabilística de doentes oncológicos (n=372). Foram admitidos no estudo indivíduos de ambos os géneros, sendo que a inclusão dos participantes teve em linha de conta os seguintes critérios de inclusão: i) ter idade igual ou superior a 18 anos; ii) ter recebido um diagnóstico de cancro e iii) encontrar-se em qualquer fase do processo da doença. Os critérios de exclusão foram: i) estar a receber tratamento paliativo; e ii) apresentar algum défice cognitivo ou ser portador de alguma psicopatologia previamente diagnosticada que invalidasse a participação no estudo.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes (n=372)

		N	%
Género	Masculino	108	29.0
	Feminino	264	71.0
Filhos a cargo	Sim	106	28.5
	Não	266	71.5
Estado civil	Solteiro(a)	52	14.0
	Casado(a)	227	61.0
	União de Facto	14	3.8
	Divorciado(a)	39	10.5
	Viúvo(a)	39	10.5
	Separado(a)	1	0.3
Habilitações	Analfabeto	6	1.6
	1º- 4º ano	144	38.7
	5º- 6º ano	50	13.4
	7º- 9º ano	56	15.1
	10º- 12º ano	73	19.6
	Ensino Superior	43	11.6
Situação Laboral	Ativo(a)	80	21.5
	Baixa médica	50	13.4
	Desempregado(a)	47	12.6
	Estudante	6	1.6
	Doméstico(a)	19	5.1
	Reformado	168	45.2
Fase da doença	Diagnóstico	9	2.4
	Tratamento	145	39.0
	Pós-tratamento	195	52.4
	Recidiva	23	6.2

Pela leitura da Tabela 1, podemos verificar que este estudo contou com a participação de 372 participantes, sendo a amostra constituída predominantemente por participantes do género feminino (n=264; 71 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 91 anos (*M*=56.91*; DP*=14.01). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (61%), e não tem filhos (71,5%). Relativamente à escolaridade, a maioria frequentou o 1º ciclo (1º-4º ano) (38.7%) e 45.2% encontram-se reformados. Sobre a fase da doença, a maior parte, isto é, 52.4% dos participantes encontrava-se na fase de pós-tratamento e 39.0% na fase de tratamento.

2.1.5- Aspetos éticos da investigação em Psico-Oncologia

O presente estudo foi avaliado e aprovado por uma comissão de ética de um centro hospitalar da zona norte de Portugal, tendo em conta todos os aspetos éticos e deontológicos na investigação em Psico-Oncologia, bem como, o código ético e deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Os participantes foram recrutados de forma voluntária e de acordo com os critérios de inclusão na investigação. Todos os participantes tiveram acesso prévio ao consentimento informado que lhes permitiu uma compreensão geral acerca dos objetivos do estudo, bem como, o conhecimento dos seus direitos durante o decorrer da investigação (Holland et al., 2010). Na presente investigação foram salvaguardados os direitos à privacidade, onde foram registadas apenas as informações necessárias para permitir a concretização dos objetivos do estudo, e à confidencialidade garantida através do anonimato das respostas (Ordem dos Psicólogos, 2016). Todos os participantes terão a oportunidade de obter informações, resultados e conclusões acerca da investigação numa sessão agendada de devolução de resultados de investigação, aquando da conclusão do presente estudo (Ordem dos Psicólogos, 2016).

2.1.6- Procedimentos

A amostra foi recolhida por uma equipa de investigação, coordenada por uma especialista na área, em Centros Hospitalares na zona norte do país (n= 250), pela autora da presente dissertação e pelos restantes elementos do grupo de supervisão através da técnica da bola de neve (n=122). Os participantes foram contactados e a recolha de dados efetuada, pela autora da dissertação, entre janeiro e março de 2020. No contacto com os participantes estes foram informados acerca dos objetivos do estudo, bem como, esclarecidos quanto às dúvidas que lhes surgiram, garantindo sempre a sua privacidade e confidencialidade. A recolha de dados consistiu, num único momento, na aplicação do Inventário de Rastreio Psicossocial do Doente Oncológico (IRP). Este instrumento incluía um Questionário Sociodemográfico e Clínico e oito instrumentos de avaliação psicológica. Contudo, no presente estudo apenas serão utilizados os dados relativos a dois instrumentos de avaliação. A investigadora lia as perguntas em voz alta aos participantes e anotava as respostas dadas pelos mesmos. Nenhum participante recusou responder às questões apresentadas, nem demonstrou interesse em abandonar a investigação.

2.1.7- Instrumentos

Tendo por base os objetivos propostos do estudo, utilizou-se uma metodologia quantitativa exploratória, que integrou os seguintes instrumentos, designadamente: i) *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core30* (EORTC-QLQ-C30) (EORTC, 2001); ii) Subescala da Espiritualidade do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOOLQL-100) (Vaz Serra et al., 2006).

2.1.7.1- Questionário Sociodemográfico e Clínico

De modo a caracterizar os participantes da presente investigação recorreu-se a um questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário é constituído por seis itens relativos a dimensões sociodemográficas (género, data de nascimento, idade, filhos a cargo, estado civil, habilitações literárias e profissão/situação laboral) e nove itens relativos a dimensões clínicas (parte do corpo onde apareceu a doença, tempo de diagnóstico, se foi o primeiro diagnóstico, em que fase da doença se encontra atualmente, tipo de tratamentos a que foi submetido no passado, tratamento que se encontra a realizar atualmente, assim como em que condição se encontra, se toma medicação para ansiedade/depressão, se alguma vez teve ajuda psicológica, se em algum momento gostaria de ter recebido ajuda psicológica e se atualmente deseja receber ajuda psicológica individual ou em grupo). No presente estudo apenas serão utilizados os itens relativos ao género, idade, filhos a cargo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e em que fase da doença se encontra atualmente os participantes.

2.1.7.2- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC-QLQ-C30) (EORTC, 2001)

Para avaliar a QDV dos doentes oncológicos utilizou-se o EORTC-QLQ-C-30 por ser um questionário específico para avaliar a QDV dos doentes oncológicos. É constituído por 30 itens divididos em cinco escalas funcionais, nomeadamente: Funcionamento Físico (ex: item 2 *custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?*); Funcionamento de Papéis, (ex: item 6 *sentiu-se limitado(a) no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias*?); Funcionamento Cognitivo (ex: item 20 *teve dificuldades em concentrar-se por exemplo, para ler jornal ou ver televisão?*); Funcionamento Emocional (ex: item 24 *sentiu-se deprimido*?) e Funcionamento Social (ex: item 27- *o seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social?*); 3 escalas de sintomas, designadamente: fadiga, dor e náusea e vomito)

e uma escala global de estado de saúde e QDV; alguns itens que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos, (dispneia, anorexia, insónia, obstipação e diarreia) e a perceção do impacto económico causado pela doença. A generalidade dos itens é avaliada numa escala tipo *Likert* de 1 (Não) a 4 (Muito), expeto a escala de Estado de Saúde/QDV global, em que os itens são avaliados numa escala de 1 (Péssima) a 7 (Ótima). No entanto, é de realçar que no presente estudo apenas serão analisadas as Escalas Funcionais e Estado de Saúde/QDV. No que diz respeito à consistência interna, as escalas apresentam valores de referência de alpha de *Cronbach*, sendo que para as escalas funcionais, os valores são: .74 para o funcionamento físico, .85 do papel, .87 emocional, .78 social, .57 cognitivo e para a Escala Global de Saúde .88. (Pais-Ribeiro et al., 2018). No presente estudo, os valores de consistência interna são: .782 para o funcionamento físico, .857 de papel, .904 emocional, .719 social e .864 para a Escala de saúde/QDV Global.

2.1.7.3- Subescala da Espiritualidade do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQL-100) (Vaz Serra et al., 2006)

A subescala da espiritualidade é uma escala inserida no questionário WHOQOL-100 e tem como objetivo avaliar a espiritualidade (Item 1: *As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?*"). Nesta subescala é pedido aos sujeitos que respondam às questões relativas às duas últimas semanas, numa escala de tipo *likert* de cinco pontos, sendo que valores mais elevados significam uma melhor perceção da espiritualidade (Canavarro et, al., 2010). O WHOQOL-100 é um questionário validado para a população portuguesa e tem como objetivo avaliar a qualidade de vida. Este instrumento é ainda composto por mais 5 domínios, além da espiritualidade: Físico, Psicológico, Nível de Interdependência, Relações Sociais e Ambiente, igualmente num registo de escala tipo *likert*, relativas às duas últimas semanas, sendo que valores mais elevados significam melhor qualidade de vida. Este

instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, alpha de *Cronbach* de .91 para as 100 questões e uma consistência interna de .81 para a dimensão da espiritualidade (Canavarro et al., 2010). A consistência interna da dimensão da espiritualidade no presente estudo é α=.864.

CAPÍTULO 3- Resultados

3.1. Resultados inferenciais

Comparação das dimensões em estudo, por fase da doença oncológica

Para testar a hipótese de que existem diferenças estatisticamente significativas na espiritualidade em função da fase da doença, recorremos ao teste *t* de *Student* para duas amostras independentes.

Tabela 2

Diferenças na Espiritualidade e nas dimensões da QDV em função da fase de tratamento

	Fase de tratamento (n=145)		Fase de pós-tratamento (n=194)			
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*	*p*
Espiritualidade	15.08	3.56	15.68	3.39	-1.586	.114
Funcionamento Físico	2.01	.71	1.83	.64	2.40	**.017**
Funcionamento de papéis	1.93	.89	1.71	.79	2.33	**.019**
Funcionamento social	1.54	.77	1.44	.73	1.23	**.023**
Funcionamento emocional	2.01	.82	1.94	.84	.79	.437
Funcionamento cognitivo	1.87	.86	1.86	.83	.08	.938
Escala Saúde/QDV	4.47	1.30	4.93	1.30	-3.26	**.001**

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas na **espiritualidade** entre os participantes que se encontram em tratamento e os participantes que se encontram na fase pós-tratamento.

Também na Tabela 2 podemos verificar que, relativamente às dimensões da **QDV**, existem diferenças estatisticamente significativas no **funcionamento físico** entre os participantes em fase de tratamento (*M*=2.01, *DP*= .707) e os participantes que se encontram na fase de pós-tratamento [*M*=1.83, *DP*= .633, *t* (337) = 2.40, *p*=.017], sendo os valores médios mais elevados nos participantes na fase de tratamento. No que diz respeito ao **funcionamento de papéis** também se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes em fase de tratamento (*M*=1.93, *DP*=.892) e os participantes em fase de pós-tratamento [*M*=1.71, *DP*=.793, *t* (337)=2.33, *p*=.021], sendo o valor médio mais elevado nos participantes na fase de tratamento. Relativamente ao funcionamento social existem também diferenças estatisticamente significativas entre os participantes em fase de tratamento (*M*=1.53, *DP*=.77) e os participantes em fase de pós-tratamento [*M*=1.44, *DP*=.73, *t* (337)=1.23, *p*=.023], sendo o valor médio mais elevado nos participantes na fase de tratamento. Na **escala de saúde/QDV global** também se observam diferenças estatisticamente significativas nos participantes em fase de tratamento (*M*=4.47, *DP*=1.29) comparativamente aos participantes em fase de pós-tratamento [*M*=4.93, *DP*=1.29, *t* (337)= -3.59, *p*<.001], com valores médios superiores nos participantes na fase de pós-tratamento. Relativamente ao funcionamento emocional e cognitivo não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes em função da fase da doença.

Comparação das dimensões em estudo em função do género e por fase da doença oncológica

Analisando a Tabela 3, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas na **espiritualidade** na fase de tratamento em função do género dos participantes. Já na fase de pós-tratamento existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género masculino [*M*=14.66, *DP*=3.80) e os participantes do género feminino [*M*=15.95, *DP*=3.22), *t*(191) = -2,19, *p*= .029], sendo a espiritualidade superior nos participantes do género feminino.

Tabela 3

Diferenças na espiritualidade e nas dimensões da qualidade de vida nas fases de tratamento e pós-tratamento em função do género

	Feminino (n=96)		Masculino (n=49)			
Fase de tratamento						
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*	*p*
Espiritualidade	14.61	3.07	14.61	3.07	-1.12	.264
Funcionamento físico	2.08	.67	1.88	.77	-1.62	.108
Funcionamento de papéis	1.98	.82	1.82	1.02	-1.074	.285
Funcionamento social	1.61	.82	1.41	.67	-1.524	.130
Funcionamento emocional	2.15	.84	1.74	.70	-2.091	**.004**
Funcionamento cognitivo	2.08	.91	1.46	.56	-4.352	**<.001**
Escala Saúde/QDV	4.41	1.31	4.57	1.29	.700	.485
	Feminino (n=152)		Masculino (n=41)			
Fase de pós tratamento						
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*	*p*
Espiritualidade	15.95	3.22	14.66	3.80	-2.196	**.029**
Funcionamento físico	1.92	.64	1.51	.52	-3.848	**<.001**
Funcionamento de papéis	1.78	.83	1.45	.57	-2.418	**.017**
Funcionamento social	1.44	.76	1.44	.64	-.042	.966
Funcionamento emocional	2.02	.84	1.65	.75	-2.520	**.013**
Funcionamento cognitivo	1.97	.87	1.46	.50	-3.551	**<.001**
Escala Saúde/QDV	4.90	1.32	5.06	1.23	.724	.470

Relativamente à QDV e as dimensões que a compõem, podemos verificar pela análise da Tabela 3 que não existem diferenças estatisticamente significativas no **funcionamento físico** entre participantes do género feminino e masculino na fase de tratamento. Já na fase de pós-tratamento, observa-se que os valores médios no **funcionamento físico** são superiores nos participantes do género feminino [M=1.92, DP=.635, t (192)=-3.85, p<.001]. Relativamente ao **funcionamento de papéis** e ao **funcionamento social**, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na fase de tratamento.

Já na fase de pós-tratamento podemos identificar que os participantes do género feminino apresentam pontuações mais elevadas na dimensão **funcionamento de papéis** [M=1.78, DP=.831, t(192) =-2.42, p=.017] .

Relativamente ao **funcionamento emocional**, na fase de tratamento, os participantes do género feminino (M=2.15, DP=.841) apresentam valores médios superiores comparativamente aos participantes do género masculino [M=1.74, DP=.69, t(143) =-2.91, p=.004)], assim como na fase de pós-tratamento, em que os valores dos participantes do género feminino (M=2.02, DP=.844) continuam a ser superiores ao género masculino [M=1.65, DP=.75, t(191)=-2.52, p=.013]. No **funcionamento cognitivo**, na fase de tratamento, existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género feminino (M=2.08, DP=.912) comparativamente aos participantes do género masculino [M=1.46, DP=.56, t(142) =-4.35, p<.001]. Observa-se o mesmo resultado na fase de pós-tratamento em que continuam a ser os participantes do género feminino (M=1.97, DP=.869) a apresentar valores médios mais elevados comparativamente ao participantes do género masculino [M=1.46, DP=.50, t(192) =-3.55, p<.001].

Na **escala de saúde global/QDV**, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes em função da fase da doença.

Relação entre a Espiritualidade e a QDV, na fase de tratamento e pós-tratamento

Recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* para verificar se existe associação entre a Espiritualidade e a QDV nas suas respetivas dimensões. Estes resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Coeficientes de correlação entre a espiritualidade e as dimensões da QDV

Fase de tratamento	Espiritualidade	Func. físico	Func. papéis	Func social	Func.emocional	Func. cognitivo	Escala Saúde/QDV
Espiritualidade	-						
Funcionamento físico	-.064 n.s.	-					
Funcionamento de papéis	-.093 n.s.	.591(**)	-				
Funcionamento social	-.039 n.s.	.462(**)	.462(**)	-			
Funcionamento emocional	-.159 n.s.	.418(**)	.520(**)	.496(**)	-		
Funcionamento cognitivo	-.079 n.s.	.378(**)	.398(**)	.354(**)	.585(**)	-	
Escala Saúde/QDV	.111 n.s.	-.402(**)	.413(**)	-.305(**)	-.421(**)	-.384(**)	-
Fase de pós tratamento	Espiritualidade	Func. físico	Func. papéis	Func social	Func.emocional	Func. cognitivo	Escala Saúde/QDV
Espiritualidade	-						
Funcionamento físico	-.089 n.s.	-					
Funcionamento de papéis	-.012 n.s.	.608 (**)	-				
Funcionamento social	-.080 n.s.	.358 (**)	.392(**)	-			
Funcionamento emocional	.129 n.s.	.333 (**)	.528(**)	.468(**)	-		
Funcionamento cognitivo	-.095 n.s.	.396 (**)	.403(**)	.356(**)	.605(**)	-	
Escala Saúde/QDV	-.030 n.s.	-.441 (**)	-.545(**)	-.235(**)	-.513(**)	-.383(**)	-

Legenda: (**) $p<.01$; n.s. não significativo

Na **fase de tratamento**, não encontramos associação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e as diferentes dimensões da QDV.

Na **fase de pós-tratamento** também não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a espiritualidade e as diferentes dimensões da QDV.

CAPÍTULO 4- Discussão

O presente trabalho teve como objetivo responder à lacuna que existe em Portugal de estudos que relacionem as variáveis psicossociais - espiritualidade e QDV- nas diferentes fases do processo da doença oncológica, procurando ampliar a compreensão acerca da relação destas variáveis nas fases de tratamento e pós-tratamento, bem como analisar o efeito do género nas mesmas.

Para responder aos objetivos, foram previamente delineadas três hipóteses que serão discutidas individualmente.

A primeira hipótese **(H1)** postula que se espera que *existam diferenças na espiritualidade e na percepção de QDV dos doentes oncológicos (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global), entre a fase de tratamento e de pós-tratamento*.

Considerando os resultados obtidos, podemos afirmar que a hipótese 1 é **confirmada parcialmente**.

Considerando a *fase de tratamento*, não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à espiritualidade. A espiritualidade é entendida como uma caraterística universal humana e pode ser vista como a compreensão da relação do Eu com o transcendente, expresso através de atitudes, hábitos e práticas (Puchalski, 2012). Outros autores acrescentam que a espiritualidade pode ser expressa pelo sujeito de uma forma muito peculiar,

inerente à sua natureza intrínseca, o que torna possível renovar a esperança de sobrevivência ao cancro, uma vez que, as crenças espirituais fornecem possibilidades de ressignificação das experiências de vida, especialmente em relação ao processo de doença (Costa et al., 2019). Counted e colaboradores (2018) defendem que a espiritualidade se encontra associada a benefícios na saúde, como indicado através dos domínios da QDV e, por este motivo, e pelas diferenças que se verificam na QDV (a discutir de seguida), acreditamos que seria expectável que houvesse também diferenças na espiritualidade ao longo do processo de doença oncológica. Podemos colocar como hipótese explicativa deste resultado que os participantes deste estudo se encontrassem mais focados nos desafios da doença, aquando do momento de recolha dos dados, em termos de exigência física associada às características do tratamento, e não tanto apelando a estratégias de *coping* mais focadas nas crenças espirituais e na procura de ajuda transcendental. Talvez por isso, quando analisamos a amostra global não se registam diferenças estatisticamente significativas na espiritualidade entre os participantes considerando a fase de tratamento e de pós-tratamento, conforme foi explanado no enquadramento teórico.

No que se refere à QDV, existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões funcionamento físico (melhor perceção de QDV na fase de tratamento), funcionamento de papéis (melhor perceção na fase de tratamento), funcionamento social (melhor perceção de QDV na fase de tratamento) e na escala global de saúde/QDV (melhor perceção na fase de pós tratamento). Existem vários estudos que procuram analisar o impacto da doença oncológica na QDV dos doentes ao longo de todo o processo de doença (Dias, & Durá, 2002; Nayak et al., 2017; Salvetti et al., 2018; Velikova et al., 1999). Neste estudo, os resultados sugerem que na fase de tratamento se observa uma melhor perceção do funcionamento físico, do funcionamento de papéis e do funcionamento social. Já na escala de saúde/QDV global, é na fase de pós tratamento que se observa uma melhor perceção de QDV por parte dos participantes.

Nesse sentido, os efeitos secundários dos tratamentos poderão ser entendidos pelos doentes como sinónimo de eficácia do tratamento, podendo então resultar nesta melhor perceção do funcionamento físico nesta fase (Vickberg et al., 2001). Por outro lado, sabemos que as terapêuticas têm, não só impacto imediato no doente, mas têm também impacto a médio e a longo prazo, o que pode comprometer o funcionamento físico na fase de pós-tratamento, uma vez que, os doentes lidam e percecionam de forma diferente os efeitos secundários com os quais lidam (eg., náuseas e a amputação) (Oliveira, Furtado, Azevedo, Ramos, & Bittar, 2018).

Relativamente ao funcionamento de papéis e ao funcionamento social, podemos sugerir que as diferenças que apoiam uma melhor perceção de QDV na fase de tratamento em comparação com a fase de pós-tratamento, se devam a uma nova redefinição de papéis sociais, motivada pelas exigências dos tratamentos, bem como uma melhor percepção de suporte social nesta fase da doença. Cardoso e colaboradores (2009) sugerem que para além do impacto que a doença oncológica tem sobre o doente, representa ainda um impacto psicossocial significativo na família do doente, bem como nos profissionais de saúde por se verem confrontados com a fragilidade da vida humana. Por este motivo, acreditamos que todos os atores envolvidos no processo de doença, para além do doente – família, amigos e profissionais de saúde – se disponibilizem para todo o apoio necessário, oferecendo um suporte social mais adequado na fase de tratamento, tendo impacto na perceção de melhor funcionamento físico, de papéis e funcionamento social na fase de tratamento. Sabe-se também que, na fase de pós-tratamento, esta proximidade e o apoio recebido por outros diminui, podendo então diminuir a perceção de QDV nestas dimensões (Kinsinger, Mcgregor, & Bowen, 2009).

Relativamente à escala de saúde/QDV global, é na *fase de pós tratamento* que a perceção de QDV é mais elevada. Estes resultados parecem corroborar outros estudos sobre o tema que referem que os doentes que se encontram na fase de pós tratamento verbalizam uma

menor preocupação com a adaptação física e melhor percepção de QDV (Pinto & Pais Ribeiro, 2005). Os motivos poderão estar relacionados com o tempo decorrido desde o diagnóstico ao final dos tratamentos que permitiu uma melhor adaptação à doença. Outros estudos sugerem que a perceção de QDV é mais elevada após os tratamentos, uma vez que, nesta fase, os doentes deixam de lidar com o impacto significativo dos tratamentos, como cirurgia, quimioterapia, entre outros e os seus efeitos secundários (Ruini, Vescovelli, & Albieri, 2012). Ainda, numa meta-análise levada a cabo por Mols e colaboradores (2005) também permitiu constatar que a perceção de QDV foi superior nas mulheres com cancro da mama, após término dos tratamentos.

Anderson e Lutgendorf (1997) definem a QDV de doentes com cancro como a avaliação ou satisfação dos doentes com o seu nível de funcionamento comparado com o que entendem como possível ou ideal. Talvez por isso, os participantes deste estudo se sintam adaptados à doença e às suas implicações, tendo já vivido os desafios dos tratamentos, permitindo que no final, quando eles chegam ao fim, percecionem uma boa QDV.

Relativamente à segunda hipótese **(H2)**, esta postula que se espera que *existam diferenças na espiritualidade e na QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global) em função do género, na fase de tratamento e pós-tratamento*.

Verificamos que esta hipótese é **parcialmente confirmada.** No que concerne à espiritualidade, existem diferenças na espiritualidade na *fase de pós-tratamento*, sendo os participantes do género feminino a apresentar resultados superiores comparativamente ao género masculino.

Perante o diagnóstico de doença oncológica, os doentes tendem a reajustar as suas prioridades e a focarem-se em aspetos de si próprios que aumentam o seu sentido de existência (Pestana, Estevens, & Conboy 2009). O cancro levanta questões que se prendem com a forma como se vai viver no futuro, mas também quais as mudanças que vão ocorrer no presente

(Pettet, & Balboni, 2013). Por se tratar de uma doença grave e potencialmente letal, que ameaça o sentido de integridade do sujeito (Levine, 2005; Ribeiro, & Pinto, 2010), o diagnóstico de cancro convida os doentes a uma reflexão espiritual (Dyer, 2011; Nave, & Moura, 2015). Sabe-se que a espiritualidade é uma dimensão da vida com potencial para contribuir para a melhoria da saúde de homens e de mulheres que enfrentaram a doença oncológica e que o impacto da doença é influenciado pelas características da personalidade e pelas características da doença. Neste cenário, o bem-estar geral do doente está intrinsecamente relacionado com a resposta do organismo à doença, às intervenções clínicas e a resposta psicológica. A espiritualidade, ao surgir como fator integrador da doença na vida do doente, leva a que este processo possa ser vivido com qualidade, ou seja, a espiritualidade permite uma melhor qualidade de vida durante o processo de doença (Meraviglia, 2006). Alguns estudos sugerem que independentemente dos aspetos cristãos, é mais provável que as mulheres se afiliem em instituições religiosas, que considerem a espiritualidade uma dimensão da vida muito importante, que leiam textos religiosos e que acreditem na vida após a morte (Ribeiro, & Pinto, 2010; Stark, 2002). Talvez por isto, sejam a mulheres a apresentarem uma maior espiritualidade após o fim dos tratamentos.

No que se refere às dimensões da QDV, na *fase de tratamento*, as diferenças encontram-se nas dimensões do funcionamento emocional e cognitivo, sendo os participantes do género feminino a apresentar valores médios superiores ao género masculino.

Na fase de *pós-tratamento*, as diferenças estatisticamente significativas encontradas são nas dimensões do funcionamento físico, de papéis, emocional e cognitivo, mantendo-se valores médios superiores nos participantes do género feminino.

Importa considerar que estudos sugerem que existem diferenças na adaptação à doença oncológica em função do género, ou seja, os homens e as mulheres apresentam comportamentos distintos quando recebem um diagnóstico de doença oncológica, quer em

termos da adoção de cuidados com a saúde física, quer em termos de adaptação psicológica à doença (Xavier, Ataíde, Pereira, & Nascimento, 2010), sugerindo que as mulheres revelam uma maior capacidade de adaptação a novas situações, que procuram obter maior conhecimento sobre a doença, procuram mais o apoio social e emocional e desenvolvem mecanismos de *coping* mais ajustados à situação, quando comparadas com os homens.

O facto de serem as mulheres e apresentarem melhor funcionamento emocional e cognitivo durante as fases de tratamento e de pós-tratamento comparativamente aos homens, pode ser explicado por uma maior resiliência das mulheres e maior capacidade na gestão das tarefas/papéis sociais durante estas fases (Fonseca, Nogueira, & Marcon, 2004; Ribeiro, 2005; Ribeiro & Pinto, 2010). No mesmo sentido, na fase de pós tratamento, são também as mulheres que apresentam melhor perceção de QDV nas dimensões do funcionamento físico e do funcionamento de papéis. O género também tem sido apontado como uma variável que promove oscilações no processo de adaptação, uma vez que a expressividade emocional, os recursos de *coping*, o relacionamento interpessoal social e os traços de personalidade dependem do género do indivíduo confrontado com a doença. Outros estudos que avaliaram a QDV em mulheres com cancro da mama referem que as mulheres, apesar de apresentarem uma boa perceção de QDV, esta foi inferior aos valores médios de uma amostra de 315 indivíduos sem doença. Esta diferença suporta o facto da doença oncológica e os desafios inerentes à mesma tenham potencial para afetar negativamente a perceção de QDV (Dekker e Groot., 2018). No entanto, a variável tempo após diagnóstico é deveras relevante no que toca à adaptação ao diagnóstico, permitindo que os níveis de QDV nos seus diferentes níveis de funcionamento aumentem ao longo do tempo (Holland et al., 2006).

A terceira hipótese (**H3)** postula que se espera que a *espiritualidade se relacione com a perceção de QDV (Escalas funcionais e Estado de Saúde/QDV global), na fase de tratamento e de pós-tratamento.* Considerando os resultados obtidos, verificamos que a **hipótese é**

rejeitada por não se verificar uma associação entre a espiritualidade e a perceção de QDV, quer na *fase de tratamento*, quer na *fase de pós-tratamento*.

Tendo em conta a revisão realizada ao estado da arte e os resultados de outros estudos, podemos considerar que a ausência de associação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e a QDV considerando as fases de tratamento e de pós-tratamento se relacione com alguns aspetos que passamos a apresentar.

Apesar da espiritualidade se relacionar, na maioria dos estudos sobre o tema com a melhor perceção de QDV (física, psicossocial e espiritual) do doente oncológico, existem estudos que alertam para o facto de alguns doentes sofrerem de *distress* espiritual, isto porque podem sentir-se abandonados por Deus e sentir raiva de Deus por ter permitido tal diagnóstico (Puchalski, 2012). Uma vez que as necessidades espirituais dos doentes nem sempre são evidentes ao longo das diferentes fases da trajetória da doença, é importante considerar esta dimensão pelo seu impacto e papel protetor (ou não) por oferecer uma melhor resposta às necessidades do doente oncológico (Surbone, & Baider, 2010). Por outro lado, podemos considerar que talvez a relação entre estas variáveis – espiritualidade e QDV – seja mediada por outras variáveis. Por exemplo, estudos sugerem que a influência da espiritualidade na QDV do doente oncológico depende do papel da esperança, ou seja, a espiritualidade em conjunto com a esperança é promotora de uma melhor perceção de QDV, mas isoladamente não (Gibson & Parker, 2003). Outros estudos apontam para a importância de avaliar o bem-estar, uma vez que, os resultados encontrados sugerem que os doentes com maior perceção de bem-estar em todos os domínios apresentam valores mais elevados nas medidas de espiritualidade (Laubmeier et al., 2004) e, outros estudos afirmam ainda que a maior parte dos doentes deseja que os profissionais de saúde questionem e se preocupem sobre a necessidade de apoio espiritual (Miller, 2005). Ainda a variável «emoções» pode ser considerada uma variável mediadora na relação da espiritualidade e da QDV por ser uma importante variável no processo

de adaptação psicológica à doença (Cotton et al., 1999) pela expressão de afetos e de emoções experienciadas pelos doentes ao longo da trajetória de doença. Koenig (2002) acrescenta ainda que a recuperação dos doentes ocorre mais facilmente quando estes possuem um sistema de crenças e de valores otimistas que lhes permita atribuir um significado à vida e quando têm um grupo de amigos que os apoiam e que se preocupam com o seu bem-estar.

Considerando que estas variáveis não foram integradas neste estudo, não podemos oferecer explicações definitivas, mas conjugando com outros estudos, talvez haja de facto outras dimensões envolvidas na equação que justificam a ausência de associação entre as duas variáveis por nós encontrada.

CAPÍTULO 5- Conclusão

Neste ponto pretendemos reunir as ideias chave que resultaram da realização deste estudo, mencionar aspetos a ter em consideração na realização de futuros trabalhos e referir as limitações do presente estudo.

A análise de estado da arte e a realização da revisão da literatura numa fase inicial do desenvolvimento deste estudo, permitiu verificar que o papel da variável espiritualidade e a sua relação com a perceção de QDV do doente oncológico não se encontra totalmente esclarecida.

Este estudo permitiu concluir que:

1. Não há associação estatisticamente significativas na espiritualidade e QDV nas fases de tratamento e de pós-tratamento.
2. Na fase de pós-tratamento, são as mulheres que apresentam maior espiritualidade.

Entendemos que a compreensão dos fatores que interferem com a adaptação ao diagnóstico de doença é fator crucial para delinear intervenções eficazes de manutenção e/ou promoção da QDV, bem como considerar é igualmente relevante contemplar os aspetos

individuais relativos às crenças espirituais e rituais de fé de cada doente. Esta compreensão deve acontecer numa ótica dinâmica e de interação entre os profissionais de saúde e os doentes, sendo igualmente importante para o doente individualmente, mas também para o controlo das mudanças associadas à doença oncológica e que procuramos neste trabalho destacar algumas delas. Consideramos, por isto, que este trabalho procurou trazer um novo olhar sobre a relação que a espiritualidade e a perceção de QDV podem ter na adaptação psicológica do doente oncológico, desde a fase do tratamento até à fase de pós tratamento, mas que não se esgota nesta compressão e que envolve seguramente outras dimensões do funcionamento humano.

Neste sentido, importa avaliar a perceção de QDV e outros indicadores de adaptação que auxiliem os profissionais de saúde na procura de estratégias e no planeamento de intervenções que visem a promoção da saúde e que determinem uma adaptação positiva do doente oncológico (Francisco, Carvalho & Batista, 2008). O tratamento do doente oncológico assume um leque complexo de intervenções que exigem dos profissionais de saúde conhecimento e dedicação. Portanto, compreender os fatores envolvidos no processo de adaptação psicológica à fase de tratamento e pós tratamento de uma doença oncológica é deveras importante, pois este conhecimento poderá contribuir para a melhoria das intervenções junto do doente, com impacto significativo na sua capacidade de adaptação à doença, na sua QDV e bem-estar psicológico.

5.1 Limitações e investigações futuras

Este estudo teve como objetivo esclarecer o papel da espiritualidade e da QDV no processo da doença oncológica e, nesse sentido, consideramos que é relevante pelas respostas que nos permitiu obter. No entanto, como qualquer estudo também este apresenta algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal e correlacional, não permitindo o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, mas os resultados apontam para a possibilidade de que a

perceção de QDV sofra variações ao longo do processo de doença, sugerindo a necessidade de realizar outros estudos que permitam esclarecer se esta relação é causal.

Consideramos que futuros trabalhos deverão ter uma maior representatividade, isto é, deverão espelhar a realidade nacional em termos de incidência e prevalência de diferentes diagnósticos oncológicos e estádios da doença, bem como deverão considerar as eventuais diferenças de atuação dos serviços de saúde que acompanham pessoas com diagnóstico de doença oncológica. Parece-nos igualmente pertinente que o estudo da espiritualidade deva ser alargado, dada a sua relevância. Apesar de considerarmos que os instrumentos de recolha de dados são adequados aos objetivos da investigação, talvez devam ser exploradas outras variáveis como o suporte social, a esperança e o otimismo para esclarecer o seu papel mediador no processo de adaptação psicológica à doença oncológica ao longo de todas as fases da doença.

Referências Bibliográficas

Albouy, V., Godfroy, P., & Lollivier, S. (2010). *Measuring quality of life*. Paris: Insee – Institut National de la Statistique et des Études Économiques. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KRnfWD0Sfp8J:https://www.insee.fr/en/statistiques/fichier/1373572/FPORSOC10E.pdf+&cd=12&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-b-d

Anderson, B. & Lutgendorf, S. (1997). Quality of life in gynecologic cancer survivors. *Cancer Journal for Clinicians*, *47*, 218-225.

Antoni, M. H., & Lutgendorf, S. (2007). Psychosocial factors and disease progression in cancer. *Current Directions in Psychological Science, 16*(1), 42–46. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00472.x

Arnold, M., Rutherford, M. J., Bardot, A., Ferlay, J., Andersson, T. M.L., Myklebust, T. A., Tervonen, H. … Bray, F. (2019). Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *The Lancet*, 1-13. http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30456-5

Aquino, V.V, & Zago M.M.F. (2007). O significado das crenças religiosas para em grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev Latino-am Enfermagem*, *15*(1), 42-7.

Bai, J.,Brubaker, A., Meghani, S. H., Bruner, D. W., Yeager, K. A. (2018). Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 56*(3), 390-398. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020

Blanpain, C. (2013). Tracing the cellular origin of cancer. *Nature Cell Biology, 15*(2), 126-134. https://doi.org/ 10.1038/ncb2657

Block, S.D. (2000). Assessing and Managing Depression in the Terminally Ill Patient. *Annals of Internal Medicine, 132*(3), 209-218.

Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mod, M., & Cella (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology, 8*, 417–428.

Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., & Torta, R. (2015). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. European Journal of Cancer Care, 1-9. https://doi.org/ 10.1111/ecc.12360

Bultz, B. D. (2016). Cancer care and the role of psychosocial oncology: where are we and where are we going? *Asia Pac J Oncol Nurs, 3*, 118-120. https://doi.org/10.4103/2347-5625.182929

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra

(Eds.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 15-23.

Cancer Society of Finland (s.d.). *The survival of cancer patients*. https://www.cancersociety.fi/publications/reports/cancer-in-finland-2016/the-survival-of-cancer-patients/

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (s.d.). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*, 8-18.

Carvalho, M. J. (2003). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno.

Castro, S. R. O. S. (2008). *A espiritualidade em idosos institucionalizados com doença crónica.* [Tese não publicada]. Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Cha, K. M., Kang, S. Y., SoYeonHyun, Noh, J. S., Shin, Y. M., & Kim, N. H. (2018). Mediating effect of interpersonal coping on meaning in spirituality and quality of life and the influences of depression and anxiety thereon in cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 1–8. https://doi.org/10.1017/S1478951518000731

Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1

Costa, D. T., Silva, D. M. R., Cavalcanti, I. D. L., Gomes, E. T., Vasconcelos, J. L. A., & Carvalho, M. V. G. (2019). Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm, 72*(3), 640-645. http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(75), 1-18. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x

DeVita, V. T., Lawrence, T. S., & Rosenberg, S. A. (2019). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles & practice of oncology*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Dias, M. R., & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Diez, S. B., Forjaz, M. J., & Landivar, E. G. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Españolas Psiquiatria, 33*(6), 390-397.

DGS (2016). *Portugal – Doenças oncológicas em números – 2015. Programa nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DGS (2017). *Portugal – Doenças oncológicas em números – 2016. Programa nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dyer, A. R. (2011). *Spirituality and Cancer: An Introduction*. *South Med J, 104*(4), 287–8.

Duarte, I. (2013). *Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: estudo exploratório com 55 mulheres angolanas*. Tese apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Efficace, F., Gaidano, G., Breccia, M., Voso, M. T., Cottone, F., Angelucci, E., Caocci, G. … Beyne-Rauzy, O. (2015). Prognostic value of self-reported fatigue on overall survival in patients with myelodysplastic syndromes: a multicentre, prospective, observational, cohort study. *The Lancet Oncology, 16*(15), 1506-1514. http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00206-5

Ehmke, N. J., Biddle, H., Hunnicutt, B. A., & Trenkner, S. (2017). Seasons: a prospective study assessing the physical, psychosocial, spiritual, and financial needs of patients with breast and prostate cancer. [Abstract]. *Journal of Clinical Oncology, 34*(3), https://doi.org/10.1200/jco.2016.34.3_suppl.4

Ferrell, B. R., Dow, K. H., & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, *4*, 523-531.

Ferreira, M. A. A. (2011). *Estudo clínico sobre o impacto psico-funcional e espiritual no estatuto de sobrevivente oncológico*. [Tese de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Ferreira, P. M., Lunet, N., Silva, S. (s.d.). A informação sobre saúde dos portugueses. Fontes, conhecimentos e comportamentos. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31947/1/ICS_PMFerreira_Conhecimento%20sobre%20Cancro_CLI.pdf

Ferreira, M. L. L., Souza, A. I., Ferreira, L. O. C., Moura, J. F. P., & Junior, J. I. C. (2015). Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 18*(1), 165-177. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14008

Feuerstein, M. (2007). *Handbook of cancer survivorship*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.

Fisher, J. (2011). The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions 2*(1), 17-28. https://doi.org/10.3390/rel2010017

Galindo-Vázquez, O., & Costas-Muñiz, R. (2019). Evidence-based psycho-oncology: A priority in mental health. *Salud Mental, 42*(3), 101-102. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.013

Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F. M., Verhagen, C. A. H., Peters, M. E. J. W., & Bleijenberg, G. (2008). Severe fatigue and related factors in cancer patients before the initiation of treatment. *British Journal of Cancer, 99*, 1408–1414. https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604739

Grassi, L., & Watson, M. (2012). Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psycho-Oncology, 21*, 1027–1033. https://doi.org/10.1002/pon.3154

Hacpille, L. (1994). *A dor cancerosa e o seu tratamento. Abordagem global em cuidados paliativos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Hanselmann, R. G., Welter, C. (2016). Origin of Cancer: An Information, Energy, and Matter Disease. *Frontiers in Cell and Developmental Biology, 4*(121), 1-12. https://doi.org/10.3389/fcell.2016.00121

Harju, E., Michel, G., & Roser, K. (2019). A systematic review on the use of the emotion thermometer in individuals diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology, 28*, 1803–1818. https://doi.org/10.1002/pon.5172

Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen P. B., Lederberg, S. M., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press.

Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med, 64*, 206-221. https://doi.org/ 10.1097/00006842-200203000-00004

Holland, J., Greenberg, D. B., & Hughes, M. K. (2006). *Quick reference for oncology clinicians: The psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management*. Charlottesville: IPOS Press.

Holland, J. C., & Weiss, T. R. (2010). History of Psycho-Oncology. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle. (2010). *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press, Inc.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (2016, Abril). Prevalência das neoplasias malignas. *SomosHFF, 24*. Retirado de https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1611/1/News_HFF_ISSUU_24.pdf

INE (2019). Estatísticas da Saúde – 2017. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2

Jacobsen, P. B., & Lee, M. (2015). Integrating psychosocial care into routine cancer care. *Cancer Control, 22*(4), 442-449. https:// doi.org/10.1177/107327481502200410

Jordhoy, M.S., Fayers, P., Loge, J. H.; Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of Life in Palliative Cancer Care: Results from a Cluster Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology, 19*(18), 3884-3894.

Jim, H. S. L, Pustejovsky, J., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman J. M. (2015). Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer, 121*(21), 3760–3768. https://doi.org/10.1002/cncr.29353

Kangas, M., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2008). Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychological Bulletin, 134*(5), 700–741.

Kinsinger, S.McGregor, B., & Bowen, D. (2009). Perceived breast cancer risk, social support, and distress among a community-based sample of women. *Journal of Psychosocial Oncology, 27*(2), 230-247. https://doi.org/10.1080/07347330902776002

Koenig, H. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health, 41*(3), 263-278.

Koo, M. M., Swann, R., McPhail, S., Abel, G. A., Elliss-Brookes, L., Rubin, G. P., & Lyratzopoulos, G. (2020). Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross-sectional, population-based study. *The Lancet Oncology, 21*, 73-79. https://doi.org/10.1016/ S1470-2045(19)30595-9

Kreitler, S. (2019). *Psycho-oncology for the clinician*. The patient behind the disease. Cham: Springer Nature Switzerland.

Lasfargues, G. (2018). Current concepts in carcinogenesis. In T. Musu, & L. Vogel. *Cancer and work. Understanding occupational cancers and taking action to eliminate them* (pp. 15-25). Brussels: European Trade Union Institute, ETUI.Lang-Rollin, I., Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 20*(1), 13-22.

Leuteritz, K., Friedrich, M., Sender, A., Nowe, E., Stoebel-Richter, Y., & Geue, K. (2018). Life satisfaction in young adults with cancer and the role of sociodemographic, medical, and psychosocial factors: results of a longitudinal study. *Cancer*, 4374- 4382. https://doi.org/10.1002/cncr.31659

Levine, E. G. (2005). The relationship between physical factors, coping, and spirituality in cancer patients. *Gynecol Oncol, 99*(3), S133–4.

Malik, S., & Sadaf, A. (2018). Impact of Cancer-Related Fatigue on Psychological Semiology among Cancer Patients. *Pak J Med Res, 57*(1), 20-23.

McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet, 361*, 1603-1607. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7

Mcintyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. G. (2002). *Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo*. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17777/1/Intervenção%20na%20doença%20oncológica.PDF

Meraviglia M. (2006). Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum, 33*(1), E1-7. doi: 10.1188/06.ONF.E1-E7

Modena, C. M., Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., & Schall, S.S. (2014). Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia*, *22*(1), 67-78. https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-06

Mohebbifar, R., Pakpour, A. H., Nahvijou, A., & Sadeghi, A. (2015). Relationship between spiritual health and quality of life in patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(16), 7321-7326. https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.16.7321

Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.

Mota, R. T., Júnior, H. M. F., Pereira, F. S., Vieira, M. A., Costa, S. M. (2019). Quality of life of patients with lung cancer: A scoping review. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 22*(2), 1-13. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180162

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

Nakaya, N. (2014). Effect of psychosocial factors on cancer risk and survival. Journal of Epidemiology, 1-6. https://doi.org/10.2188/jea.JE20130124

Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M. S., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. S., Shashidhara, Y. N., & Kamath, A. (2017). Quality of Life among Cancer Patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 445-450. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17

Nave, A.C., & Moura, M. (2015). Ciclo de Vida, Personalidade e Coping. In E. Albuquerque & A. S. Cabral (eds). *Psico-oncologia Temas Fundamentais*. (1a ed). Porto: LIDEL
42.

NBCC (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Camperdown: Australia.

Nogueira, R. A. (2018). Programa Nacional para as doenças oncológicas: o despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, merece mais atenção e representa um primeiro passo para a orientação de soluções. *Rev Port Med Geral Fam*, *34*, 104-109.

Oliveira, D., Furtado, L., Azevedo, F., Ramos, S., & Bittar, C. (2018). Influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. *Temas em Saúde, 18*(2), 76-102.

Ong, C. K., Forbes, D. (2005). Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. *BMJ, 331*, 576-577.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da República, 2.ª série, 246, 26 de dezembro de 2016.

Patrão, I. Maroco, J. & Leal, I. (2006). Psychosocial adjustment to breast cancer diagnosis surgery. *Psycho-Oncology, 15*, 2 (Supplement) S1-S478.

Peixoto, T. A. S. M. (2015). *Autogestão da fadiga nos sobreviventes de cancro. Revisão sistemática da literatura*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Pérez-Cruz, P. E., Langer, P., Carrasco, P., Bonati, P., Batic, B., Satt, L. T., & Otaiza, M. G. (2019). Spiritual pain is associated with decreased quality of life in advanced cancer patients in palliative care: an exploratory study. *Journal of Palliative Medicine, 20*(20), 1-7. https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0340

Pestana, J., Estevens, D., & Conboy, J. (2009). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Cons-Ciências*, Universidade Fernando Pessoa.

Peters, M. L., Sommer, M., Rijke, J. M., Kessels, F., Heineman, E., Patijn, J., …Kleef, M. V. (2007). Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Ann Surg, 245*, 487–494.

Peterson, C., & Chang, E. C. (2003). Optimism and flourishing. In C. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the life well-lived*. Washington: American Psychological Association.

Pikhart, H., & Pikhartova, J. (2015). *The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases. A review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Qualidade de Vida, 24*(1), 37-56.

Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *28* (1), 49-56.

Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. Annals of Oncology, 23(3), iii49-iii55. https://doi.org/10.1093/annonc/mds088

Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*, 1-12. https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000465

Rabow, M. W., & Knish, S. J. (2015). Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support Care Cancer, 23*, 919–923. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4

Pinto C, & Ribeiro J. L. P. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med, 21*(2), 47–53.

Ribeiro, J. P., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation Study of the Portuguese Version of the QLC-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças , 9*, 89-102.

Ribeiro, J. L. P. (2017). *A Psico-oncologia em Portugal e no mundo*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24889.57445

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

Rizza, S., Rasola, A., Townsend, D. M., & Filomeni, G. (2018). Editorial: Redox and metabolic circuits in cancer. *Frontiers in Oncology, 8*(403), 1-3. https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00403

Rensburg, J. J. M. J. (2016). *The development and validation of a quality of life assessment instrument for cancer patients in south Africa*. Tese apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Witwatersrand, Johannesburg.

Rizza, S., Rasola, A., Townsend, D. M., & Filomeni, G. (2018). Editorial: Redox and metabolic circuits in cancer. *Frontiers in Oncology, 8*(403), 1-3. https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00403

Rossi, L., & Santos, M. (2003). Psychological consequences of the sickening and treatment of women affected by breast cancer. *Psicol. cienc. prof. 23*(4), https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400006

Rudaz, M., Ledermann, T., & Grzywacz, J. G. (2018). Spiritual coping, perceived growth, and the moderating role of spiritual mindfulness in cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-15. https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1464091

Ruini, C., Vescovelli, F., & Albieri, E. (2012). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *20*, 383-391.

Salvetti, M. G., Machado, G. S. P., Donato, S. C. T., Silva, A. M. (2018). Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(2), 1-7. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287

Savina, S., & Zaydiner, B. (2019). Cancer-related fatigue: some clinical aspects. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 6*(1), 7-9. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_45_18

Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Júnior, J.C. M., Bueno, P. R. T., Rezende, F. F., & Valério, N. I. (2013). Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos. *Psicologia USP*, *24*(1), 35-53.

Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C., Sandvik, L. & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *PsychoOncology, 13*, 309-320

Sherman, A. C., Merluzzi, T. V., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., George, L., Fitchett, G., Jim, H. S. L., Munoz, A. R., Danheur, S. C., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2014). A

Meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*, *121*, 3779-3788. https://doi.org/10.1002/cncr.29352

Singh, D. P. (2018). Quality of Life in Cancer Patients Receiving Palliative Care. Indian *Journal of Palliative Care, 16*(1), 36-43. https://doi.org/ 10.4103/0973-1075.63133

Singer, S. (2014) *Psychosocial Impact of Cancer*. In Goerling, U. (eds). Psycho-Oncology. *Recent Results in Cancer Research, 197*, 1-10. Berlin: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40187-9_1Singer, S. (2017). Psychosocial Impact of Cancer. *Psycho-Oncology*, 1–11. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_1

SNS (2018). *Cancro | Portugal no Top 10 Europeu*. https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/01/31/cancro-taxa-de-sobrevivencia-no-mundo/Surbone, A., & Baider, L. (2010). The spiritual dimension of cancer care. *Oncology/Hematology, 73*, 228–235. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.03.011 Weinberg, R. A. (2014). *The biology of cancer*. New York: Garland Science, Taylor & Francis Group.

Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da Qualidade de Vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica, 33*(1), 39-53. http://dx.doi:org/10.14417/ap832

Travado, M. L. S. (2013). *The role and challenges of psycho-oncology in improving cancer care.* Dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra.

Turner, J., Kelly, B., Cheryl, S., Allison, R., & Wetzig, N. (2005). Psychosocial impact of newly diagnosed advance breast cancer. *Psycho-Oncology, 14*, 396-407.

Van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., Hochstenbach, L. M. J., Joosten, E. A. J., Tjan-Heijnen, V. C. G., & Janssen, D. J. A. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management, 51*(6), 1070-1090. https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340

Varella, D. (2004). *Por um fio*. São Paulo: Companhia das Letras.

Varela, A. (2006). *Perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro da mama: A relação com a estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sentido de coerência.* Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Velikova, G., Stark, D., & Selby, P. (1999). Quality of Life Instruments in Oncology. *European Journal of Cancer, 35*(11), 1571-1580. https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00193-8

Vickberg, S. M. J., et al. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *PsychoOncology, 10*, 29-39.

Vos, P., Garssen, B., Visser, A., Duivenvoorden, H. & Haes, H. (2004). Early stage breast cancer: Explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine, 27*, 6, 557-580

White, C. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology, 9*, 183-192

World Health Organization (2008). *Cancer control. Knowledge into action WHO guide for effective programmes*. Geneva: World Health Organization.

Wyatt, G. K. H. & Friedman, L. L. (1996). Development and testing of a quality of life model for long-term female cancer survivors. *Quality of Life Research, 5*, 387-397.

Zhu, J., Fang, F., Sjölander, A., Fall, K., Adami, H. O., & Valdimarsdótter, U. (2017). First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Annals of Oncology, 28*, 1964–1969. https://doi.org/10.1093/annonc/mdx265

BONUM STUDIUM

Avenida Carlos d liveir astêlo da Maia | 4475-690 Avioso S. Pedro