

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença e Sintomatologia  
Psicopatológica em Doentes Oncológicos**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ARGENTINA D'ASSUNÇÃO BESSA ANTUNES DE ALMEIDA**

*Orientadora:* Professora Doutora Sónia Remondes-Costa



Vila Real, 2015

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença e Sintomatologia  
Psicopatológica em Doentes Oncológicos**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

**ARGENTINA D'ASSUNÇÃO BESSA ANTUNES DE ALMEIDA**

*Orientadora:* Professora Doutora Sónia Remondes-Costa

**Composição do Júri:**

Professora Doutora Carla Maria Carvalho Aguiar Teixeira

Professora Doutora Otilia Maria Monteiro Fernandes



**Vila Real, 2015**

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença e Sintomatologia  
Psicopatológica em Doentes Oncológicos

Dissertação apresentada por Argentina d'Assunção Bessa Antunes Almeida para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Educação e Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Sónia Remondes-Costa



Vila Real, 2015

## **Agradecimentos**

Na elaboração desta dissertação algumas pessoas foram fundamentais no apoio, motivação e compreensão, sem elas não teria sido possível a sua concretização.

Gostaria de expressar os agradecimentos:

Aos participantes do estudo que, sem a sua disponibilidade, não seria possível a realização. À equipa de enfermagem e aos responsáveis pelo Centro de Oncologia, do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real.

À Professora Doutora Sónia Remondes-Costa pela sua orientação, compreensão e apoio ao longo deste percurso.

À Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro pela oportunidade da realização do presente trabalho.

À Professora Doutora Otilia Fernandes sem a sua colaboração não teria sido possível.

Ao Dr. Domingos Costa, pela amizade, compreensão e apoio ao longo de todos os obstáculos, sempre incentivou para não desistir.

À D. Berta, pelo carinho, paciência e estímulo, para que nunca deixasse de acreditar! Muito importante para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos de coração, Isabel, à Anabela, Sofia, Kelly, ao Bruno e fundamentalmente à Raquel, que se mostraram sempre disponíveis e apoiaram o meu percurso académico.

Aos meus pais pelo estímulo de luta e trabalho que sempre demonstraram na vida.

Ao meu filho e marido, pelo amor, companheirismo, paciência, ajuda e apoio incessantes ao longo desta etapa, que sempre impulsionaram para a concretização.

A todos os que motivaram, aos obstáculos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta investigação. Os meus mais sinceros agradecimentos.

# Índice

Parte I .....	1
Introdução .....	1
<b>Parte II</b> .....	<b>4</b>
ESTUDO EMPÍRICO 1 .....	4
AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS .....	4
Resumo .....	5
Abstract .....	6
Enquadramento conceptual .....	7
Método .....	10
Objetivo Geral .....	10
Objetivos Específicos .....	10
Participantes.....	10
Instrumentos .....	14
Procedimentos .....	17
Resultados .....	20
Discussão dos Resultados .....	29
Conclusão.....	34
Referências Bibliográficas .....	36
ESTUDO EMPÍRICO 2 .....	41
ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLOGICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS E A EXPERIÊNCIA DE SOFRIMENTO NA DOENÇA.....	41
Resumo .....	42
Abstract .....	43
Enquadramento Conceptual .....	44
Método .....	48
Objetivo Geral .....	48
Objetivos Específicos .....	48
Participantes.....	49
Instrumentos .....	51
Procedimentos .....	54

Resultados .....	57
Discussão .....	68
Conclusão.....	72
Referências Bibliográficas .....	75
<b>Parte III</b> .....	79
Bibliografia .....	81
<b>ANEXOS</b> .....	83

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Dados Sociodemográficos da amostra .....	11
Tabela 2 - Caracterização dos dados clínicos da amostra.....	13
Tabela 3 - Consistência interna do BSI.....	17
Tabela 4 – Caracterização das dimensões do BSI, avaliadas na amostra em estudo.....	21
Tabela 5 - Análise Descritiva dos itens do Inventário de Sintomas Psicopatológicos .....	21
Tabela 6 – Diferenciação da Sintomatologia Psicopatológica em função do género .....	25
Tabela 7 - Diferenciação da Sintomatologia Psicopatológica em função do estado civil .....	26
Tabela 8 - Matriz de correlações entre as dimensões do BSI .....	29
Tabela 9 - Consistência interna do BSI.....	53
Tabela 10 - Consistência interna do IESSD.....	54
Tabela 11 - Caracterização das Dimensões do IESSD avaliadas na amostra em estudo.....	58
Tabela 12 - Caracterização Descritiva dos Itens da Escala IESSD .....	59
Tabela 13 - Diferenciação do Sofrimento em função do Género .....	62
Tabela 14 - Diferenciação do Sofrimento em função do estado civil.....	63
Tabela 15 - Matriz de Correlações entre as Dimensões do IESSD obtidas na amostra em estudo .....	65
Tabela 16 - Relação entre as Dimensões de Sintomatologia Psicopatológica e as Dimensões de Sofrimento.....	67

## **INDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 1</b> - Consentimento Informado .....	84
<b>Anexo 2</b> - Questionário de Dados Sociodemográficos.....	87
<b>Anexo 3</b> - Questionário Clínico.....	90
<b>Anexo 4</b> - Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) .....	94
<b>Anexo 5</b> - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) .....	98
<b>Anexo 6</b> - Parecer emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro .....	102

## **Parte I**

### **Introdução**

O cancro, até aos meados do século XX, era definido como uma doença fatal à qual estava associado o sofrimento e inevitavelmente conduzia à morte (Borges et al., 2006).

A denominação de cancro ou doença oncológica utiliza-se para descrever um grupo de mais de 100 doenças, que se caracterizam pela anormalidade das células e pela sua divisão excessiva, com tendência a invadir os tecidos e os órgãos (INCA, 2011).

Segundo um estudo divulgado do Instituto Nacional de Estatística, mais de metade das mortes em Portugal são causadas por patologia do foro oncológico, com os tumores malignos a registarem um aumento nos últimos anos (INE, 2014).

Conforme Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento abrupto de novos casos de doenças oncológicas, sendo que em 2010, o número de novos casos foi de 10241 (Instituto Português de Oncologia, 2012).

A doença oncológica tem um grande impacto na vida e dinâmica do ser humano, família e da própria sociedade. Nesta linha de pensamento, e por estarem presentes o medo constante, o sofrimento e a morte, estes fatores causam profundas alterações físicas, emocionais e psicológicas nos intervenientes (Maia, & Correia, 2008; Santos, & Figueiredo, 2013). Desta forma, a doença engloba diversas dimensões do ser humano, tais como o corpo, as relações interpessoais, bem como a própria identidade da pessoa.

Esta doença e todo o processo envolvem alterações no quotidiano, nas relações sociais do doente, influenciando as suas ações e, perante o qual, terão de mobilizar os seus recursos e as capacidades individuais (Aureliano, 2007).

O diagnóstico da doença oncológica é fonte de um intenso sofrimento psicológico, porém alguns doentes conseguem adaptar-se à doença, outros apresentam dificuldades nessa

adaptação, ocorrendo perturbações emocionais, como é o caso de ansiedade e/ou depressão clinicamente significativas (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, 2009).

Paredes, Canavarro, e Simões (2011), referem que surgem associadas à doença oncológica e aos tratamentos, consequências negativas, tais como a dor intensa e prolongada, os compromissos funcionais e vocacionais, as alterações da imagem corporal, as dificuldades sexuais e o isolamento social.

No que se refere ao sofrimento, podemos dizer que é um estado de angústia mais ou menos permanente, experimentado pelo doente, quando confrontado com uma ameaça à sua integridade física ou psicológica, diante da qual se sente vulnerável e indefeso, dentro de uma sociedade e cultura particular (Montoya, Schmidt, & Prados, 2006). Neste sentido, e de acordo com Gameiro (1999), deve ser dada atenção aos fatores que desencadeiam o sofrimento, bem como, fundamentalmente, à utilização de uma abordagem humanística e respeito da autonomia e da dignidade, ponderando dessa forma, as necessidades individuais e emocionais do doente.

Os processos de construção de significados, relacionados com o processo de doença, recorrem sobretudo ao imaginário do doente, às experiências vividas no passado, às crenças e às representações sobre a saúde e doença que podem desencadear vivências emocionais fortes (Gameiro, 2004; Cardoso et al., 2009).

A depressão é a condição psiquiátrica mais comum na doença oncológica, ocorrendo em aproximadamente um quarto dos doentes com cancro avançado. Tem sido sugerido que a depressão é quatro vezes mais comum em doentes oncológicos do que na população em geral (Laird, 2008).

O presente trabalho é constituído por dois estudos empíricos complementares. Deste modo, o primeiro artigo denomina-se de “Avaliação da sintomatologia psicopatológica em

doentes oncológicos” e tem como objetivo avaliar quais os sintomas mais frequentes neste grupo de doentes.

O segundo artigo, intitula-se “Estudo da Relação entre Sintomatologia Psicopatológica em Doentes Oncológicos e Experiência Subjetiva na Doença”, e tem como objetivo verificar se existe relação entre os sintomas psicopatológicos e as dimensões de sofrimento mais significativas nesta população.

Deste modo, torna-se pertinente avaliar a experiência subjetiva de sofrimento na doença, na medida em que esta é considerada uma experiência que afeta várias dimensões de sofrimento do indivíduo, desde os aspetos individuais aos sociais, com vista a uma minimização do sofrimento.

## **Parte II**

### **ESTUDO EMPÍRICO 1**

#### **AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS**

Psychopathological symptoms Assessment in cancer patients

## **Resumo**

As doenças oncológicas crescem a um ritmo alarmante, não só em Portugal, mas a nível mundial. Deste modo, considera-se um fenómeno preocupante com repercussões a vários níveis que podem desencadear nos doentes diferentes sintomatologias psicopatológicas.

Esta investigação teve como objetivo a análise da sintomatologia psicopatológica em doentes oncológicos, no sentido de verificar quais os sintomas psicopatológicos mais significativos associados neste grupo de doentes.

O presente trabalho seguiu um desenho de investigação que assenta sobre um paradigma quantitativo, do tipo exploratório, descritivo e correlacional

A amostra foi constituída aleatoriamente por 105 doentes oncológicos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 27 e os 70 anos, em seguimento e tratamento no Centro de Oncologia, do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real.

Para a recolha de dados foram utilizados dois questionários, o questionário sociodemográfico, o questionário clínico e o inventário de *Sintomas Psicopatológicos – BSI*.

Os quadros sintomatológicos mais frequentes, segundo os resultados obtidos, neste grupo de doentes, foram a obsessão-compulsão, somatização, ansiedade e a depressão. Os resultados apontam para uma maior atenção a este tipo de sintomatologia.

**Palavras-chave:** Doença oncológica, variáveis clínicas, sintomatologia psicopatológica

## **Abstract**

Oncological diseases are growing at an alarming rate, not only in Portugal, but worldwide. This way, it is considered a worrying phenomenon with repercussions at various levels that that can initiate different psychopathological symptomatology in the patients.

This research aimed to analyse the psychopathological symptoms in cancer patients, in order to verify which the most significant psychopathological symptoms associated with this patient group. This study followed a research design that is based on a quantitative paradigm, exploratory, descriptive and correlational. The sample was drawn at random by 105 cancer patients, of both sexes, aged between 27 and 70, in monitoring and treatment in Oncology unit at the Hospital Center of Trás-os-Montes and Alto Douro, in Vila Real. For data collection were utilized two questionnaires, the socio-demographic questionnaire, clinical questionnaire and *inventory of Psychopathological Symptoms - BSI*. The most common symptomatology frames, according to the results obtained in this patient group were the obsession-compulsion, somatization, anxiety and depression. The results point to greater attention to this symptom.

**Keywords:** Oncological diseases, variables clinical, psychopathological symptoms

## **Enquadramento conceptual**

As doenças oncológicas são consideradas como uma das mais temidas da humanidade que se encontram associadas a elevados custos sociais e financeiros, relevando, por um lado, a elevada morbilidade e as elevadas taxas de mortalidade, e por outro, o progressivo aumento da sua incidência desencadeando um conjunto de respostas emocionais (Barros, & Lunet, 2006; Macedo et al., 2008).

Patrão, Maroco, e Leal (2006), referem num estudo realizado em doentes com neoplasia da mama, que a fase de diagnóstico se caracteriza por uma fase de choque, de confusão, de pensamentos intrusivos sobre o futuro, que envolve uma diversidade de sentimentos de ansiedade, de depressão e de irritabilidade.

Em situação de doença grave, a pessoa vivência emoções negativas que provocam desconforto e sofrimento. Segundo esta perspetiva, a doença tem um grande impacto na vida do indivíduo e nos diversos contextos em que está inserido, em termos emocionais, físicos, espirituais, sociais e financeiros, os quais conduzem a uma redução significativa na qualidade de vida dos doentes e familiares (Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003; Apóstolo, Batista, Macedo, & Pereira, 2006). Deste modo a imprevisibilidade da doença e o medo irracional desencadeiam no doente um conjunto de reações emocionais com repercussões na família e na própria sociedade (Powe & Finnie, 2003; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Neste sentido, todo o processo de doença, bem como o seu diagnóstico, são vivenciados pelos intervenientes, como uma conjuntura de grande sofrimento psicológico, angústia, tristeza e ansiedade, acompanhados do sentimento de perda e de sintomas diversos e adversos (Ferrão, 2003; Rossi & Santos, 2003; Venâncio, 2004; Teng, Humes, & Demétrio, 2005; Domingues & Albuquerque, 2008; Pais-Ribeiro, Remondes-Costa, & Jimenez, 2012).

De acordo com a literatura, os quadros sintomatológicos mais frequentes na população oncológica são a depressão e a ansiedade (Bottino, Fráguas, & Gattaz, 2009).

Assim, e segundo estudo realizado pelos autores Vasconcelos, Costa, e Barbosa (2008), a ansiedade e o diagnóstico da doença oncológica encontram-se dissociáveis, dado que estes doentes enfrentam um cenário ameaçador e, conseqüentemente, uma variedade de transtornos ansiosos. Porém, os autores Trancas et al., (2010) referem a existência de diversos obstáculos na abordagem da prevalência da psicopatologia no doente.

Segundo um estudo de Castro, Scorza, e Chem (2011), doentes que são submetidos a tratamentos de quimioterapia não apresentaram diferenças significativas no que se refere à depressão e à ansiedade, e argumentam para esse efeito, o facto de perceberem o sofrimento de forma positiva.

A ansiedade capacita o organismo para a necessidade de tomar medidas para a enfrentar. Contudo, sendo uma reação natural, por vezes podem constituir síndromes de ansiedade (Vasconcelos, Costa, & Barbosa, 2008). Estes doentes, frequentemente, experimentam a ansiedade como uma resposta à ameaça da doença, sendo que o seu tratamento também pode causar reações emocionais, especificamente, no que refere aos afetos positivos e afetos negativos (Gomes, Skaba, & Roberto, 2002, Bossoni et al., 2009; Mosavel et al., 2010; Ambrósio, & Santos, 2011; Bergerot, Laros, & Araújo, 2014).

Um estudo realizado em doentes com cancro, com idades compreendidas entre os 18 e 89 anos de idade, maioritariamente casados, com diferentes categorias de diagnóstico e estadiamento, apresentaram resultados significativos de incidência de ansiedade, seguidos pela ocorrência de depressão (Bergerot, Laros, & Araújo, 2014).

A maioria das pessoas com esta doença apresenta sintomas de ansiedade, tristeza, irritabilidade e experimentam o medo da incapacitação, da alteração da imagem corporal, da perda de *status* social e da dependência. Os mesmos autores referem que os sintomas de ansiedade e depressão influenciam de forma negativa o prognóstico do doente (Teng, Humes, & Demétrio, 2005).

A doença oncológica tem sido associada a um conjunto de fatores de stresse, nomeadamente, a progressão da doença, o medo de tratamentos invasivos e de dor, a alteração da imagem corporal, degradação do estado físico e a alteração do papel na vida familiar, no ambiente laboral e na sociedade em geral, que a tornam numa experiência traumática que desencadeia distúrbios de ansiedade e depressão (Pasquini & Biondi, 2007).

De acordo com Laird (2008), a depressão é referida como a condição psiquiátrica mais comum em oncologia, presente num quarto dos doentes com cancro avançado. Porém, o diagnóstico de depressão é frequentemente desvalorizado nestes doentes oncológicos, uma vez que surge associada a determinados sinais e sintomas, tais como, perda de peso, alteração do sono, que se podem confundir com efeitos da doença oncológica (Spiegel, & Giese-Davis, 2003).

O intenso sofrimento psicológico ao longo do processo encontra-se associado a uma prevalência significativa de perturbações de ansiedade e depressão (Trancas et al., 2010). Segundo os mesmos autores, num estudo realizado com amostras heterogéneas, utilizando vários métodos e critérios de diagnóstico, a depressão clínica apresentou resultados significativos.

De acordo com um estudo de Remondes-Costa, Jiménez, e Pais-Ribeiro (2012), realizado no Centro Oncológico do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, numa amostra constituída por mulheres com neoplasia da mama, os sintomas psicopatológicos, no decorrer da doença, mais significativos foram os sintomas de ansiedade e de obsessão-compulsão.

Como consequência da dificuldade de adaptação ao processo de doença e aos tratamentos, podem ocorrer situações de stresse e desencadear dessa forma emoções negativas. Deste modo, e de acordo com um estudo, no que se refere a sintomas de stresse,

foi o género feminino que apresentam significativamente mais sintomas psicológicos, quando comparadas com o género masculino (Júnior, & Zanini, 2011).

Embora a maioria da literatura se concentrar na relação entre a doença oncológica e a sintomatologia psicopatológica, estes quadros sintomatológicos podem ser considerados resultado da dificuldade de ajustamento ao processo de adoecer.

## **Método**

### **Objetivo Geral**

Avaliar a sintomatologia psicopatológica num grupo de doentes oncológicos.

### **Objetivos Específicos**

Verificar quais os sintomas psicopatológicos mais prevalentes, bem como, analisar as dimensões que apresentam valores mais significativos na amostra em estudo.

Estudar a relação de significância entre a variável empírica e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

### **Participantes**

No estudo participaram 105 doentes oncológicos com idades compreendidas entre os 27 e 70 anos de idade ( $M = 52.52$ ;  $DP = 9.48$ ), sendo que 76 do género feminino (72.4%) e 29 do género masculino (27.6%). Registando-se em maior número os participantes 41 (39%), pertenciam ao grupo etário entre os 51 e 60 anos de idade e com 27 (25.7%) o grupo etário compreendido entre os 41 e 50 anos de idade. No que diz respeito à residência, a maioria é residente no distrito de Vila Real (84.8%) e os restantes (15.2%), de outros concelhos dos distritos de Viseu e Bragança que também fazem parte da zona norte interior do país. Quanto

ao estado civil da amostra, verifica-se que, na generalidade, a maioria dos participantes são casados, especificamente 74 (70.5%). Quanto às habilitações literárias, a globalidade dos doentes 91 (86.7%) possuem o ensino secundário. No que se refere à situação ocupacional dos participantes da amostra verifica-se que o maior número 33 (31.4%) se encontra em situação de baixa/atestado médico. O maior número dos doentes apresenta um agregado familiar constituído pelo cônjuge 50 (47.6%).

**Tabela 1 - Caracterização dos Dados Sociodemográficos da amostra**

<b>Caracterização da amostra geral N = 105</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média e Desvio Padrão</b>
<b>Género:</b>			
Feminino	76	72.4%	<b>1.28 / .449</b>
Masculino	29	27.6%	
<b>Idades dos participantes da amostra:</b>			
[27 - 70]			<b>52.52 / 9.48</b>
<b>Qual é o seu distrito</b>			
Vila Real	89	84.8%	
Outros Distritos (Viseu/Bragança/Aveiro)	16	15.4%	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	11	10.5%	
Casado(o) União de facto	74	70.5%	<b>2.15 / .690</b>
Separada(o) divorciada (o)	13	12.4%	
Viúva (o)	7	6.7%	
<b>Nível de escolaridade:</b>			
1º ao 12º ano de escolaridade	91	86.7%	
Bacharelato	4	3.8%	
Licenciatura	6	5.7%	<b>2.15 / .601</b>
Mestrado	1	1.0%	
Não frequentou	3	2.9%	
<b>Situação Ocupacional:</b>			
Ativo	19	18.1%	
Desempregado	25	23.8%	
Baixa ou atestado médico	33	31.4%	<b>2.70 / 1.12</b>
Reformado (a)	24	22.9%	
Outros casos	4	3.8%	
<b>Com quem vive:</b>			
Sozinho	5	4.8%	
Pais	6	5.7%	
Cônjuge	50	47.6%	<b>3.56 / .990</b>
Cônjuge e filhos	6	5.7%	
Com o filho	8	7.6%	
Outros	3	2.9%	

**Nota.** N= número da amostra; %= percentagem; M= média; DP= desvio padrão

Em maior número da amostra encontram-se os participantes aos quais o diagnóstico foi realizado há pelo menos entre um a três meses 34 (32.4%), com 22 (21.0%) entre seis a doze meses, seguido de 22 (21.0%) entre três e seis meses, com 15 (14.3%) diagnosticado entre doze a vinte e quatro meses, em menor percentagem 13 (12.4%) diz respeito ao diagnóstico há mais de 25 meses.

A amostra é constituída, essencialmente, por participantes a quem foi diagnosticado o cancro da mama 39 (37.1%), com os mesmos valores de 16 (15.2%) o diagnóstico de cancro do cólonretal e do cólon do útero/ginecológico, e com 9 (8.6%) referem-se aos participantes que indicaram outros diagnósticos de cancro (cérebro, ossos).

No que se refere aos sintomas físicos sentidos aquando do preenchimento dos questionários, o sintoma físico com o valor superior 36 (34.3%) diz respeito, aos participantes que consideraram sentir cansaço como sintoma físico aquando do diagnóstico, com 30 (28.6%) assinalaram a dor como sintoma físico, e 11 (10.5%) referiram sentir incapacidade funcional. Outros sintomas foram indicados por 19 (18.1%). Relativamente, aos sintomas psicológicos sentidos por um número significativo de participantes 44 (41.9%), os mesmos indicaram que o sintoma psicológico que sentiram aquando do diagnóstico foi a ansiedade. Com 19 (18.1%) e 18 (17.1%) referiram ter sentido medo e tristeza, respetivamente, quando tiveram conhecimento do diagnóstico. Com a mesma percentagem 5 (4.8%) indicaram que sentiram irritabilidade e sensibilidade interpessoal, e com um valor inferior 3 (2.9%) referiram sentir insónia aquando do diagnóstico.

Relativamente ao estágio de evolução da doença na globalidade 75 (71.4%) o tumor encontra-se a nível local, verifica-se o nível metastático com 21 (20.0%), e com uma percentagem inferior 9 (8.6%) a nível loco-regional.

Na generalidade da amostra 85 (81.0%) o estágio da doença dos participantes é de origem primária, seguido por 15 (14.3%) com origem recidiva (voltou a aparecer). No que

diz respeito ao conhecimento do diagnóstico, na globalidade 97 (92.4%), tinham conhecimento do diagnóstico, em percentagens inferiores 5 (4.8%) apenas suspeitavam do diagnóstico, e apenas 3 (2.9%) ignoravam o diagnóstico.

No que se refere ao conhecimento do prognóstico, quase metade 49 (46.7%) tem conhecimento de um prognóstico razoável, com um número moderado 38 (36.2%) referem ter um prognóstico bom. Porém, 14 (13.3%) dos participantes consideram ter um prognóstico mau, e com 4 (3.8%) prognóstico desconhecido.

Os participantes do estudo encontram-se em diferentes fases e estádios da doença e de tratamento, encontrando-se a maioria dos doentes a realizar o tratamento radioterapêutico 59 (56.2%), seguido pelo tratamento quimioterapêutico com 21 (20.0%), e com 11 (10.5%) que não estão a efetuar nenhum tratamento, dado que se encontravam em consulta oncológica e aguardavam o conhecimento do tratamento a realizar.

**Tabela 2 - Caracterização dos dados clínicos da amostra**

<b>Variáveis Clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média e Desvio Padrão</b>
<b>Há quanto tempo foi diagnosticado:</b>			
1 a 3 meses	34	32.4%	<b>2.54 / 1.39</b>
3 a 6 meses	21	20.0%	
6 a 12 meses	22	21.0%	
12 a 24 meses	15	14.3%	
> 25 meses	13	12.4%	
<b>Localização do cancro</b>			
Mama	39	37.1%	<b>4.74 / 4.36</b>
Colonrectal	16	15.2%	
Cólon do útero/ginecológico	16	15.2%	
Pulmão	11	10.5%	
Estômago	8	7.6%	
Leucemia	4	3.8%	
Próstata	1	1.0%	
Garganta	1	1.0%	
Outros	9	8.6%	
<b>Quais os sintomas que sentiu aquando do diagnóstico:</b>			
<b>Sintomas Físicos:</b>			
Dor	30	28.6%	<b>2.55 / 1.46</b>
Cansaço	36	34.3%	
Fadiga	9	8.6%	

Incapacidade Funcional	11	10.5%	
Outros	19	18.1%	
<b>Sintomas Psicológicos:</b>			
Ansiedade	44	41.9%	
Medo	19	18.1%	
Insónia	3	2.9%	
Tristeza	18	6.5%	2.81 / 2.08
Irritabilidade	5	4.8%	
Sensibilidade Interpessoal	5	4.8%	
Outros	11	10.5%	
<b>Qual o estágio da doença:</b>			
	N	%	Média e Desvio Padrão
Local	75	71.4%	
Local-Regional	9	8.6%	1.49 / .810
Metastático	21	20.0%	
<b>Qual a origem da doença:</b>			
Primaria	85	81.0%	
Recidiva (voltou a aparecer)	15	14.3%	1.24 / .528
Apareceu noutra sítio	5	4.5%	
<b>Teve conhecimento do diagnóstico</b>			
Conhece	97	92.4%	
Suspeita	5	4.8%	1.10 / .390
Ignora	3	2.9%	
<b>Teve conhecimento do prognóstico</b>			
Bom	38	36.2%	
Razoável	49	46.7%	1.85 / .794
Mau	14	13.3%	
Desconhecido	4	3.8%	
<b>Que tipo de tratamento actualmente a fazer:</b>			
	N	%	Média e Desvio Padrão
Nenhum	11	10.5%	
Radioterapia	59	56.2%	2.50 / 1.12
Quimioterapia	21	20.0%	
Radioterapia e quimioterapia	14	13.3%	

**Nota.** N= número da amostra; %= percentagem; M= média; DP= desvio padrão

## Instrumentos

No presente estudo foram aplicados dois questionários (ver Anexo 2 e 3), um questionário sociodemográfico e um questionário clínico, construídos para avaliar as variáveis sociodemográficas e as clínicas. Foi elaborado um Consentimento Informado com o objetivo de ser assinado pelo participante dando a autorização de participação no estudo. Para a avaliação dos sintomas psicopatológicos foi utilizada a escala psicométrica o *Inventário de*

*Sintomas Psicopatológicos* (BSI). Posteriormente, será apresentada a descrição e caracterização dos instrumentos, bem como as suas propriedades psicométricas.

### **Consentimento Informado**

Foi elaborado com vista a informar o participante dos objetivos, métodos, instituição à qual está vinculada a investigadora, assim como, possíveis benefícios e riscos da participação. Este documento foi apresentado na folha de rosto do protocolo para que a autorização do participante, fosse considerado um procedimento fundamental na investigação. Do consentimento informado fazem parte a descrição do estudo, os seus objetivos, o papel do participante e da investigadora, assim como a assinatura do participante a dar a sua autorização para participar no estudo.

### **Questionário Sociodemográfico**

Este questionário teve como objetivo caracterizar a população alvo, quanto à idade, zona de residência, sexo, estado civil, escolaridade, profissão atual e a situação profissional, variáveis tidas como importantes para o estudo e para relacionar a variável empírica.

### **Questionário Clínico**

Com o intuito de caracterizar a amostra a nível clínico, foram selecionadas variáveis relacionadas com a doença, especialmente, o diagnóstico, o estágio da doença, a sua origem, o conhecimento do diagnóstico, o prognóstico, os sintomas físicos e psicológicos, o tratamento atual e os antecedentes da doença na família.

### ***Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)***

Para a avaliação dos sintomas psicopatológicos foi aplicado o instrumento psicométrico *Brief Symptom Inventory* (BSI). A escala original foi construída por Derogatis (1982) e os primeiros estudos de adaptação à população Portuguesa foram realizados por Canavarro (1999).

O instrumento é composto por 53 itens organizados em nove dimensões de sintomas que avaliam os sintomas psicopatológicos e três índices globais, designadamente, o índice geral de sintomas, o índice geral de sintomas positivos e o índice total de sintomas positivos. Este instrumento pode ser aplicado individual ou coletivamente. A simples leitura dos índices globais permite determinar, de forma geral, o nível de sintomatologia apresentado. A resposta a cada item é avaliada numa escala de tipo *Likert* que pontua de zero a quatro, atribuindo-se 0. “Nunca”, 1. “Poucas vezes”, 2. “Algumas vezes”, 3. “Muitas vezes”, 4. “Muitíssimas vezes”.

Neste instrumento a distribuição dos itens organiza-se em nove dimensões de Sintomatologia, tais como: a **Somatização**, com os itens (2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), a dimensão das **Obsessões – Compulsões**, com os itens (5; 15; 26; 27; 32 e 36); a **Sensibilidade Interpessoal** com os itens (20, 21, 22 e 42), **Depressão** com os itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50), a **Ansiedade** com os itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49), **Hostilidade** com os itens (6, 13, 40, 41 e 46), **Ansiedade Fóbica** com os itens (8, 28, 31, 43 e 47), **Ideação Paranoide** com os itens (4, 10, 24, 48 e 51), e por último **Psicoticismo** com os itens (3, 14, 34, 44 e 53). Neste estudo não foram consideradas as pontuações dos três Índices Globais.

## Análise das Propriedades Psicométricas

### *Análise da consistência interna*

Analisadas as propriedades psicométricas do presente instrumento, de acordo com a amostra estudada, este apresenta boas capacidades psicométricas no que diz respeito à fidelidade do instrumento, tendo sido obtido entre cada item o *alpha de cronbach's*  $\alpha = .93$ . Sendo que também se calcularam os valores de *alphas de Cronbach* das nove dimensões que constituem o instrumento  $\alpha = .89$ , tal como se encontra na tabela 3.

**Tabela 3 - Consistência interna do BSI.**

	Dimensões (n=105)								
	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOS	AF	IP	PSI
<i>Nº de itens</i>	7	6	4	6	6	5	5	5	5
<i>Alpha Cronbach</i>	.88	.88	.87	.88	.87	.88	.88	.89	.87

Nota: SOM= Somatização; OC= Obsessões-Compulsões; SI= Sensibilidade Interpessoal; DEP= Depressão; ANS= Ansiedade; HOS= Hostilidade; AF= Ansiedade Fóbica; IP= Ideação Paranóide; PSI= Psicoticismo

### **Procedimentos**

Todos os procedimentos efetuados durante o estudo tiveram em consideração os pressupostos éticos subjacentes à prática investigativa, em geral, à investigação em psicologia da saúde. A recolha de dados foi realizada de forma a respeitar e salvaguardar a integridade física e psicológica dos doentes que participaram no estudo, assim como a confidencialidade e anonimato.

Um dos primeiros procedimentos consistiu no pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e à Direção do Centro de Oncologia. Desta forma, foi enviado o projeto de investigação com os objetivos do estudo

e a respetiva metodologia no sentido de dar a conhecer os diversos parâmetros envolvidos na investigação.

Depois de concedida a autorização do estudo (ver Anexo 6), realizou-se uma reunião com o Diretor do Serviço de Oncologia com a finalidade de serem explicados os objetivos da investigação de forma detalhada e todas as atividades inerentes. Seguidamente, iniciamos a recolha dos dados, com o conhecimento de todos os funcionários daquele serviço, de modo a não interferir com a habitual dinâmica, nem com o trabalho das equipas e profissionais de saúde, respeitando os seus horários, a sua disponibilidade e a vontade do doente. A respetiva recolha decorreu durante os meses de abril de 2014 a setembro de 2014, com a periodicidade diária, durante as consultas de oncologia, e tratamentos de radioterapia e quimioterapia. Quando abordados para o preenchimento dos questionários, as pessoas eram informadas sobre os objetivos e os instrumentos do estudo através de um protocolo de consentimento informado.

Dado o consentimento para participar, eram entregues aos participantes os questionários para realizarem o seu preenchimento, pedindo, quando necessário, o nosso apoio, no sentido de esclarecer alguma dúvida, ou mesmo para realizar o preenchimento, devido a impossibilidade do participante. Ainda foram informados acerca do direito em declinar a participação, e ou cessar a participação a qualquer momento, e para a importância do completo preenchimento dos questionários, que no final confirmassem, se todos os itens se encontravam preenchidos, e avisados para o facto de não existirem respostas certas ou erradas. Os questionários foram preenchidos pela seguinte ordem: (1) Consentimento Informado (2) Questionário sociodemográfico, (3) Questionário clínico, e o (4) Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Seguidamente à recolha de dados, estes foram introduzidos e analisados pelo programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, na versão 20.0., onde

se realizaram diferentes procedimentos estatísticos para a caracterização da amostra, tais como a análise descritiva, análise de frequências e a análise correlacional.

A respetiva análise estatística foi realizada com recurso a procedimentos de análise entre as variáveis empíricas em estudo, os dados sociodemográficos e os dados clínicos pertinentes no presente estudo. Inicialmente, foi realizada a limpeza da amostra, foram eliminados os sujeitos com mais de 10% de *missings* (observações com valores omissos) nos questionários. Posteriormente, foram identificados e eliminados possíveis *outliers* (observações que se encontrem afastadas da normalidade). Para o efeito, recorreu-se ao cálculo dos *Zscores*, para verificar as observações que se afastavam da média. Finalizada a limpeza dos dados efetuou-se a análise das propriedades psicométricas, designadamente, testar a normalidade com recurso aos testes de assimetria de Skewness e Kurtosis, os quais, na sua globalidade, apresentaram valores entre -1 e 1, sendo portanto, os limites dos valores de achatamento e assimetria da curva de Gauss. A utilização dos testes paramétricos teve em consideração o tamanho da amostra que é superior a 30. Desta forma, foi possível proceder à utilização de métodos paramétricos. Realizou-se, ainda a testagem da consistência interna dos instrumentos através do teste estatístico de *alpha* de *Cronbach*.

Para a caracterização da amostra realizaram-se análises estatísticas dos dados que se iniciaram pela realização de uma análise descritiva, que contemplou o cálculo de frequências, médias e desvio padrão. Foram também realizadas análises diferenciais para verificar a presença de diferenças significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, através de testes paramétricos, utilizando o *Test t*, com o objetivo de medir a significância da diferença de médias entre os grupos. Por fim, realizaram-se as análises correlacionais com a intenção de determinar a força e a significância das associações entre as diferentes dimensões em estudo através do teste *r* de *Pearson*.

Deste modo, apresentar-se-á a análise dos resultados, para que esta possa ser, posteriormente, discutida tendo por base os princípios teóricos que sustentam esta investigação. Para finalizar, efetuou-se uma discussão onde serão apresentados os resultados mais significativos do presente trabalho, tendo por base a revisão bibliográfica.

## **Resultados**

Na continuação do enquadramento conceptual e da descrição do desenho metodológico apresentamos os resultados verificados. Todos os resultados estão segundo a metodologia apresentada. Assim, serão estudadas as dimensões da escala envolvida na investigação (*BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos*) assim, como as variáveis sociodemográficas (género e estado civil).

### **Análise Descritiva**

Realizaram-se as análises de frequências e desvio padrão e a análise diferencial das variáveis sociodemográficas e dimensões de sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, o somatório de cada dimensão foi dividido pelo número dos itens, resultando dessa forma a média e desvio padrão do nível de intensidade de cada uma das dimensões. Como se pode verificar na tabela 4, os quadros sintomatológicos que apresentam maiores índices na amostra em estudo são as obsessões-compulsões (M=2.10, DP=.711), seguidas do quadro sintomático da Somatização (M= 1.97, DP=.620), Ansiedade (M=1.88, DP=.600), e Depressão (M= 1.80, DP=.795).

**Tabela 4 – Caracterização das dimensões do BSI, avaliadas na amostra em estudo**

N= 105		
<b>Dimensões dos Sintomas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Somatização	1.97	.620
Obsessão-compulsão	<b>2.10</b>	.711
Sensibilidade Interpessoal	1.58	.593
Depressão	1.80	.795
Ansiedade	1.88	.600
Hostilidade	1.72	.532
Ansiedade Fóbica	1.54	.597
Ideação Paranoíde	1.77	.555
Psicoticismo	1.48	.504

Relativamente à análise descritiva dos itens da escala BSI, como se pode analisar na tabela 5, os itens que apresentam maiores índices na amostra em estudo são: o item Nervosismo ou tensão interior (M=2.87; DP=.951), seguido pelo item Falta de forças em partes do corpo (M=2.82; DP=1.054), com (M=2.67, DP= 1.098) o item Aborrecer-se ou Irritar-se facilmente, o item Sentir-se triste com (M= 2.64, DP=1.119), e por último o item Dificuldade em fazer qualquer trabalho (M=2.55, DP=1.168).

**Tabela 5 - Análise Descritiva dos itens do Inventário de Sintomas Psicopatológicos**

<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Nervosismo ou tensão interior.</b>	<b>2.87</b>	.951
Desmaios e tonturas.	1.48	.761
Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os meus pensamentos.	1.37	.683
Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	1.13	.394
Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	1.85	1.03
<b>Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.</b>	<b>2.67</b>	1.09

Dores sobre o coração ou no peito.	1.58	.959
Medo na rua ou praça pública.	1.33	.703
Pensamento de acabar com a minha vida.	1.20	.685
Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	2.00	1.056
Perder o apetite.	2.02	1.24
Ter um medo súbito sem razão para isso.	1.55	.899
Ter impulsos que não se podem controlar.	1.60	.884
Sentir-se sozinha/o mesmo quando está com mais pessoas.	1.73	1.02
<b>Dificuldade em fazer qualquer trabalho.</b>	<b>2.55</b>	1.16
Sentir-me sozinha/o.	2.03	2.25
<b>Sentir-se triste.</b>	<b>2.64</b>	1.11
Não ter interesse por nada.	1.94	1.07
Sentir-se aterrorizado/a.	1.53	.856
Sentir-se facilmente ofendido/a nos seus sentimentos.	1.83	.955
Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si.	1.57	.842
Sentir-se inferior aos outros.	1.38	.764
Vontade de vomitar ou mal do estômago.	1.87	1.02
<b>Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.</b>	<b>2.30</b>	1.10
<b>Dificuldades em adormecer.</b>	<b>2.46</b>	1.22
Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	2.27	1.07
Dificuldade em tomar decisões.	2.09	1.03
Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	1.34	.864
Sensação de que lhe falta o ar.	1.83	1.13
Calafrios e afrontamentos.	2.29	1.14
Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.	1.65	.909

Sensação de vazio na cabeça.	1.69	.934
Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro no corpo).	1.90	1.06
Ter a ideia que devia ser castigada pelos seus pecados.	1.30	.771
Sentir-se sem esperança para o futuro.	1.60	.936
Ter dificuldade em se concentrar.	2.16	1.01
<b>Falta de forças em partes do corpo.</b>	<b>2.82</b>	1.05
Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	2.08	1.04
Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	1.96	1.06
Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	1.27	.593
Ter vontade de destruir ou partir coisas.	1.34	.691
Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	1.54	.821
Sentir-se mal no meio de multidões, como lojas, cinemas ou assembleias.	1.77	1.06
Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.	1.45	.707
Ter ataques de terror ou pânico.	1.28	.612
Entrar facilmente em discussão	1.71	.885
Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.	1.58	.841
Sentir que outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	1.72	.985
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado e quieto.	1.99	1.02
Sentir que não tem valor.	1.36	.761
A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	1.70	.952
Ter sentimentos de culpa.	1.30	.634
Ter a impressão de que alguma coisa não regula na sua cabeça.	1.53	.889

---

## **Diferenças entre as variáveis sociodemográficas (género e estado civil) e as dimensões da sintomatologia psicopatológica**

### **Análise diferencial da sintomatologia psicopatológica com o género e estado civil (casada, divorciada, solteiro e viúvo).**

Serão analisadas as possíveis diferenças ao nível de género (masculino, feminino) no que diz respeito à escala utilizada no estudo. Para verificar a presença de diferenças significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, realizaram-se análises diferenciais através de testes paramétricos, *Test t*, com o objetivo de medir a significância da diferença de médias entre os grupos (Tabela 6). Neste sentido, verifica-se que, no que respeita ao género, não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões, sendo elas: Somatização  $t(103)= 1.67$ ,  $p=.099$ , com um IC 95% [-.04, .42]; Obsessões Compulsões  $t(103)= .275$ ,  $p=.781$ , com um IC 95% [-.27, .35]; Sensibilidade interpessoal  $t(103)= 1.804$ ,  $p=.074$ , com um IC 95% [-.02, .48]; Depressão  $t(103)= 1.303$ ,  $p=.195$ , com um IC 95% [-.12, .57]; Ansiedade  $t(103)= 1.437$ ,  $p=.154$ , com um IC 95% [-.71, -.44]; Hostilidade  $t(103)= .337$ ,  $p=.737$ , com um IC 95% [-.19, .27]; Ansiedade Fóbica  $t(103)= 1.292$ ,  $p=.199$ , com um IC 95% [-.09, -.42]; Ideação Paranóide  $t(103)= .990$ ,  $p=.324$ , com um IC 95% [-.12, .36]; e, Psicoticismo  $t(103)= .956$ ,  $p=.341$ , com um IC 95% [-.11, -.32]. Apesar de os resultados não se revelarem significativos em nenhuma das suas dimensões, é possível verificar que, de um modo geral, é o género feminino que apresenta médias superiores de sintomas psicopatológicos, comparativamente ao género masculino, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos, nem conclusivos.

**Tabela 6 – Diferenciação da Sintomatologia Psicopatológica em função do género**

<b>Dimensões BSI</b>	<b>1- Feminino (n=76) <i>M±DP</i></b>	<b>2- Masculino (n=29) <i>M±DP</i></b>	<b>95% IC</b>	<b>Direção das diferenças significativas</b>
Somatização	2.02±.667	1.83±.457	[-.04, .42]	N.S.
Obsessões Compulsões	2.11±.726	2.07±.682	[-.26, .35]	N.S.
Sensibilidade Interpessoal	1.64±.609	1.41±.523	[-.23, .48]	N.S.
Depressão	1.86±.748	1.63±.900	[-.12, .57]	N.S.
Ansiedade	1.93±.601	1.75±.585	[-.71,-.44]	N.S.
Hostilidade	1.73±.547	1.69±.497	[-.19, .27]	N.S.
Ansiedade Fóbica	1.58±.643	1.41±.444	[-.09,-.42]	N.S.
Ideação Paranoide	1.80±.584	1.68±.468	[-.12, .36]	N.S.
Psicoticismo	1.51±.530	1.40±.428	[-.11,-.32]	N.S.

**Nota.** BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

**Análise da presença de diferenças significativas da sintomatologia psicopatológica em função do estado civil** (casado, separado/divorciado, solteiro e viúvo).

Serão observadas as possíveis diferenças ao nível do estado civil, no que diz respeito à escala utilizada no estudo (Tabela 7). Desta forma, os resultados evidenciam que não existem diferenças significativas na sintomatologia entre os diferentes estados civis. Analisando individualmente cada dimensão é possível verificar que não existem diferenças significativas entre os diferentes estados civis e as seguintes dimensões: Somatização  $F(3, 101) = .179$ ,  $p = .910$ ; Obsessiva-compulsiva  $F(3, 101) = 1.095$ ,  $p = .355$ ; Sensibilidade Interpessoal  $F(3, 101) = .366$ ,  $p = .778$ ; Depressão  $F(3, 101) = .481$ ,  $p = .696$ ; Ansiedade  $F(3, 101) = .401$ ,  $p = .752$ ; Hostilidade  $F(3, 101) = 1.342$ ,  $p = .265$ ; Ansiedade Fóbica  $F(3, 101) = 1.212$ ,  $p = .309$ ; Ideação Paranoide  $F(3, 101) = .464$ ,  $p = .708$  e Psicoticismo  $F(3, 101) = 1.535$ ,  $p = .210$ .

**Tabela 7 - Diferenciação da Sintomatologia Psicopatológica em função do estado civil**

<b>Dimensões</b>	<b>1- Solteiro</b>	<b>2-Casado</b>	<b>3- Separado</b>	<b>4- Viúvo</b>	<b>Direção das diferenças significativas</b>
<b>BSI</b>	(n=11)	(n=74)	(n=13)	(n=7)	
	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	
Somatização	2.04±.813	1.95±.584	2.04±.679	1.88±.682	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.49, 2.59]	[1.81, 2.09]	[1.63, 2.45]	[1.25, 2.51]	
Obsessões Compulsões	1.98±.598	2.11±.686	2.33±.887	1.76±.775	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.58, 2.39]	[1.95, 2.27]	[1.80, 2.87]	[1.05, 2.48]	
Sensibilidade Interpessoal	1.75±.783	1.56±.570	1.60±.650	1.50±.456	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.22, 2.28]	[1.43, 1.69]	[1.20, 1.99]	[1.08, 1.92]	
Depressão	1.70±.722	1.78±.844	2.03±.600	1.67±.726	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.21, 2.18]	[1.59, 1.98]	[1.66, 2.39]	[.99, 2.34]	
Ansiedade	1.98±.717	1.87±.605	1.97±.513	1.71±.567	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.50, 2.47]	[1.73, 2.01]	[1.66, 2.28]	[1.19, 2.24]	
Hostilidade	1.91±.677	1.71±.528	1.75±.441	1.40±.416	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.45, 2.36]	[1.59, 1.84]	[1.49, 2.02]	[1.01, 1.79]	
Ansiedade Fóbica	1.84±.843	1.49±.578	1.60±.497	1.43±.468	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.27, 2.40]	[1.36, 1.62]	[1.30, 1.90]	[1.00, 1.86]	
Ideação Paranoide	1.60±.522	1.79±.562	1.85±.567	1.71±.564	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.25, 1.95]	[1.66, 1.92]	[1.50, 2.19]	[1.19, 2.24]	
Psicoticismo	1.58±.684	1.48±.458	1.57±.647	1.11±.195	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.12, 2.04]	[1.37, 1.58]	[1.18, 1.96]	[.93, 1.29]	

**Nota.** BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

### **Análise de Correlações**

Para a realização da referida análise utilizaram-se as análises de correlação de *Pearson* (*r* de *Pearson*), com o objetivo de medir a associação entre as diferentes dimensões. Desta forma, as análises de correlação mostram a magnitude e a direção da associação entre as duas variáveis, isto é, quando é positiva, negativa ou nula. Neste tipo de análise é fundamental ter em consideração a sua significância, dando relevância ao valor probabilístico  $p \leq .05$  (Dancey & Reidy, 2006).

## **Análise correlacional entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica**

Os resultados indicam a existência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis consideradas. Assim, relativamente à associação das dimensões dos sintomas psicopatológicos verificaram-se associações significativas positivas (Tabela 8). Verifica-se que a dimensão **Somatização** apresenta uma correlação de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões *Obsessões-compulsões* ( $r=.504$ ,  $p<0.01$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $r=.506$ ,  $p<0.01$ ), *depressão* ( $r=.497$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade* ( $r=.501$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade fóbica* ( $r=.438$ ,  $p<0.01$ ), *psicoticismo* ( $r=.577$ ,  $p<0.01$ ), correlacionando-se também significativamente e numa direção positiva, contudo com uma relação fraca, com as dimensões *hostilidade* ( $r=.340$ ,  $p<0.01$ ), *ideação paranoide* ( $r=.321$ ,  $p<0.01$ ).

A dimensão **Obsessões-compulsões** regista uma associação significativa, moderada e positiva com as dimensões, *somatização* ( $r=.504$ ,  $p<0.01$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $r=.486$ ,  $p<0.01$ ), *depressão* ( $r=.503$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade* ( $r=.501$ ,  $p<0.01$ ), com a *ansiedade fóbica* ( $r=.503$ ,  $p<0.01$ ), e por fim com o *psicoticismo* ( $r=.543$ ,  $p<0.01$ ), e numa direção positiva, mas com uma relação fraca com as dimensões, *hostilidade* ( $r=.364$ ,  $p<0.01$ ), e com a *ideação paranoide* ( $r=.270$ ,  $p<0.01$ ).

A dimensão **Sensibilidade Interpessoal** apresenta uma correlação de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões, *somatização* ( $r=.506$ ,  $p<0.01$ ), *obsessões-compulsões* ( $r=.486$ ,  $p<0.01$ ), *depressão* ( $r=.618$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade* ( $r=.557$ ,  $p<0.01$ ), *hostilidade* ( $r=.550$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade fóbica* ( $r=.644$ ,  $p<0.01$ ), *ideação paranoide* ( $r=.473$ ,  $p<0.01$ ), e por fim com a dimensão *psicoticismo* ( $r=.661$ ,  $p<0.01$ ). Relativamente à dimensão **Depressão** indica uma correlação significativa, moderada e positiva com as dimensões, *somatização* ( $r=.497$ ,  $p<0.01$ ), *obsessões-compulsões* ( $r=.503$ ,  $p<0.01$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $r=.618$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade* ( $r=.596$ ,  $p<0.01$ ), *hostilidade* ( $r=.491$ ,

$p < .000$ ), *ansiedade fóbica* ( $r = .443$ ,  $p < 0.01$ ), *ideação paranoide* ( $r = .405$ ,  $p < 0.01$ ), e por último com a dimensão *psicoticismo* ( $r = .627$ ,  $p < 0.01$ ). Verifica-se que a dimensão ***Ansiedade*** se correlaciona de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões *somatização* ( $r = .501$ ,  $p < 0.01$ ), *obsessões-compulsões* ( $r = .501$ ,  $p < 0.01$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $r = .557$ ,  $p < 0.01$ ), *depressão* ( $r = .596$ ,  $p < 0.01$ ), *hostilidade* ( $r = .581$ ,  $p < 0.01$ ), *ansiedade fóbica* ( $r = .551$ ,  $p < 0.01$ ), e por fim com *psicoticismo* ( $r = .635$ ,  $p < 0.01$ ), e numa direção positiva, porém com uma relação fraca, com a dimensão *ideação paranoide* ( $r = .373$ ,  $p < 0.01$ ). No que diz respeito à dimensão ***Hostilidade*** observa-se uma correlação significativa, moderada e positiva com as dimensões *sensibilidade interpessoal* ( $r = .550$ ,  $p < 0.01$ ), *depressão* ( $r = .491$ ,  $p < 0.01$ ), *ansiedade* ( $r = .581$ ,  $p < 0.01$ ), *ansiedade fóbica* ( $r = .561$ ,  $p < 0.01$ ), *ideação paranoide* ( $r = .453$ ,  $p < 0.01$ ), e com a dimensão *psicoticismo* ( $r = .497$ ,  $p < 0.01$ ), porém correlaciona-se também significativamente e numa direção positiva, mas com uma relação fraca com as dimensões *somatização* ( $r = .340$ ,  $p < 0.01$ ), e com *obsessões-compulsões* ( $r = .364$ ,  $p < 0.01$ ).

A dimensão ***Ansiedade Fóbica*** apresenta uma correlação significativa, moderada e positiva com as dimensões *somatização* ( $r = .438$ ,  $p < 0.01$ ), *obsessões-compulsões* ( $r = .503$ ,  $p < 0.01$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $r = .644$ ,  $p < 0.01$ ), *depressão* ( $r = .443$ ,  $p < 0.01$ ), *ansiedade* ( $r = .551$ ,  $p < 0.01$ ), *hostilidade* ( $r = .561$ ,  $p < 0.01$ ), *psicoticismo* ( $r = .552$ ,  $p < 0.01$ ), correlacionando-se também de forma significativa e numa direção positiva, porém com uma relação fraca, com a dimensão *ideação paranoide* ( $r = .396$ ,  $p < 0.01$ ).

No que concerne à dimensão ***Ideação Paranoide*** denotou-se que se correlaciona de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões *sensibilidade interpessoal* ( $r = .473$ ,  $p < 0.01$ ), *depressão* ( $r = .405$ ,  $p < 0.01$ ), *hostilidade* ( $r = .453$ ,  $p < 0.01$ ), por sua vez correlaciona-se também de forma significativa e numa direção positiva, mas com uma relação fraca com as dimensões *somatização* ( $r = .321$ ,  $p < 0.01$ ), *obsessões-compulsões* ( $r = .270$ ,  $p < 0.01$ ), *ansiedade* ( $r = .373$ ,  $p < 0.01$ ), *ansiedade fóbica* ( $r = .396$ ,  $p < 0.01$ ), e por último com o

*psicoticismo* ( $r=.380$ ,  $p<0.01$ ). Por fim, verificou-se que a dimensão ***Psicoticismo*** indica uma correlação significativa, moderada e positiva com as dimensões *somatização* ( $r=.577$ ,  $p<0.01$ ), *obsessões-compulsões* ( $r=.543$ ,  $p<0.01$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $r=.661$ ,  $p<0.01$ ), *depressão* ( $r=.627$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade* ( $r=.635$ ,  $p<0.01$ ), *hostilidade* ( $r=.497$ ,  $p<0.01$ ), *ansiedade fóbica* ( $r=.552$ ,  $p<0.01$ ), por seu turno, correlaciona-se significativamente e numa direção positiva, mas com uma relação fraca, com a dimensão *ideação paranoide* ( $r=.380$ ,  $p<0.01$ ). Deste modo, analisando as dimensões dos sintomas psicopatológicos (BSI), verifica-se que, entre si, apresentam valores de correlação significativa num sentido positivo, divergindo nas relações moderadas e fracas.

**Tabela 8 - Matriz de correlações entre as dimensões do BSI**

Dimensões BSI	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Somatização		.504**	.506**	.497**	.501**	.340**	.438**	.321**	.577**
2. Obsessões-Compulsões	.504**		.486**	.503**	.501**	.364**	.503**	.270**	.543**
3. Sensibilidade Interpessoal	.506**	.486**		.618**	.557**	.550**	.644**	.473**	.661**
4. Depressão	.497**	.503**	.618**		.596**	.491**	.443**	.405**	.627**
5. Ansiedade	.501**	.501**	.557**	.596**		.581**	.551**	.373**	.635**
6. Hostilidade	.340**	.364**	.550**	.491**	.581**		.561**	.453**	.497**
7. Ansiedade Fóbica	.438**	.503**	.644**	.443**	.551**	.561**		.396**	.552**
8. Ideação Paranoide	.321**	.270**	.473**	.405**	.373**	.453**	.396**		.380**
9. Psicoticismo	.577**	.543**	.661**	.627**	.635**	.497**	.552**	.380**	

\*\* $P<0.01$

\* $P<0.05$

## Discussão dos Resultados

No presente estudo e no que diz respeito aos sintomas psicopatológicos prevalentes nesta amostra estão de acordo com a revisão de literatura.

Analisando a nossa amostra verifica-se que esta é substancialmente feminina, envolvendo diferentes faixas etárias, porém a maioria concentraram-se no grupo etário entre os 51 e 60 anos, sendo esta considerada uma fase de idade produtiva e ativa.

Observou-se que a amostra está de acordo com a revisão da literatura, indicando o género feminino com maior incidência o cancro da mama, seguido pelo ginecológico e colonretal. Segue as estimativas, dado que o cancro da mama é a neoplasia mais frequente na população feminina, seguido pelo cancro do colo do útero, sendo ambos a maior incidência no sexo feminino e na faixa etária a partir dos 50 anos de idade (Vieira et al., 2012; IARC, 2013). Os participantes no estudo, na generalidade, residem no distrito de Vila Real, geograficamente no interior norte do país. Na superioridade são casadas e possuem o nível secundário, encontrando-se a maioria, no momento da recolha, em situação de baixa/atestado médico, seguido da situação de reformado, e em economia comum com cônjuge e em segundo lugar cônjuges e filhos. Desta forma, os familiares poderão ser considerados um fator de apoio relevante ao longo do processo de doença, segundo Romeiro, Both, Machado, Lawrenz, & Castro (2012), referem que o apoio familiar gera uma rede de suporte com capacidade para fortalecer emocionalmente o doente e na adaptação da doença e dos respetivos tratamentos. No que diz respeito ao perfil clínico, nomeadamente ao tempo de diagnóstico, este reflete que a maioria se encontra no período de um a três meses, seguido dos períodos de três a seis meses e de seis a doze. Neste sentido, os períodos de maior prevalência, surgem com o momento em que conhecem o diagnóstico clínico e em que ocorrem os respetivos tratamentos oncológicos. Este período resulta numa diminuição da qualidade de vida, dado que se encontram subjacente uma deterioração progressiva, limitações psicológicas, físicas e funcionais (Canavarro et al., 2009).

No que diz respeito ao estágio da doença, esta é uma amostra homogénea, encontrando-se a globalidade a nível local, de origem primária e a realizarem radioterapia. Deste modo, evidencia-se que esta fase da doença se caracteriza como sendo um processo complexo e dinâmico com diferentes fases e ritmos (Salgado, 2013).

Na generalidade, têm conhecimento do diagnóstico e de um prognóstico razoável acerca da doença. Pode ser resultado do avanço científico e tecnológico a possibilidade de deteção precoce do cancro, contribuindo desta forma para um melhor prognóstico para os doentes e para um crescimento de sobrevivência desta doença (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis (2009); Monsanto, Lança, Sá, Coelho, & Carolino, 2013). Os resultados obtidos corroboram os diversos estudos que sugerem uma prevalência de sintomas depressivos e ansiogénicos neste grupo de doentes. Neste sentido, relativamente à manifestação de sintomas físicos aquando do diagnóstico, referiram o cansaço físico, dor, seguido de incapacidade funcional, e como sintomas psicológicos foram referidos os sintomas de ansiedade, medo e tristeza. Porém, alguns participantes mencionaram que não vivenciaram sintomas físicos e psicológicos aquando do diagnóstico da doença, e que tiveram conhecimento do diagnóstico aquando da realização do rastreio. Pode dever-se ao facto de se tratar de uma doença com fraca manifestação sintomática, que menciona que os sintomas são um fator de risco do diagnóstico, dado que podem ser raros e pouco denunciadores (Raposo, 2004).

Os resultados obtidos relativamente à sintomatologia psicopatológica com maiores níveis de prevalência estão relacionados com a sintomatologia característica do quadro clínico da dimensão de somatização, ansiedade (nervosismos e tensão), depressão (aborrecer-se facilmente, perda de energia vital, falta de motivação), indo ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos. Assim, a presença do constante medo, de sofrimento e da morte, pode desencadear profundas alterações físicas, psicológicas e emocionais (Maia & Correia, 2008; Santos & Figueiredo, 2013). Segundo os resultados do nosso estudo os sintomas psicopatológicos que se manifestam em maioria são a obsessão-compulsão, seguida da somatização, da ansiedade e da depressão. Poderemos inferir que este resultado se deve aos pensamentos de incerteza e ao medo que experimentam, que de forma persistente, ocorrem

no momento de preocupação e de stresse intenso, determinando, desse modo, a adoção de comportamentos de verificação e ritualização. Este resultado corrobora o estudo de Remondes-Costa, Jiménez, e Pais-Ribeiro (2012), segundo o qual, os sintomas psicopatológicos no decorrer da doença mais significativos foram os sintomas de obsessão-compulsão e da ansiedade. Os mesmos autores referem que, relativamente ao quadro sintomático, a somatização pode resultar das queixas físicas que são frequentes durante o processo de doença.

Salienta-se que no nosso estudo a depressão não regista a maior incidência, porém está presente nos sintomas mais prevalentes, indo ao encontro da literatura existente, que refere a depressão como a condição psiquiátrica mais comum em oncologia, presente num quarto dos doentes de cancro avançado (Laird, 2008). Os resultados obtidos de ansiedade são superiores aos da depressão, tal facto pode ser explicado pela fase de *recém-diagnóstico*, fase em que se encontram a maioria dos participantes (conhecimento do diagnóstico entre um e três meses), e a depressão se encontrar mais associada a um pior prognóstico da doença o que não acontece neste grupo. Segundo Leite, Amorim, Castro, e Primo (2012), o processo de adoecer desencadeia diversas alterações que causam insegurança e incertezas em relação ao futuro. Santichi, Benute, Juhas, Peraro, e Lucia (2012) realizaram um estudo que avaliava a sintomatologia ansiosa e depressiva em mulheres com diferentes etapas de tratamento para o cancro da mama, tendo obtido resultados divergentes dos encontrados na literatura existente, sendo que os sintomas depressivos não foram os de maior incidência.

No presente estudo foi ainda possível aferir que, em termos de sintomatologia psicopatológica, parece não haver diferenças significativas nas variáveis sociodemográficas (género e estado civil). No presente estudo foi possível averiguar que, apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos, foi o género feminino que revelou níveis superiores de sintomatologia psicopatológica, o que se verificou, de uma forma geral em todas as suas

dimensões. Já no que respeita ao estado civil dos participantes (solteiro, casado, separado/divorciado e viúvo) não se verificaram resultados estatisticamente significativos. Dada a não significância estatística dos resultados, no âmbito das variáveis sociodemográficas, concluímos que os resultados obtidos não manifestam qualquer influência nos indicadores de sintomatologia psicopatológica, o que se afigura incongruente com os diversos estudos existentes. Deste modo, podemos concluir que, na presente amostra, os quadros psicopatológicos não são específicos de um determinado género ou estado civil. Diversos estudos têm confirmado que o género feminino apresenta diferenças significativas em relação ao género masculino. Um estudo de Landeiro (2001) revelou que os doentes do sexo feminino apresentavam maiores índices de severidade de psicopatologia. Num estudo realizado com uma amostra de 40 indivíduos adultos (20 do sexo masculino e 20 do sexo feminino) com doença do foro oncológico, verificaram que o sexo feminino apresentou valores médios mais elevados de obsessão-compulsões e de depressão, comparativamente com o sexo masculino (Soares, Moura, Carvalho & Baptista, 2000).

Nas análises correlacionais intraescala da BSI é possível observar que todas as suas dimensões mantêm associações positivas entre si, pelo que, maiores níveis de uma determinada sintomatologia psicopatológica aumentam, mutuamente e de um modo geral, os níveis nas outras dimensões de sintomatologia, embora as suas associações variem na sua força. Estas associações positivas podem ser explicadas pelo facto de todas as dimensões agirem num sentido positivo, ou seja, todas elas são favoráveis ao aumento dos níveis de sintomatologia psicopatológica (Strang, 1998; Teng, Humes, & Demetrio, 2005; Bossoni, et al., 2009; Cardoso et al., 2009).

## **Conclusão**

Conforme descrito ao longo deste trabalho, a doença oncológica é considerada uma doença multifatorial que envolve diagnósticos, tratamentos e prognósticos variados, com grande impacto nos diferentes aspetos da dimensão humana. Segundo a revisão de literatura, o desenvolvimento e a intensificação dos sintomas psicopatológicos estão associados à doença oncológica, devido às transformações que ocorrem ao longo do processo de doença, que podem resultar na ineficácia da aderência aos tratamentos.

Com base nos resultados do presente estudo, o quadro sintomático que apresentou maior incidência foi o de obsessão-compulsão. Assim, infere-se que o foco deve ser dado aos aspetos psicopatológicos do doente nas diferentes etapas da doença, assim como avaliar se a sintomatologia mais prevalente anteriormente existe ou se resulta do impacto do diagnóstico da doença oncológica. Todavia, seria pertinente a realização de novos estudos nesta área, no sentido de compreender se este quadro sintomático se encontra associado ou dissociado do processo de doença oncológica.

Com este estudo pretende-se contribuir para uma abordagem e compreensão dos aspetos psicopatológicos, especificamente no que se refere aos sintomas obsessivos compulsivos, de forma a ajustar e desenvolver o bem-estar e a qualidade de vida do doente oncológico.

O tamanho da amostra (n=105) e o facto da generalidade pertencer ao género feminino, pode ser considerada uma limitação deste estudo, não sendo, deste modo, possível a generalização dos resultados. A recolha da amostra foi realizada em ambiente hospitalar, e a maioria por narração do doente, dada a impossibilidade física no momento para o seu preenchimento. Deste modo, poderá considerar-se que existirão diferenças quando preenchidos em privacidade e pelo próprio. Relativamente à variável local de residência, esta

poderá constituir também uma limitação da amostra, dado que se refere, apenas, uma zona geográfica, não sendo possível a generalização dos resultados.

## Referências Bibliográficas

- Ambrósio, D., & Santos, M. (2011). Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475-484.
- Apostolo, J.L., Batista, A. C., Macedo, C.M., & Pereira, E.M. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Revista Referencia*, 2(3), 1-10.
- Barros, H., & Lunet, N. (2006). Cancro Uma Perspetiva de Saúde Pública. *Arquivos de Medicina*, 20(1/2), 31-36.
- Bergerot, C., Laros, J., & Araujo, T. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*, 19(2), 187-197. [.doi.org/10.1590/1413-82712014019002004](https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004).
- Bossoni, R., Stumm, E., Hildebrand, L., & Loro, M. (2009). Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. *Revista Contexto & Saúde*, 9(17), 13-21.
- Bottino, S., Fráguas, R., & Gattaz, W. (2009). Depressão e Câncer. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(3), 109-115.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos*, 6(2)/7(1-2), 8-18.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In. M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. Almeida (Orgs.). *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III) (pp.305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castro, E., Scorza, A., & Chem, C. (2011). Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 131-142. ISSN 1645-0086.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto-Alegre: Artmed.

- Direcção-geral de Saúde (2013). *Portugal: doenças oncológicas em números*. Lisboa: Letra Solúvel.
- Ferrão, C. (2003). *Aspetos psíquicos do paciente com cancro*. Disponível em: [http://www.netpsi.com.br/artigos/03\\_cancerhtm.acesso](http://www.netpsi.com.br/artigos/03_cancerhtm.acesso) em 11jan2015.
- Gameiro, M. (2004). Estar Doente: Atribuição Pessoal de Significações. *Revista Referencia*, (12), 35-43.
- Gomes, R., Skaba, M., & Vieira, R. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do cancro da mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 197-204.
- Instituto Português de Oncologia do Porto (2014). *Registo Oncológico Regional do Norte – RORENO 2008*. Instituto Português de Oncologia do Porto: Edições
- Instituto Português de Oncologia do Porto (2014). *Registo Oncológico Nacional 2008*. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil - EPE: Edições.
- Júnior, W. & Zanini, D. (2011). Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterapêutico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.
- Junior, J. & Soares, J. (2012), “Cancer da Mama”, Sabas, V. et al., orgs., *Oncologia Básica*, 1. ed. Teresina, Fundação Quixote, 41-6.
- Laird, B.; Boyd, A.; Colvin, L., & Fallon, M. (2008). – “Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review”, *Psycho-Oncology*, 18, 459-464.
- Landeiro, E. (2001). “Abordagem da Doença Oncológica: Estudos de Variáveis Psicológicas”. *O Portal dos Psicólogos*. Disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt), Acesso em 11/12/2014
- Leite, F., Amorim, M., Castro, D., & Primo, C. (2012). Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com cancro da mama. *Acta Paulista Enfermagem*, 25 (2): 211-217.[doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009](https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009)

- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N., & Bonfill, X. (2008). Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil. *Acta Médica Portuguesa*, 21(4):329-334.
- Maia, M. (2009). Hepatite C: vivência da doença, do tratamento e da cura. In L.S. Pareira & C. Pussetti (Orgs.). Os saberes da cura: antropologia da doença e práticas terapêuticas. (pp. 53-77). Lisboa: ISPA.
- Monsanto, F., Lança, C., Sá, A., Coelho, C., & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro. *Saúde & Tecnologia*, 40-44.
- Mosavel, M., Simon, M., & Ahmed, R. (2010). Cancer Perceptions of South African Mothers and Daughters: Implications for Health Promotion Programs. *Health Care For Women International*, 31(9), 784-800.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M. J., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 73-87.
- Pasquini, M. & Bionde, M. (2007). “Depression in cancer patients: a critical review”. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(2), 1-9. doi:10.1186/1745-0179-3- (3).
- Patrão, I., Maroco, J., & Leal, I. (2006). Validação do BSI numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, & S. N. Jesus (Orgs.). Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp.395-399). Faro: Universidade do Algarve.
- Pinto, C. A., & Pais-Ribeiro, J.L (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (1), 142-148.
- Powe, B. D., & Finnie, R. (2003). Cancer fatalism. *Cancer Nursing*, 26, 454-467

- Raposo, H., (2004). A Luta Contra o Cancro em Portugal, Análise do Processo Institucional do Instituto Português de Oncologia. *Fórum Sociológico*, 11/12 (2), 177-203.
- Remondes-Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J.L. (2012). Depois do adoecer da mama: o sentido e o significado da vida – dois casos clínicos de crescimento pessoal em terapia oncológica. In J.L. Pais-Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, A. Torres, I. Direito, & P. Vargas (Orgs.). *Actas 9º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp.1200-1207). Lisboa: Placebo
- Romeiro, F., Machado, A., Lawrenz, P., & Castro, E. (2012). O Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama: revisão de artigos científicos brasileiros. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 27-38.
- Rossi, L. & Santos, A. (2003). Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41.
- Salgado, N. (2013). A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. *Interações*, 12 (22).
- Santichi, E., Benute, G., Juhas, T., Peraro, E., & Lucia, M. (2012). Rastreo de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres em Diferentes Etapas do Tratamento para o Câncer de Mama. *Psicologia Hospitalar*, 10(1), 42-67.
- Santos, C., & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 55-65.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com suporte social (ESSS). A pessoa com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Biol Psychiatry*. 54, 269-282.
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento Emocional, Afectividade e Estratégias de Coping na Doença do Foro Oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.

- Strang, P. (1998). Cancer pain: a provoker of emotional, social and existencial distress. *Acta oncologia*, 37(7/8), 641-644.
- Teng, C., Humes, E., & Demétrio, F. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista. Psiq. Clin.* 32(3), 149-159.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico – Considerações Terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*. 23 (6), 1101-1112.
- Vasconcelos, A., Costa, C. & Barbosa, L. (2008). Do Transtorno de Ansiedade ao Câncer. *Revista SBPH*, 11 (2), 51-71.
- Venâncio, J. (2004). The Importance of Psychological Interventions in the Treatment of Women with Breast Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Vieira, S. C., Lustosa, A. M., Barbosa, C. N., Rodrigues, J. M., Brito, L. X., Soares, L. F., & Ferreira, M. A. (2012). *Oncologia básica* (1ª ed.). Editora Fundação Quixote.

## **ESTUDO EMPÍRICO 2**

### **ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS E A EXPERIÊNCIA DE SOFRIMENTO NA DOENÇA**

#### Empirical Study 2

Relationship of studies between psychopathological symptoms in cancer patients  
and the suffering of experience in the disease

## **Resumo**

O cancro enquanto um acontecimento significativo de vida, dado a exigência dos tratamentos, é considerado uma experiência que envolve sofrimento humano que gera níveis de ansiedade e depressão. Porém, as reações emocionais associadas à doença podem ser consideradas aspetos de ajustamentos ao processo.

Esta investigação pretende pesquisar se existe relação entre a experiência de sofrimento na doença e a sintomatologia psicopatológica neste grupo de doentes.

A amostra foi constituída, aleatoriamente, por 105 doentes oncológicos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 27 e os 70 anos, em seguimento e tratamento no Centro de Oncologia, do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real. Para a recolha de dados foram utilizados os questionários: sociodemográfico e clínico, o inventário de escalas Brief Symptom Inventory (BSI) e o inventário de Experiências subjetivas de sofrimento na doença – IESSD.

A dimensão de sofrimento que apresentou índices mais elevados foi o sofrimento sociorrelacional. Os resultados obtidos apontam para existência de uma relação entre as dimensões de sintomatologia psicopatológica e as dimensões da experiência subjetiva de sofrimento. Constata-se que a presença de sintomatologia psicopatológica se associa com o aumento dos níveis de sofrimento percecionados por este grupo de doentes.

**Palavras-chave:** Doença oncológica, experiência subjetiva de sofrimento, sintomatologia psicopatológica.

## **Abstract**

The Cancer as a significant life event, given the requirement of treatments, is considered an experiment that involving human suffering that generates levels of anxiety and depression. However, the emotional reactions associated with the disease can be considered adjustments of aspects to the process.

This research aims to investigate whether there is a relationship between the experience of suffering with the disease and psychopathological symptoms in this patient group. The sample randomly by 105 cancer patients, of both sexes, aged between 27 and 70 years followed up and treatment in Oncology at Hospital Center of Trás-os-Montes and Alto Douro, in Vila Real. For data collection questionnaires were used: Clinical and Sociodemographic, *Brief Symptom Inventory scales (BSI)* and the *inventory of subjective experiences of suffering with the disease – IESSD*.

The scale of suffering that had higher rates was the sociorrelacional suffering. The results point to the existence of a relationship between the dimensions of psychopathological symptoms and dimensions of subjective experience of suffering. It appears that the presence of psychopathological symptoms are associated with increasing levels of stress perceived by this patient group.

**Keywords:** Cancer, psychopathological symptoms and subjective experience of suffering of cancer patients.

## **Enquadramento Conceptual**

Em situação de doença grave, a pessoa vivencia emoções negativas que causam desconforto e sofrimento. Segundo esta perspectiva, a doença tem um grande impacto na vida do indivíduo e nos diversos contextos em que está inserido, em termos emocionais, físicos, espirituais, sociais e financeiros, os quais conduzem a uma redução significativa na qualidade de vida dos doentes e familiares (Apóstolo, Batista, Macedo, & Pereira, 2006; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003).

Assim, existem doentes que conseguem ajustar-se, outros, apresentam dificuldades nessa adaptação, após o diagnóstico (ou até antes), ocorrendo em muitos casos, perturbações emocionais, tais como, a ansiedade e/ou depressão (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, 2009). A forma como cada indivíduo reage ao diagnóstico depende de vários fatores, torna-se porém comum, surgirem várias emoções, particularmente, negativas, tais como, a ansiedade, a tentativa de suicídio, a raiva, o medo, a culpa e a depressão (Bossoni, Stumm, Hildebrand, & Loro, 2009). Neste sentido, a doença oncológica atua como um potente fator de stresse psicológico, causando problemas emocionais em pacientes, porém, essas alterações no processo de doença variam segundo as características individuais, ao nível de ajustamento emocional (Machado, 2010; Priede, Gonzáles-Blanch, Herrán, & Halyela, 2013). Todo o processo de doença, bem como o seu diagnóstico, são sentidos pelo doente e pela família, como um acontecimento de grande sofrimento psicológico, angústia, tristeza e ansiedade, acompanhados do sentimento de perda e de sintomas diversos e adversos (Rossi & Santos, 2003; Ferrão, 2003; Venâncio, 2004; Domingues & Albuquerque, 2008; Remondes-Costa, Jimenez, & Pais-Ribeiro, 2012).

No doente oncológico, a dor e a depressão podem coexistir, na medida que, em muitos doentes com dor apresentam depressão, sendo esta despoletada pela experiência dolorosa (Valentine, 2003). Segundo Pessini (2002), a dor e o sofrimento são fatores de desintegração

da unidade da pessoa, destruindo a integridade do corpo. Contudo, a dor que não é aliviada poderá ser geradora de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, resultando num agravamento destas perdas, prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais, e o sono, que é interrompido pela dor em 58% dos pacientes (Strang, 1998).

Esta doença, frequentemente, envolve um intenso sofrimento psicológico e encontra-se associada a um prevaecimento significativo de perturbações de ansiedade e depressão no processo de doença (Cardoso et al., 2009). Deste modo, quando o ser humano sente a sua vida ameaçada pela doença, os seus mecanismos e as suas experiências individuais e significativas são de grande relevância. Assim, a experiência subjetiva influencia a sua relação com a doença, com as suas relações interpessoais e as relações com os outros doentes (Gameiro, 2004; Maia, 2009; Machado, 2010).

Gameiro (1999) refere que o processo de doença impede a planificação do futuro e a realização dos objetivos da pessoa, provocando, deste modo, sentimentos de angústia e tristeza. Em relação à forma de lidar com a doença oncológica é específica de cada indivíduo, estando esta dependente das circunstâncias em que ela ocorre, bem como do significado pessoal que atribui à doença (McIntyre, 1995; Cardoso et al., 2009).

Importa mencionar e distinguir os conceitos que estão inerentes ao adoecer. A dor e o sofrimento são o resultado de uma visão bifurcada, enquanto o sofrimento surge associado ao psíquico, ao mental, o termo dor, relaciona-se a algo localizado no corpo. Assim, apesar da dificuldade da sua diferenciação, por vezes, podem ser confundidos conceptual e contextualmente (Carqueija, 2009). Neste sentido, destaca-se a natureza multidimensional do sofrimento, que pode abranger todas as dimensões do ser humano, tais como, a dimensão física, a emocional a social e espiritual (Pessini, 2002; Jurado, Zarazagar, & Villalba, 2010). Diversas definições de sofrimento subsistem, embora, todas projetem, materializem e

objetivem, o que na maioria das suas partes é subjetivo (Carqueija, 2009; Krikorian, Limonero, & Maté, 2011; Nathan et al., 2011).

O sofrimento encontra-se associado à doença, à incapacidade física, à alteração da imagem corporal ou a uma perda de grande significado (Cardoso et al., 2009; Ferreira, 2009). De acordo com McIntyre (1995), este envolve a construção de interpretações pessoais, as quais são acompanhados de uma forte carga emocional. A autora realça, ainda, que o poder criativo do sofrimento, a forma como se percebe e se lida com a situação de doença, possibilita o crescimento, promove a procura de novos significados face à vida e à morte e conduz a novas formas de construir e viver a vida.

É importante salientar a natureza individual e subjetiva do sofrimento, na medida que esta resulta de uma situação singular e irrepitível da experiência de sofrer (Carqueija, 2009). Deste modo, alguns doentes quando confrontados com o desafio da doença oncológica, utilizam estratégias focadas no problema e procuram apoio psicossocial, que promovem a autoestima e uma melhor qualidade de vida, determinando uma melhor adaptação à doença oncológica (Cardoso et al., 2009).

Segundo um estudo de Alves, Jardim, e Freitas (2012) os elementos do género feminino apresentaram níveis de sofrimento global mais baixos em comparação aos elementos do género masculino, assim como nas dimensões de sofrimento existencial e do sofrimento sócio relacional. Porém no que diz respeito ao sofrimento psicológico, sofrimento físico e experiências positivas do sofrimento, os elementos do género feminino apresentaram níveis de sofrimento mais elevados do que os do género masculino.

De acordo com o estudo de Remondes-Costa e Pais-Ribeiro (2012), os doentes foram capazes de ultrapassar a situação de doença, e encontrarem novas trajetórias de vida. Nesse sentido, as experiências de doença obtiveram um resultado estimulador de uma profunda mudança, alterando o trajeto e o significado da sua vida.

Segundo um estudo de Bosoni et al., (2009), o cancro é considerada uma experiência negativa para o ser humano, no entanto, pode, por vezes, ser considerado um desafio para o doente. Desta forma, pode constituir uma aprendizagem e crescimento para o doente e família, despertando, desta forma, novos valores e crenças, resultando o crescimento e a transformação interior (Gameiro, 1999).

A experiência subjetiva de sofrimento pode ser considerada uma experiência “despatologizada”, na medida em que as reações emocionais que estão associadas ao processo de doença podem dever-se a aspetos normais de ajustamento (McIntyre, 2004).

O impacto psicossocial que surge associado à doença oncológica e aos seus tratamentos, deve-se às suas consequências físicas, psicológicas e sociais, resultantes do seu diagnóstico, da própria doença e dos tratamentos a que o indivíduo tem que se submeter, comprometendo o ajustamento pessoal e o bem-estar do indivíduo (Paredes, Canavarro, & Simões, 2011; Souza, & Seidl, 2014).

Um estudo realizado com doentes em tratamento quimioterapêutico verificou que o sofrimento sociorrelacional apresentava valores mais elevados, indicando que este sofrimento nos doentes se deve ao sofrimento que é causado pelo processo de doença aos seus familiares (Apóstolo, Batista, Macedo, & Pereira, 2006).

Sendo o sofrimento na doença uma experiência multidimensional, um estudo de Gameiro (1999) verificou que o sofrimento sociorrelacional e o sofrimento psicológico eram os mais experimentados e com maior intensidade.

Um estudo de Ferreira (2009) com uma amostra de 84 mulheres mastectomizadas a realizar quimioterapia, com média de idades de 52.99 anos, casadas, experienciaram maior intensidade de sofrimento psicológico, seguido do sofrimento sociorrelacional.

Paredes e col., (2008) e Domingos e Albuquerque, (2008), descrevem que no processo de doença e de tratamento, os doentes experienciam perdas e sintomas adversos, ocasionando

um comprometimento das suas habilidades funcionais e vocacionais, determinando incertezas quanto ao seu futuro, dos possíveis efeitos secundários, de estigma e de sentimentos de culpabilidade.

Alves, Jardim e Freitas (2012) referiram que os doentes evidenciaram níveis intermédios de sofrimento global e a existência de uma correlação significativa entre a idade e a dimensão do sofrimento sócio relacional.

Torna-se, deste modo, relevante compreender a experiência de sofrimento, de forma a encontrar estratégias de alívio eficazes que conduzam a um estado de maior conforto (Apóstolo, Batista, Macedo, & Pereira, 2006).

## **Método**

### **Objetivo Geral**

Relacionar a sintomatologia psicopatológica em doentes oncológicos e a experiência subjetiva de sofrimento na doença.

### **Objetivos Específicos**

- a) Verificar quais as dimensões de sofrimento mais significativas nesta população;
- b) Perceber se as variáveis empíricas em estudo variam em função das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo a amostra;
- c) Averiguar se existe uma relação significativa entre a sintomatologia psicopatológica e a experiência subjetiva de sofrimento em doentes oncológicos.

## Participantes

No estudo participaram 105 doentes oncológicos com idades compreendidas entre os 27 e 70 anos de idade ( $M = 52.52$ ;  $DP = 9.48$ ), sendo que 76 do género feminino (72.4%) e 29 do género masculino (27.6%). Sendo o maior número dos participantes 41 (39%), do grupo etário, entre os 51 e 60 anos de idade, e com 27 (25.7%) o grupo etário compreendido entre os 41 e 50 anos de idade. No que diz respeito à residência, a maioria é residente no distrito de Vila Real (84.8%) e os restantes (15.2%), de outros concelhos dos distritos de Viseu e Bragança que também fazem parte da zona norte interior do país. Quanto ao estado civil da amostra, verifica-se que na generalidade da amostra a maioria dos participantes é casada 74 (70.5%). Quanto às habilitações literárias, a globalidade dos doentes 91 (86.7%) possuem o ensino secundário. No que se refere à situação ocupacional dos participantes da amostra verifica-se que a maioria 33 (31.4%) se encontra em situação de baixa/atestado médico. Em valor mais elevado, apresentam um agregado familiar, constituído pelo cônjuge 50 (47.6%).

No maior número da amostra encontram-se os participantes aos quais o diagnóstico foi realizado há pelo menos entre um a três meses 34 (32.4%), com 22 (21.0%) entre seis a doze meses, seguido de 21 (21.0%) entre três e seis meses, com 15 (14.3%) diagnosticado entre doze a vinte e quatro meses, em menor percentagem 13 (12.4%) diz respeito ao diagnóstico há mais de 25 meses.

A amostra é constituída, essencialmente, por participantes a quem foi diagnosticado o cancro da mama 39 (37.1%), com os mesmos valores de 16 (15.2%) o diagnóstico de cancro do colonretal e do cólon do útero/ginecológico, e com 9 (8.6%) referem-se aos participantes que indicaram outros diagnósticos de cancro (cérebro, ossos).

No que se refere aos sintomas físicos sentidos aquando do diagnóstico, o sintoma físico com o valor superior 36 (34.3%) diz respeito, aos participantes que consideraram sentir cansaço como sintoma físico aquando do diagnóstico, com 30 (28.6%) assinalaram a dor

como sintoma físico, e 11 (10.5%) referiram sentir incapacidade funcional. Outros sintomas foram indicados por 19 (18.1%). Relativamente, aos sintomas psicológicos sentidos na maioria dos participantes 44 (41.9%) indicou que o sintoma psicológico que sentiu aquando do diagnóstico foi a ansiedade. Com 19 (18.1%) e 18 (17.1%) referiram ter sentido medo e tristeza, respetivamente, quando tiveram conhecimento do diagnóstico. Com a mesma percentagem 5 (4.8%) indicaram que sentiram irritabilidade e sensibilidade interpessoal, e com um valor inferior 3 (2.9%) referiram sentir insónia aquando do diagnóstico.

Relativamente ao estágio de evolução da doença na globalidade 75 (71.4%) o tumor encontra-se a nível local, verifica-se o nível metastático com 21 (20.0%), e com uma percentagem inferior 9 (8.6%) o nível loco-regional.

Na globalidade da amostra 85 (81.0%) o estágio da doença dos participantes é de origem primária, seguido por 15 (14.3%) com origem recidiva (voltou a aparecer). No que diz respeito ao conhecimento do diagnóstico, na globalidade 97 (92.4%), tinham conhecimento do diagnóstico, em percentagens inferiores 5 (4.8%) apenas suspeitavam do diagnóstico, e apenas 3 (2.9%) ignoravam o diagnóstico.

Relativamente, ao conhecimento do prognóstico, quase metade 49 (46.7%) tem conhecimento de um prognóstico razoável, com um número moderado 38 (36.2%) referem ter um prognóstico bom. Porém, 14 (13.3%) dos participantes consideram ter um prognóstico mau, e com 4 (3.8%) com prognóstico desconhecido.

Os participantes do estudo encontram-se em diferentes fases e estádios da doença e de tratamento, sendo o valor mais elevado nos doentes a realizar o tratamento radioterapêutico 59 (56.2%), seguido pelo tratamento quimioterapêutico com 21 (20.0%), e com 11 (10.5%) que não estão a efetuar nenhum tratamento, dado que se encontravam em consulta oncológica e aguardavam o conhecimento do tratamento a realizar.

## **Instrumentos**

No presente estudo foram administrados dois questionários (ver Anexo 2 e 3), o questionário sociodemográfico e o questionário clínico, construídos para avaliar as variáveis sociodemográficas e as clínicas, o inventário de sintomas psicopatológicos - *Brief Symptom Inventory (BSI)* e o *Inventário das Experiências Subjetivas de Sofrimento – IESSD*.

### **Questionário Sociodemográfico**

Este questionário foi elaborado de acordo com os objetivos do estudo, de forma a caracterizar a população alvo, quanto à idade, zona de residência, sexo, estado civil, escolaridade, profissão atual e a situação profissional.

### **Questionário Clínico**

Com o intuito de caracterizar a amostra a nível clínico, foram feitas algumas questões de forma a permitir conhecer as características da doença oncológica e tratamentos realizados pelo doente, especialmente o diagnóstico, o estágio da doença, a sua origem, o conhecimento do diagnóstico, o prognóstico, os sintomas físicos e psicológicos, o tratamento atual e os antecedentes da doença na família.

### **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

Para a avaliação dos sintomas psicopatológicos foi aplicado o instrumento psicométrico *Brief Symptom Inventory (BSI)*. A escala original foi construída por Derogatis (1982) e os primeiros estudos de adaptação à população portuguesa foram realizados por Canavarro (1999).

O instrumento é composto por 53 itens organizados em nove dimensões de sintomas, que avaliam os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia, e

três índices globais, particularmente, o índice geral de sintomas, o índice geral de sintomas positivos e o índice total de sintomas positivos. Este instrumento pode ser aplicado individual ou coletivamente. A resposta a cada item é avaliada numa escala de tipo *Likert* pontua de zero a quatro, atribuindo-se 0. “Nunca”, 1. “Poucas vezes”, 2. “Algumas vezes”, 3. “Muitas vezes”, 4. “Muitíssimas vezes”.

Neste instrumento a distribuição dos itens organiza-se em nove dimensões de Sintomatologia, tais como: a **Somatização**, com os itens (2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), a dimensão das **Obsessões – Compulsões**, com os itens (5; 15; 26; 27; 32 e 36); a **Sensibilidade Interpessoal** com os itens (20, 21, 22 e 42), **Depressão** com os itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50), a **Ansiedade** com os itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49), **Hostilidade** com os itens ( 6, 13, 40, 41 e 46), **Ansiedade Fóbica** com os itens (8, 28, 31, 43 e 47), **Ideação Paranoíde** com os itens (4, 10, 24, 48 e 51), e por último **Psicoticismo** com os itens (3, 14, 34, 44 e 53).

## **Análise das Propriedades Psicométricas**

### ***Análise da consistência interna***

Analisadas as propriedades psicométricas do presente instrumento, de acordo com a amostra estudada, este apresenta boas capacidades psicométricas no que diz respeito à fidelidade do instrumento, tendo sido obtido entre cada item o *alpha de cronbach's*  $\alpha = .93$ . Sendo que também se calcularam os valores de *alphas de Cronbach* das nove dimensões que constituem o instrumento  $\alpha = .89$ , tal como se encontra na tabela 9.

**Tabela 9 - Consistência interna do BSI**

	Dimensões (n=105)								
	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOS	AF	IP	PSI
<i>Alpha Cronbach</i>	.88	.88	.87	.88	.87	.88	.88	.89	.87

Nota: SOM= Somatização; OC= Obsessões-Compulsões; SI= Sensibilidade Interpessoal; DEP= Depressão; ANS= Ansiedade; HOS= Hostilidade; AF= Ansiedade Fóbica; IP= Ideação Paranóide; PSI= Psicoticismo

### **Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD)**

Esta escala tem como finalidade avaliar a intensidade do sofrimento de pessoas em situação de doença no global, identificando as dimensões, temáticas e experiências subjetivas mais relevantes nesse sofrimento.

O tempo de aplicação, na forma de autorrelato, é de cerca de 10-15 minutos. Esta escala foi elaborada a partir de autorrelatos de doentes internados em serviços hospitalares e descreve o tipo de sofrimento individual do doente, identificando as cinco dimensões de sofrimento, designadamente, o físico, o psicológico, o existencial, o sociorrelacional e as suas experiências positivas. Dada a sua natureza multidimensional, avalia as cinco dimensões de sofrimento: o sofrimento psicológico e físico, o sofrimento sociorrelacional e as experiências positivas de sofrimento.

É constituído por 44 itens, em que a resposta a cada item é avaliada numa escala de tipo *Likert* que pontua de um a cinco atribuindo-se: 1 – “Não corresponde a nada ao que se passa comigo”, 2 – “Corresponde pouco”, 3 – “Corresponde bastante”, 4 – “Corresponde muito” e 5 – “Corresponde totalmente ao que se passa comigo”. A cotação da escala é feita somando os pontos correspondentes às respostas dos doentes nos itens de cada dimensão e no total.

O instrumento apresenta a seguinte distribuição dos itens organizados em cinco dimensões, tais como: **Sofrimento Psicológico**, distribuídos por 13 itens, (2, 17, 18, 32; 3; 5;

6; 9; 10; 19; 24; 33; 39); **Sofrimento Físico**, com 6 itens (23; 41; 20; 31; 1; 14); **Sofrimento Existencial**, com 16 itens (28; 30; 35; 13; 16; 36; 4; 15; 21; 27; 40; (8; 26; 29; 37; 42); **Sofrimento Sócio Relacional**, com 7 itens (11; 12; 22; 25; 43; 7; 34), e por último a dimensão das **Experiências Positivas de Sofrimento** com 5 itens (24; 26; 38; 42; 44).

O *score* médio de cada dimensão é calculado tendo presentes, os itens 24, 26, 38, 42 e 44, que têm a cotação inversa. Este instrumento apresenta uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach de  $\mu= 0,93$ ), manifestando uma elevada fiabilidade.

No caso da amostra em estudo, o instrumento revelou boa capacidade psicométrica relativamente à sua fidelidade, tendo obtido um *alfa de Cronbach* de  $\alpha.93$ .

**Tabela 10 - Consistência interna do IESSD**

Dimensões (n=105)					
Dimensões	Sofrimento Psicológico	Sofrimento Físico	Sofrimento Existencial	Sofrimento Socio Relacional	Experiencias Positivas de Sofrimento
<i>Alpha Cronbach (item deleted)</i>	.931	.932	.932	.932	.936

## Procedimentos

Todos os procedimentos efetuados durante o estudo tiveram em consideração os pressupostos éticos subjacentes à prática investigativa, em geral, à investigação em psicologia da saúde. A recolha de dados foi realizada de forma a respeitar e salvaguardar a integridade física e psicológica dos doentes que participaram no estudo, assim como a confidencialidade e anonimato.

Um dos primeiros procedimentos consistiu no pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e à Direção do Centro de Oncologia. Desta forma, foi enviado o projeto de investigação com os objetivos do estudo

e a respetiva metodologia com o objetivo de dar a conhecer os diversos parâmetros envolvidos na investigação.

Depois de concedida a autorização do estudo (ver Anexo 6), realizou-se uma reunião com o Diretor do Serviço de Oncologia com a finalidade de serem explicados os objetivos da investigação de forma detalhada e todas as atividades inerentes.

Seguidamente, iniciamos a recolha dos dados, com o conhecimento de todos os funcionários daquele serviço, de modo a não interferir com a habitual dinâmica do serviço nem com o trabalho das equipas e profissionais de saúde, respeitando os seus horários, a sua disponibilidade e a vontade do doente. A respetiva recolha decorreu durante os meses de abril de 2014 a setembro de 2014, com a periodicidade diária, durante as consultas externas de oncologia, e tratamentos de radioterapia e quimioterapia.

Quando abordados para o preenchimento dos questionários, as pessoas eram informadas sobre os objetivos e os instrumentos do estudo através de um protocolo de consentimento informado.

Dado o consentimento para participar, eram entregues aos participantes os questionários para realizarem o seu preenchimento, pedindo, quando necessário o nosso apoio, no sentido de esclarecer alguma dúvida ou mesmo para realizar o preenchimento, devido a impossibilidade do participante. Ainda foram informados acerca do direito em declinar a participação e/ou cessar a participação em qualquer momento, e para a importância do completo preenchimento dos questionários, que no final confirmassem se todos os itens se encontravam preenchidos, e foram avisados para o facto de não existirem respostas certas ou erradas.

Os questionários foram preenchidos pela seguinte ordem: (1) Consentimento Informado (2) Questionário sociodemográfico, (3) Questionário clínico, (4) Inventário de Sintomas psicopatológicos BSI, (5) Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento -

IESSD. Seguidamente à recolha de dados, estes foram introduzidos e analisados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 20.0, onde se realizaram diferentes procedimentos estatísticos para a caracterização da amostra, tais como a análise descritiva, análise de frequências e a análise correlacional.

O respetivo estudo estatístico foi realizado com recurso a procedimentos de análise entre as variáveis empíricas em estudo, os dados sociodemográficos e clínicos pertinentes no presente estudo. Inicialmente, foi realizada a limpeza da amostra, foram eliminados os sujeitos com mais de 10% de *missings* (observações com valores omissos) nos questionários. Posteriormente, foram identificados e eliminados possíveis *outliers* (observações que se encontrem afastadas da normalidade). Para o efeito, recorreu-se ao cálculo dos *Zscores*, para verificar as observações que se afastavam da média. Finalizada a limpeza dos dados efetuou-se a análise das propriedades psicométricas, designadamente, testar a normalidade com recurso aos testes de assimetria de Skewness e Kurtosis, os quais, na sua globalidade, apresentaram valores entre -1 e 1, sendo portanto, os limites dos valores de achatamento e assimetria da curva de Gauss. A utilização dos testes paramétricos teve em consideração o tamanho da amostra que é superior a 30. Desta forma foi possível proceder à utilização de métodos paramétricos.

Realizou-se, ainda, a testagem da consistência interna dos instrumentos através do teste estatístico de *alpha* de *Cronbach*.

Para a caracterização da amostra realizaram-se análises estatísticas dos dados que se iniciou pela realização de uma análise descritiva, que contemplou o cálculo de frequências, médias e desvio padrão. Foram igualmente realizadas análises diferenciais para verificar a presença de diferenças significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, através de testes paramétricos, utilizando o *Test t*, com o objetivo de medir a significância da diferença de médias entre os grupos. Finalizada esta análise, realizou-se o estudo correlacional com a

intenção de determinar a força e a significância das associações entre as diferentes dimensões em estudo, através do teste *r* de *Pearson*.

Deste modo, apresentar-se-á a análise dos resultados, para que esta possa ser, posteriormente, discutida tendo por base os princípios teóricos que sustentam esta investigação.

Para finalizar, efetuou-se uma discussão onde serão apresentados os resultados mais significativos do presente trabalho, tendo por base a revisão bibliográfica.

## **Resultados**

No seguimento do enquadramento conceptual e a descrição do desenho metodológico do estudo apresentamos os resultados obtidos. Neste sentido, serão analisadas as dimensões de sofrimento, bem como os itens que apresentaram maiores índices na amostra em estudo. Serão observadas as diferenças entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões de sofrimento, bem como verificar a relação entre as dimensões das escalas (*Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI* e o *Inventário de Experiências subjetivas de sofrimento - IESSD*), envolvidas na investigação.

### **Análise Descritiva**

#### **Avaliação das dimensões de Sofrimento**

A dimensão de sofrimento que apresenta maiores índices, na amostra em estudo, é o *sofrimento sociorrelacional* (M=2.97; DP=0.95), seguido do *sofrimento psicológico* (M=2.70; DP=0.95), o *sofrimento existencial* (M=2.45; DP=0.74) e por fim o *sofrimento físico* (M=2.41; DP=0.83). Relativamente às *experiências positivas* de sofrimento, verificaram-se, neste grupo de doentes, os valores (M=2.62; DP=0.98).

**Tabela 11 - Caracterização das Dimensões do IESSD avaliadas na amostra em estudo**

<b>N=105</b>		
<b>Dimensões IESSD</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Sofrimento Psicológico	2.70	.95
Sofrimento Físico	2.41	.83
Sofrimento Existencial	2.45	.74
Sofrimento Sociorrelacional	<b>2.97</b>	.95
Experiências Positivas de Sofrimento	2.62	.98

**Análise Descritiva dos itens do Inventário de *Experiências Subjetivas de Sofrimento (IESSD)***

Relativamente, à análise descritiva dos itens da escala IESSD, como se pode analisar na tabela 12, os itens que apresentaram maiores índices na amostra em estudo foram: o *item 43- Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente* (M= 4.03; DP= 1.31), o *item 44 - Penso que vou melhorar* (M= 4.00; DP=1.19), o *item 38 - Acho que vou recuperar as minhas forças* (M= 3.55; DP=1.28), o *item 22 – A minha doença fez-me preocupar com o futuro das pessoas que são queridas* (M= 3.54; DP=1.39), e o *item 27 – Sinto que já não capaz de fazer antes de adoecer* (M= 3.44; DP=1.44).

**Tabela 12 - Caracterização Descritiva dos Itens da Escala IESSD**

Itens	N=105	
	M	DP
1. Sinto-me mais cansada/o desde que estou doente.	<b>3.28</b>	1.31
2. Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença.	3.10	1.38
3. Sinto-me apreensiva/o em relação ao que me poderá acontecer.	3.21	1.31
4. Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria.	3.25	1.47
5. Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca.	2.63	1.33
6.Desde que fiquei doente sinto-me triste.	2.86	1.44
7.Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego.	1.73	1.26
8.A doença obriga-me a pôr de lado alguns projetos importantes que tinha em mente.	2.70	1.46
9.Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero.	2.38	1.38
10.Desde que estou doente tenho sentido a falta da minha família.	1.72	1.20
11.Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família.	2.43	1.42
12.Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto.	<b>3.38</b>	1.48
13.Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença.	2.71	1.55
14.Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física.	<b>3.37</b>	1.34
15.A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida.	2.96	1.47
16.Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade.	2.19	1.27
17.Preocupa-me com as dores que possa vir a ter.	2.94	1.44
18.Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas que me poderão acontecer.	2.93	1,37
19.Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença.	2.69	1.56
20.Não consigo encontrar posição para estar confortável.	2.07	1.15

21. Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida.	2.27	1.36
22. A minha doença fez-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas.	<b>3.54</b>	1.39
23. Tenho dores difíceis de suportar.	1.89	1.20
24. Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a.	2.93	1.36
25. Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer.	<b>3.36</b>	1.48
26. Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro.	3.10	1.40
27. Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer.	<b>3.44</b>	1.44
28. A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio/a.	2.06	1.37
29. Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro.	1.81	1.30
30. A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa.	1.83	1.22
31. Sinto uma má disposição física que me impede de descansar.	2.00	1.11
32. Tenho receio de ficar com alguma deficiência física.	2.41	1.42
33. A minha doença causa-me angústia.	2.63	1.37
34. Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a "ganhar o pão" para a minha família.	2.33	1.51
35. O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar.	2.44	1.39
36. Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto.	1.96	1.17
37. Sinto que pouco posso esperar do meu futuro.	2.09	1.28
38. Acho que vou recuperar as minhas forças.	<b>3.55</b>	1.28
39. Desde que estou doente tenho sentido muitos medos.	2.50	1.32
40. Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida.	1.95	1.17
41. Tenho dores que não me deixam descansar.	1.86	1.14
42. Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos.	3.32	1.36
43. Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente.	<b>4.03</b>	1.31
44. Penso que vou melhorar.	<b>4.00</b>	1.19

## **Análise diferencial do Sofrimento com o género e o estado civil**

### **Análise da presença de diferenças significativas do sofrimento em função do género**

Serão analisadas as possíveis diferenças ao nível de género (masculino, feminino) no que diz respeito à escala utilizada no estudo. Para verificar a presença de diferenças significativas ao nível do sofrimento, realizaram-se análises diferenciais com o objetivo de medir a significância da diferença de médias (Tabela 13).

Observando os resultados, verifica-se que, no que respeita ao género, não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões, sendo elas: sofrimento psicológico  $t(103) = .655$ ,  $p = .515$ , com um IC 95% [-.23, .45]; sofrimento físico  $t(103) = .360$ ,  $p = .720$ , com um IC 95% [-.29, .43]; sofrimento existencial  $t(103) = -.371$ ,  $p = .720$ , com um IC 95% [-.39, .27]; sofrimento sociorrelacional  $t(103) = -.735$ ,  $p = .464$ , com um IC 95% [-.57, .26]; experiências positivas de sofrimento  $t(103) = -.835$ ,  $p = .406$ , com um IC 95% [-.60, .25].

Apesar de os resultados não se revelarem significativos em nenhuma das suas dimensões, é possível verificar que, de um modo geral, é o género feminino que apresenta médias superiores de sofrimento, comparativamente ao género masculino, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos, nem conclusivos.

**Tabela 13 - Diferenciação do Sofrimento em função do Género**

<b>Dimensões</b>	<b>1- Feminino</b>	<b>2- Masculino</b>		
<b>IESSD</b>	(n=76)	(n=29)		<b>Direção das</b>
	<b><i>M±DP</i></b>	<b><i>M±DP</i></b>	<b>95% IC</b>	<b>diferenças</b>
				<b>significativas</b>
Sofrimento Psicológico	2.72±.947	2.60±.719	[-.23, .46]	N.S.
Sofrimento Físico	2.43±.866	2.36±.743	[-.29, .43]	N.S.
Sofrimento Existencial	2.49±.778	2.55±.688	[-.39, .27]	N.S.
Sofrimento Sociorrelacional	2.97±.954	3.08±.961	[-.57, .26]	N.S.
Experiências Positivas de Sofrimento	2.62±.981	2.51±.842	[-.60, .25]	N.S.

**Nota.** IESSD - Inventário de *Experiências Subjetivas de Sofrimento (IESSD)*

**Análise da presença de diferenças significativas do sofrimento em função do estado civil** (casado, separado/divorciado, solteiro e viúvo).

Serão observadas as possíveis diferenças ao nível do estado civil, no que diz respeito à escala utilizada no estudo (Tabela 14). Desta forma, os resultados evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável “estado civil” e as dimensões de sofrimento. Analisando individualmente cada dimensão é possível verificar que não existem diferenças significativas entre os diferentes estados civis e as seguintes dimensões: sofrimento psicológico  $F(3, 101) = .300, p = .825$ ; sofrimento físico  $F(3, 101) = .701, p = .554$ ; sofrimento existencial  $F(3, 101) = .519, p = .670$ ; sofrimento sociorrelacional  $F(3, 101) = .051, p = .985$ ; e, experiências positivas de sofrimento  $F(3, 101) = 1.221, p = .306$ .

**Tabela 14 - Diferenciação do Sofrimento em função do estado civil**

Dimensões IESSD	1- Solteiro (n=11) <i>M±DP</i>	2-Casado (n=74) <i>M±DP</i>	3- Separado (n=13) <i>M±DP</i>	4- Viúvo (n=7) <i>M±DP</i>	Direção das diferenças significativas
Sofrimento Psicológico	2.61±1.04	2.65±.861	2.89±.893	2.72±1.05	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.91, 3.31]	[2.45, 2.85]	[2.35, 3.43]	[1.74, 3.70]	
Sofrimento Físico	2.47±1.13	2.37±.795	2.69±.775	2.21±.837	N.S.
<b>95% IC</b>	[1.71, 3.23]	[2.19, 2.55]	[2.22, 3.16]	[1.44, 2.99]	
Sofrimento Existencial	2.65 ±.954	2.46±.730	2.69±.766	2.40±.687	N.S.
<b>95% IC</b>	[2.01, 3.29]	[2.29, 2.63]	[2.22, 3.15]	[1.77, 3.04]	
Sofrimento Sociorrelacional	2.99±.827	2.98±.954	2.97±.1.10	2.84±1.06	N.S.
<b>95% IC</b>	[2.43,3.54]	[2.76, 3.21]	[2.30, 3.63]	[1.86, 3.82]	
Experiências Positivas de Sofrimento	3.90±1.01	3.30±.998	3.36±.803	3.37±.962	N.S.
<b>95% IC</b>	[3.22, 4.58]	[3.07, 3.53]	[2.88, 3.85]	[2.48, 4.26]	

**Nota.** IESSD - Inventário de Experiências subjetivas de sofrimento na doença (IESSD).

### **Análise Correlacional**

No presente estudo procurou-se analisar a relação entre as dimensões das escalas utilizadas. Para a concretização da respetiva análise utilizou-se as análises de correlações de *Pearson* (*r* de *Pearson*) com o objetivo de medir a associação entre as diferentes dimensões. Assim, as análises de correlação indicam a magnitude e a direção da associação entre duas variáveis, isto é, se esta é positiva, negativa ou nula. Neste tipo de análise é relevante ter em consideração a sua significância, tendo por base o valor probabilístico  $p \leq .05$ , porém não deve ser desvalorizado o tamanho do coeficiente de correlação (Dancey & Reidy, 2006).

### **Análise da associação entre as dimensões da Experiência Subjetiva de Sofrimento**

Ao nível das correlações são várias as observações que podemos referir (Tabela 15). Deste modo, verifica-se que a dimensão *Sofrimento Psicológico* apresenta uma correlação

significativa, com uma relação forte e positiva com as dimensões *sofrimento físico* ( $r=.713$ ,  $p< 0.01$ ), *sofrimento existencial* ( $r= .823$ ,  $p< 0.01$ ), mas com uma relação moderada com a dimensão *de sofrimento sociorrelacional* ( $r= .635$ ,  $p< 0.01$ ), contudo não se verifica relação significativa entre a dimensão de sofrimento psicológico e as experiências subjetivas de sofrimento. Verifica-se que a dimensão do *Sofrimento Físico* se correlaciona de forma significativa com uma relação forte e positiva com a dimensão do sofrimento psicológico ( $r=.713$ ,  $p<0.01$ ), com a dimensão sofrimento existencial ( $r=.696$ ,  $p<0.01$ ), de forma significativa, com uma relação moderada e positiva com a dimensão de sofrimento sociorrelacional ( $r=.454$ ,  $p<0.01$ ), porém não se verifica relação significativa com a dimensão de experiências positivas de sofrimento. Assim, podemos inferir que, quanto maior for o sofrimento físico da pessoa, maior será o sofrimento psicológico experienciado. O *Sofrimento Existencial* apresenta uma correlação significativa com uma relação forte e positiva com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r=.823$ ,  $p<0.01$ ), sofrimento físico ( $r=.696$ ,  $p<0.01$ ), correlacionando-se também significativamente, numa direção positiva, mas com uma relação moderada com a dimensão de sofrimento sociorrelacional ( $r=.564$ ,  $p<0.01$ ). Esta não apresenta uma relação considerada significativa com a dimensão das experiências positivas de sofrimento.

No que se refere ao *Sofrimento Sociorrelacional* este correlaciona-se de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r=.635$ ,  $p<0.01$ ), sofrimento físico ( $r=.454$ ,  $p<0.01$ ), sofrimento existencial ( $r=.564$ ,  $p<0.01$ ), e de forma negativa, embora não apresente uma correlação significativa com a dimensão de experiências positivas de sofrimento. Relativamente à dimensão do sofrimento das experiências positivas de sofrimento, verifica-se que não existem correlações significativas entre estas e as outras dimensões de sofrimento da respetiva escala.

**Tabela 15 - Matriz de Correlações entre as Dimensões do IESSD obtidas na amostra em estudo**

<b>Dimensões de sofrimento</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Sofrimento Psicológico	-	.713**	.823**	.635**	.105
2. Sofrimento Físico	.713**	-	.696**	.454**	.021
3. Sofrimento Existencial	.823**	.696**	-	.564**	.179
4. Sofrimento Sociorrelacional	.635**	.454**	.564**	-	-.181
5. Experiências Positivas de Sofrimento	.105	.021	.179	-.181	-

\*\* p<0.01

#### **Associação entre a sintomatologia psicopatológica e a experiência de sofrimento na doença**

No presente estudo procurou-se analisar a relação entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica e as dimensões de sofrimento. Assim, ao nível das correlações são várias as observações que podemos referir (Tabela 16). Deste modo, verifica-se que a dimensão *Somatização* se correlaciona de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões do sofrimento psicológico ( $r=.428$ ,  $p<0.01$ ), sofrimento físico ( $r=.581$ ,  $p<0.01$ ), sofrimento existencial ( $r=.510$ ,  $p<0.01$ ), correlacionando-se também significativamente e numa direção positiva, mas com uma relação fraca, com a dimensão de sofrimento sociorrelacional ( $r=.229$ ,  $p<0.05$ ). No que diz respeito à dimensão de *Obsessões-Compulsões* apresentam uma correlação significativa, moderada e positiva com o sofrimento físico ( $r=.423$ ,  $p<0.01$ ), correlacionando-se também significativamente e numa direção positiva, mas com uma relação fraca, com as dimensões do sofrimento psicológico ( $r=.325$ ,

$p < 0.01$ ) e sofrimento existencial ( $r = 0.362$ ,  $p < 0.01$ ). A dimensão *Sensibilidade Interpessoal* apresenta uma correlação significativa e numa direção positiva, mas com uma relação moderada com as dimensões de sofrimento físico ( $r = 0.412$ ,  $p < 0.01$ ) e com o sofrimento existencial ( $r = 0.480$ ,  $p < 0.01$ ), correlacionando-se também significativamente e numa direção positiva, mas com uma relação fraca, com a dimensão de sofrimento psicológico ( $r = 0.381$ ,  $p < 0.01$ ). No que respeita à dimensão de sintomatologia da *Depressão* verifica-se que se correlaciona de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r = 0.488$ ,  $p < 0.01$ ), sofrimento físico ( $r = 0.518$ ,  $p < 0.01$ ), sofrimento existencial ( $r = 0.442$ ,  $p < 0.01$ ), correlacionando-se também de forma significativa e numa direção positiva, mas com uma relação fraca, com a dimensão de sofrimento sociorrelacional ( $r = 0.293$ ,  $p < 0.01$ ). Apresenta, também uma correlação significativa, com uma direção negativa, porém com uma relação fraca, com a dimensão de sofrimento das experiências positivas de sofrimento ( $r = -0.292$ ,  $p < 0.01$ ). Deste modo, verifica-se que, à medida que as experiências positivas de sofrimento aumentam, a pessoa apresenta menos sintomatologia psicopatológica. No que se refere à dimensão de sintomatologia de *Ansiedade*, esta apresenta uma correlação de forma significativa, moderada e positiva com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r = 0.528$ ,  $p < 0.01$ ), sofrimento físico ( $r = 0.537$ ,  $p < 0.01$ ) e com o sofrimento existencial ( $r = 0.515$ ,  $p < 0.01$ ), porém também se correlaciona significativamente e numa direção positiva, mas com relação fraca, com a dimensão de sofrimento sociorrelacional ( $r = 0.193$ ,  $p < 0.01$ ). A dimensão de *Hostilidade* apresenta uma correlação significativa, moderada com uma direção positiva com a dimensão de sofrimento existencial ( $r = 0.478$ ,  $p < 0.01$ ), correlacionando-se também significativamente e numa direção positiva, mas com uma relação fraca, com as dimensões de sofrimento físico ( $r = 0.384$ ,  $p < 0.01$ ) e com o sofrimento psicológico ( $r = 0.372$ ,  $p < 0.01$ ). Na sintomatologia de ansiedade fóbica verifica-se uma correlação significativa, positiva com uma relação moderada com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r = 0.406$ ,  $p < 0.01$ ), com o

sofrimento físico ( $r=.410$ ,  $p<0.01$ ) e com o sofrimento existencial ( $r=.515$ ,  $p<0.01$ ). A dimensão da sintomatologia *Ideação Paranoide* apresenta uma correlação significativa, positiva mas com uma relação fraca com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r=.213$ ,  $p<0.05$ ), com o sofrimento físico ( $r=.241$ ,  $p<0.01$ ) e com o sofrimento existencial ( $r=.322$ ,  $p<0.01$ ). Os resultados indicam que a sintomatologia de *Psicoticismo* mostra uma correlação significativa com uma direção positiva, mas com uma relação fraca com as dimensões de sofrimento psicológico ( $r=.376$ ,  $p<0.01$ ), com o sofrimento físico ( $r=.376$ ,  $p<0.01$ ), correlacionando-se também significativamente e numa direção positiva, mas uma relação moderada, com o sofrimento existencial ( $r=.442$ ,  $p<0.01$ ).

**Tabela 16 - Relação entre as Dimensões de Sintomatologia Psicopatológica e as Dimensões de Sofrimento**

Dimensões	Dimensões (n=105)				
	Sofrimento Psicológico	Sofrimento Físico	Sofrimento Existencial	Sofrimento Sociorrelacional	Experiências Positivas do Sofrimento
Somatização	.428**	.581**	.510**	.229*	
Obsessões-Compulsões	.325**	.423**	.362**		
Sensibilidade Interpessoal	.381**	.412**	.480**		
Depressão	.488**	.518**	.442**	.293**	-.292**
Ansiedade	.528**	.537**	.515**	.193*	
Hostilidade	.372**	.384**	.478**		
Ansiedade Fóbica	.406**	.410**	.515**		
Ideação Paranoide	.213*	.241**	.322**		
Psicoticismo	.376**	.395**	.442**		

\*\*  $p<0.01$

\*  $p<0.05$

## **Discussão**

Neste ponto do presente trabalho serão discutidos os principais elementos obtidos através dos nossos resultados.

No que se refere aos itens da escala de sofrimento com maiores índices encontram-se os itens que caracterizam a percepção do doente com o sofrimento e as consequências derivadas do processo de doença que podem ocorrer no seio familiar, igualmente como os itens que descrevem a percepção de um prognóstico positivo em relação á doença. No momento da recolha da amostra os participantes demonstraram maior inquietação nas consequências que poderiam causar aos seus familiares, porém a percepção sobre o prognóstico da doença evidenciaram ter conhecimento de um prognóstico razoável.

O sofrimento experienciado no nosso estudo com níveis superiores reporta-se ao sofrimento sociorrelacional que compreende as relações consigo mesmo e com os outros, ou seja, as alterações afetivas, relacionais e sócio laborais, encontrando-se no processo de doença expressa pela perda de papéis, estatuto e objetivos sociais. Este resultado corrobora o estudo realizado numa amostra constituída por 39 mulheres e 32 homens em que os valores que apresentaram níveis superiores de sofrimento diziam respeito ao sofrimento sociorrelacional (Sobral, 2006). Assim, dado que, normalmente, o foco dos profissionais incide no sofrimento físico, singulariza-se no sentido de diminuir este tipo de sofrimento. Este resultado pode ser fundamentado pelo prognóstico positivo indicado pela generalidade dos participantes. O que corrobora um estudo de Gameiro (1999) sobre o sofrimento na doença, que estes resultados podem explicar-se pelos quadros clínicos envolvidos.

Neste sentido, infere-se que a prestação de apoio social, poderá representar menor sofrimento psicológico, físico, existencial e sociorrelacional. A abordagem deve ser feita de forma global, dando uma maior atenção aos problemas emocionais e sócio afetivos, para

além dos físicos, e envolver neste processo de doença os familiares e os amigos (Ferreira, 2009).

De acordo com Gameiro (1999) o sofrimento sociorrelacional refere-se à consciência que a pessoa tem de si mesmo, e encontra-se relacionado com a gravidade da doença e com o aumento da ansiedade e da pressão provocada pela doença. Também Barbosa e Neto (2006), concluem que esta dimensão de sofrimento compreende dois aspetos, o aspeto social que engloba os problemas profissionais, os conjugais/familiares, os económicos/laborais, e o isolamento social/comunitário, e o aspeto familiar que diz respeito à culpabilização pela dependência, bem como as preocupações com o futuro e os problemas sexuais.

No que respeita às análises diferenciais realizadas no âmbito dos dados sociodemográficos, foi possível verificar que estes não se revelaram significativos no que respeita ao sofrimento, ou seja, não se verificaram diferenças significativas no sofrimento, em função das diferenças de género e das diferenças de estado civil. Assim, o género e o estado civil não ditam maiores ou menores níveis de sintomatologia em doentes oncológicos.

Nas análises correlacionais intraescalas é possível observar que, no que respeita ao sofrimento, existem associações positivas. Assim, foi possível verificar que existe uma associação positiva do sofrimento psicológico com o sofrimento físico, o existencial e o sociorrelacional, da mesma forma existe, também, uma associação positiva do sofrimento físico com o existencial e sociorrelacional, sendo que, estes dois últimos, também se relacionam de forma positiva. Por exemplo, pode-se aferir que, em doentes oncológicos, o aumento do sofrimento físico causa o aumento do sofrimento psicológico, pondo em causa também o sofrimento existencial e o sofrimento sociorrelacional, e vice-versa, assim, o aumento do sofrimento psicológico pode levar também ao aumento do sofrimento físico. Portanto, a condição física pode afetar questões psicológicas, vivenciais e relacionais, bem como a condição psicológica pode agravar a perceção da dor física.

Os doentes que apresentam maiores níveis de sofrimento, evidenciam menos experiências positivas de sofrimento. Assim, quando se encontra associada a sintomatologia psicopatologia à doença os doentes apresentam maiores níveis de sofrimento e menores experiências positivas na doença.

Numa análise interescalar pode-se observar, de um modo geral, que maiores níveis de sintomatologia psicopatológica se associam com níveis elevados de sofrimento, nas suas várias dimensões. Assim, foi possível verificar que níveis elevados de Somatização se associam de forma positiva com níveis mais elevados de Sofrimento Psicológico, Físico, Existencial e Sociorrelacional. Também níveis mais elevados de Sintomatologia Obsessivo Compulsiva se associam a níveis mais elevados de Sofrimento, na sua forma de Psicológico, Físico e Existencial. Da mesma forma, no que respeita à Sensibilidade Interpessoal, esta também se associa a níveis mais elevados de Sofrimento Psicológico, Físico e Existencial. No que diz respeito à Depressão esta mantém uma associação estatisticamente significativa com todas as dimensões de sofrimento. Tal, revela uma associação com níveis mais elevados de Sofrimento Psicológico, Físico, Existencial e Sociorrelacional, revelando por outro lado, que se associa a níveis mais baixos de Experiências Positivas do sofrimento. Relativamente às dimensões Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo, estas também se associam a níveis elevados de Sofrimento Psicológico, Físico e Existencial. Assim, pode-se aferir que os doentes oncológicos que revelam maiores perceções do seu sofrimento, tendem a desenvolver níveis mais elevados de Sintomatologia Psicopatológica, dado o sofrimento se associar estreitamente à instabilidade psicológica. Corroborando com os resultados obtidos no estudo realizado com uma amostra de doentes oncológicos (51 mulheres e 37 homens) que se encontravam em fase de tratamento, concluíram que o sofrimento psicológico e o sofrimento físico apresentaram uma correlação elevada com a ansiedade e com a depressão (Carqueija, 2009). Segundo estudo dos autores Teng, Humes, e

Demétrio, (2005), verificaram que a maioria dos doentes oncológicos na fase de diagnóstico, manifestaram sintomatologia como resposta ao período que se encontravam a vivenciar grande instabilidade emocional. Todo o sofrimento, independentemente da origem, emerge na dimensão de sofrimento psicológico (Carqueija, 2009).

Os resultados obtidos são consistentes com os obtidos no estudo de Ferreira (2009) que realizou com oitenta e quatro doentes mastectomizadas e submetidas a quimioterapia em que os valores mais altos de morbidade se encontravam associados a níveis de sofrimento superiores, resultando desse modo, em menos experiências positivas de sofrimento. Assim, de um modo geral e de acordo com os resultados, podemos concluir que os participantes apresentam, na generalidade, sofrimento e, quando associada a sintomatologia psicopatológica, maior é o sofrimento vivenciado.

## **Conclusão**

Nesta investigação verifica-se que o sofrimento é uma experiência multidimensional com níveis superiores associados ao sofrimento sociorrelacional. Podemos concluir que o processo de doença se caracteriza pela multiplicidade e simultaneidade de sofrimento, dado que o processo de doença tem associado uma diversidade de alterações na vida do doente que podem dificultar a adesão aos tratamentos.

De um modo geral, podemos concluir, que a maiores níveis de sintomatologia psicopatológica estão associados maiores níveis de sofrimento e menos experiências positivas na doença. Relativamente às variáveis sociodemográficas (género e estado civil) não revelaram relações significativas, pelo que se pode inferir que as variáveis não ditam maiores ou menores níveis de sintomatologia psicológica e sofrimento.

Podemos inferir a importância de avaliar se os fenómenos psicopatológicos que estão associados, subsistiam anteriormente ao diagnóstico da doença e comuns em situações adversas, ou se pelo contrário, coincidem aquando do diagnóstico da doença oncológica.

Com base nos resultados encontrados defendemos ser fundamental a compreensão do impacto da experiência da doença oncológica, dado que, demonstra grande influência na adesão aos tratamentos e no alívio do sofrimento que é vivenciado no decorrer do processo de doença.

O processo de saúde/doença deve ser compreendido na globalidade visando as potencialidades da pessoa para o enfrentar de forma positiva, apesar dos aspetos negativos se encontrarem presentes.

Os resultados obtidos no presente estudo, não revelaram relações significativas entre as dimensões do sofrimento com as variáveis sociodemográficas, estados civil e género, pelo que se pode considerar que a experiência de sofrimento não varia em função do estado civil e

género. Deste modo, podemos inferir que o sofrimento é percecionado por todos, independente, do género e estado civil.

No que diz respeito às relações entre as dimensões de sintomatologia psicopatológica e as dimensões da experiência subjetiva de sofrimento, poderá constatar-se que existe uma relação entre ambas as conceções, pelo que a presença de sintomas de instabilidade e patologia psicológica se associam com o aumento dos níveis de sofrimento percecionados pelos doentes oncológicos.

Existem poucas investigações que abordem a possível relação entre sintomatologia psicopatológica e a experiência subjetiva de sofrimento. Desta forma demonstra-se a relevância em se investigar mais sobre tudo que envolve direta ou indiretamente este fenómeno, com a finalidade de diminuir o sofrimento que é gerado pela doença oncológica.

Segundo os resultados foi possível constatar a relevância de intervir na promoção da saúde, utilizando uma abordagem biopsicossocial dos processos que influenciam a construção da doença, focando essencialmente, os aspetos psicoemocionais e os significados atribuídos à experiência de sofrimento da doença oncológica.

Com este estudo, pretende-se, contribuir para uma compreensão e reconhecimento dos fenómenos psicopatológicos e das dimensões de sofrimento mais afetadas no processo de doença, e assim perceber melhor as necessidades onde intervir, numa visão global do doente, tendo como referência a singularidade do doente.

Investigações futuras devem envolver um estudo longitudinal para explorar a experiência de sofrimento em doentes oncológicos e sintomatologia psicopatológica, dado que existem poucos estudos, mas que são relevantes para perceber o doente no seu todo, com vista a melhoria de qualidade de vida do doente oncológico.

Seria pertinente realizar estudos com populações mais jovens, dado que a doença oncológica, cada vez mais, envolve faixas etárias mais jovens e avaliar se já manifestavam sintomatologia psicopatológica antes de adoecer.

O tamanho da amostra (n=105) e o facto de a generalidade pertencer ao género feminino, pode ser considerada uma limitação deste estudo, não sendo, deste modo, possível a generalização dos resultados. A recolha da amostra foi realizada em ambiente hospitalar e a maioria por narração do doente, dada a impossibilidade física no momento para o seu preenchimento. Deste modo, poderá considerar-se que existirão diferenças quando preenchidos em privacidade e pelo próprio. Relativamente à variável local de residência, esta poderá constituir, também, uma limitação da amostra, dado que se refere apenas uma zona geográfica, não sendo possível a generalização dos resultados.

## Referências Bibliográficas

- Alves, M., Jardim, M., & Freitas, O. (2012). Sofrimento do doente Oncológico em situação Paliativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(3), 115-124.
- Apostolo, J.L., Batista, A. C., Macedo, C.M., & Pereira, E.M. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Revista Referencia*, 2(3), 1-10.
- Barbosa, A. (2006). Sofrimento. In A. BARBOSA, & I. NETO (Editores). *Manual de Cuidados Paliativos*. 1ªed. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 397-417. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Bossoni, R., Stumm, E., Hildebrand, L., & Loro, M. (2009). Câncer e Morte, Um Dilema para Pacientes e familiares. *Revista Contexto & Saúde*, 9(17), 13-21.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 6(2)/7(1-2), 8-18.
- Carqueija, E. (2009). The influence of religious practice on the perception of suffering: study in oncological and chronic pain patients. Faculdade de Teologia da Universidade Católica do Porto. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 7-40.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto-Alegre: Artmed.
- Domingues, V., & Albuquerque, E. (2008). Lung cancer: Psychological and psychiatric aspects. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(2).

- Ferreira, F. (2009). Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia. *Revista Referencia, 10*, 65-76.
- Ferrão, C. (2003). *Aspetos psíquicos do paciente com câncer*. Disponível em: [http://www.netpsi.com.br/artigos/03\\_cancerhtm.acesso](http://www.netpsi.com.br/artigos/03_cancerhtm.acesso) em 11 abril de 2013.
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gameiro, M. (2004). Estar doente: atribuição pessoal de significações. *Revista Enfermagem Referência, 1*(12), 35-43.
- Krikorian, A., Limonero, J., & Maté, J., (2011). Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.2087
- Jurado, M., Zarazagar, R., & Villalba, M. (2010). Causas de sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida. *Medicina paliativa, 17*(2), 90-95.
- Machado, A. (2010). Resiliência e promoção da saúde: Uma relação possível. *Portal dos Psicólogos*, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt), Acedido em 29-11-2014
- Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências Psicológicas, Estratégias de *Coping* e Intervenção na Doença Oncológica: Uma Revisão da Literatura para Aplicação Prática. *Revista de Psicologia*. Recuperado em 1 jan. 2014, em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt).
- McIntyre, T. M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente. In M. T. McIntyre & C. Vila-Chã (orgs.), *O sofrimento no doente: leituras multidisciplinares* (17-30). Braga: APPORT.

- McIntyre, T. M. (2004). Perda e sofrimento na doença: contributo da psicologia da saúde. *Psychologica*, 35, 167-179.
- Nathan, P. C., Hayes-Lattin, B., Sisler, J. J., & Hudson, M. (2011). Critical Issues in transition and survivorship for adolescents and young adults with cancer. *Wiley Inter Science*, 2335-2341. Doi: 10.1002/cncr.26042.
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.
- Paredes, T., Canavarro, M.C., & Simões, M.R. (2011). Impacto do cancro do osso e tecidos moles no ajustamento emocional e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 35-46.
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*, 10(2), 51-72.
- Priede, A., González-Blanch, C., Herrán, A., & Hayuela, F., (2013), Asociación Entre Rumiasiones y Malestar Emocional en Pacientes Recién Diagnosticados de Câncer. *Psicooncologia*, 1(10), 131-140. DOI: 10.5209/REpsic2013v10.41952
- Remondes-Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J.L. (2012). Depois do Cancro da Mama: Acontecimentos Significantes no Ciclo de Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1-15.
- Rossi, L. & Santos, A. (2003). Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

- Santos, C., Pais-Ribeiro, & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com suporte social (ESSS). As pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185.
- Strang, P. (1998). Cancer pain: a provoker of emotional, social and existencial distress. *Ata oncologia*, 37(7/8), 641-644.
- Sobral, H. (2006). Experiências subjectivas de sofrimento em doentes oncológicos: percepção da doença e religiosidade. *Revista Interações*, 11, 147-162.
- Souza, J., & Seidl, E. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. *Brasília Médica*, 50(3), 242-252.
- Teng, C., Humes, E., & Demétrio, F. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista. Psiq. Clin.* 32(3), 149-159.
- Valentine, A. (2003). "Cancer Pain and Depression Management of the Dual-diagnosed Patient", *Current Pain and Headache Reports*, 7, 262-269.
- Venâncio, J. (2004). The Importance of Psychological Interventions in the Treatment of Women with Breast Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.

### **Parte III**

#### **Considerações Finais**

Após a análise dos resultados do presente trabalho de investigação é possível extrair algumas considerações importantes.

Analisando os dados quantitativos, verificamos que, existem diferenças significativas em termos de género e sintomatologia psicopatológica, sendo que os valores superiores, dizem respeito ao género feminino. O tipo de cancro que prevalece neste estudo, diz respeito, ao cancro da mama, seguido pelo ginecológico, devendo-se esse facto, à preponderância da amostra feminina.

Não se registaram relações significativas entre as dimensões de sofrimento e de sintomatologia psicopatológica e as variáveis sociodemográficas, podendo considerar-se, que estas não influenciam nem o sofrimento nem a sintomatologia psicopatológica de forma estatisticamente significativa. Por outro lado, as variáveis clínicas demonstraram influenciar a sintomatologia, uma vez que, a origem, o estado, o tipo de tratamento, o diagnóstico, podem desencadear sintomas psicopatológicos. No que se refere, aos sintomas físicos aquando do diagnóstico, maiores níveis verificaram-se no cansaço, na dor e na incapacidade funcional, já no que se refere aos sintomas psicológicos foram a ansiedade, o medo e a tristeza.

A depressão e a ansiedade apesar de não serem os sintomas de maior prevalência na nossa amostra também se verificaram nessas sintomatologias. Porém, o mais frequente, foi o quadro sintomático de obsessões-compulsões que registou níveis superiores de incidência neste grupo de doentes.

O sofrimento que caracteriza a nossa amostra em estudo é o sofrimento sociorrelacional e psicológico. Conclui-se que deve ser dada uma maior atenção a este tipo de

sofrimento, promovendo um maior envolvimento dos familiares e amigos no processo de doença.

Inferimos que o significado atribuído ao processo de doença que é experienciado poderá reforçar a mudança das trajetórias individuais mais adaptativas, que se poderão refletir no fortalecimento de relacionamentos interpessoais e numa nova visão de si próprio, bem como, na aprendizagem de uma diferente filosofia de vida.

Podemos concluir que os doentes que apresentam maiores níveis de sofrimento, evidenciam menos experiências positivas de sofrimento. Assim, quando se encontra associada a sintomatologia psicopatológica à doença, os doentes apresentam maiores níveis de sofrimento e menores experiências positivas na doença.

Com base nos resultados obtidos defendemos ser basilar a compreensão do impacto da experiência da doença oncológica, dado que demonstra grande influência na adesão aos tratamentos e no alívio do sofrimento que é vivenciado no decorrer do processo de doença.

Os resultados obtidos poderão contribuir para a área clínica e científica. Mais, salienta-se, a importância de futuras investigações nesta área de forma a minimizar o sofrimento do doente oncológico.

## **Bibliografia**

- Aureliano, W.A. (2007). Corpo, saúde e trabalho: (re) pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. *Prática & Trabalho*, 26, 105-123.
- Borges, A., Silva, E., Toniollo, P., Mazer, S., Valle, E., & Santos, M. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 361-369.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2/7(1-2), 8-18.
- Direcção Geral da Saúde. (2014). *Portugal - Doenças Oncológicas em números*. Portugal. ISSN: 2183-0746.
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gameiro, M. (2004). Estar doente: atribuição pessoal de significações. *Revista Enfermagem Referência*. I Série, nº 12, 35-43.
- Instituto Nacional de Cancêr (2014). O que é. Acedido em 10 outubro de 2014 em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>
- Instituto Português de Oncologia do Porto (2014). *Registo Oncológico Nacional 2008*. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil - EPE: Edições.
- Instituto Português de Oncologia do Porto (2014). *Registo Oncológico Regional do Norte – RORENO 2008*. Instituto Português de Oncologia do Porto: Edições.
- Laird, B.; Boyd, A.; Colvin, L., & Fallon, M. (2008). Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 18, 459-464.

- Maia, M. (2009). Hepatite C: vivência da doença, do tratamento e da cura. In. L.S. Pareira & C. Pussetti (Orgs.). *Os saberes da cura: antropologia da doença e práticas terapêuticas*. 53-77. Lisboa: ISPA.
- Ministério da Saúde (INCA) Instituto Nacional de Câncer (2011). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: ISBN 978-85-7318-188-3 (versão electrónica).
- Montoya, R., Schmidt, J., & Prados, D. (2006). En busca de una defenición transcultural de sufrimiento. *Cultura de los Cuidados*, 20, 117-120.
- Paredes, T., Canavarro, M.C., & Simões, M.R. (2011). Impacto do cancro do osso e tecidos moles no ajustamento emocional e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 35-46.
- Santos, C., & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 55-65.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1 - Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação no Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, intitulada “*Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença e sintomatologia Psicopatológica em Doentes Oncológicos*”.

O objetivo desta investigação consiste em avaliar a experiência subjetiva de sofrimento na doença e a sintomatologia psicopatológica em doentes oncológicos, e perceber em que medida as duas variáveis se relacionam.

*Gostaria de o/a Convidar a Participar neste Projeto de Investigação, sendo que o seu papel consistirá no:*

- ✓ Preenchimento de um conjunto de questionários.

*Ao participar, de forma voluntária, estará a contribuir para o desenvolvimento da investigação na área de Oncologia.*

*No meu papel enquanto Investigadora, comprometo-me a:*

- ✓ Garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos;
- ✓ Utilizar os dados recolhidos, exclusivamente, para efeitos de investigação;
- ✓ A eventual desistência ou recusa em colaborar na investigação não tem qualquer consequência para os participantes.

Consentimento Informado do Participante (preencha por favor os espaços que se seguem):

Eu, .....

Declaro ter conhecimento dos objetivos da investigação “*Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença e a sintomatologia Psicopatológica em Doentes Oncológicos*” das implicações da minha participação, e aceito preencher o conjunto dos questionários. Por isso declaro que é de minha livre vontade que aceito participar.

Gratas pela sua colaboração

Com os melhores cumprimentos:

A Investigadora

A Orientadora da Investigação

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Argentina D´Assunção Bessa Antunes)

(Prof.<sup>a</sup> Doutora Sónia Isabel Remondes-Costa)

**Anexo 2 - Questionário de Dados  
Sociodemográficos**

## Questionário de Dados Sociodemográficos

Nº do Questionário

1. **Idade:** \_\_\_\_\_

2. **Concelho de Residência:** \_\_\_\_\_ 3. **Distrito:** \_\_\_\_\_

4. **Sexo:** Feminino  Masculino

**5. Estado civil:**

- Solteiro/a
- Casado/a
- Separada/divorciada
- Viúva/Viúvo
- União de facto
- Outro \_\_\_\_\_

6. **Tem filhos?**

6.1 Sim

6.2 Não

No caso de **sim**: quantos? .....

**7. Escolaridade:**

- Não frequentou a Escola  1º Ciclo (Escola Primária) incompleto  1º Ciclo (Escola Primária) completo  2º Ciclo (5º e 6º ano de escolaridade)  3º Ciclo (7º, 8º e 9º anos de escolaridade)  Secundário (1º, 11, 12º anos de escolaridade)  Ensino Técnico (médio ou profissional)
- Ensino Superior ou Universitário.

**8. Profissão atual**

8.1 Doméstica/auxiliar de educação/trabalhador agrícola/manicure/balconista

8.2 Mecânico/motorista/cozinheiro (a) vendedor (a)

8.3 Assistente Técnica/estudante/jornalista/Tecnico-profissional

8.4 Professor/jurista/técnico superior/engenheiro(a)

8.5 Outra:.....

**9. Situação ocupacional:**

- Ativo  Desempregado  Espera 1º emprego  Baixa/atestado  Reformada  Nunca trabalhou  Outros casos

**10. Agregado familiar – Quem vive consigo?** Só Pais  mãe e pai mãe ou pai e outra pessoa avós tios Outros familiares pais adotivos vive em Instituição cônjuge cônjuge e filhos cônjuge, filhos e pais e sogros

## **Anexo 3 - Questionário Clínico**

## QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Vamos colocar-lhe algumas perguntas sobre a sua Doença, para tal, pedimos que **coloque** um **círculo** () , na **opção** que *considerar correta*.

### LOCALIZAÇÃO

1. Mama
2. Colon-retal
3. Estômago
4. Bexiga
5. Próstata
6. Pulmão
7. Garganta
8. Laringe
9. Faringe
10. Colo do útero/ginecológico
11. Tiroide
12. Leucemia
13. Outro:.....

### DIAGNÓSTICO

**Diagnóstico realizado entre:**

1. 1-3 meses
2. 3-6 meses
3. 6-12 meses
4. 12-24 meses
5. > 25 meses

### ESTÁDIO DA DOENÇA

1. Local
2. Loco-regional
3. Metastático
4. Desconhecido

### ORIGEM

1. Primária (primeira vez)
2. Recidiva (voltou a aparecer)
3. Apareceu noutra sítio

### CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO

1. Conhece
2. Suspeita
3. Ignora
4. O seu médico falou consigo sobre o diagnóstico?
  - 4.1 **Sim**
  - 4.2 **Não** 
    - 4.2.1 Algum Profissional o fez? .....

## PROGNÓSTICO

0. Bom
1. Razoável
2. Mau
3. Desconhecido
4. O seu médico falou consigo sobre o prognóstico?
  - 1.1 Sim
  - 1.2 Não 
    - 1.2.1 Algum Profissional o fez? .....

## SINTOMAS

1. Sintomas **físicos**:
  - 1.1. Dor
  - 1.2. Cansaço
  - 1.3. Fadiga
  - 1.4. Incapacidade Funcional
  - 1.5. **Outros**:
    - 1.5.1. Quais?  
.....
  
2. Sintomas **Psicológicos**:
  - 2.1. Ansiedade
  - 2.2. Medo
  - 2.3. Insónia
  - 2.4. Tristeza
  - 2.5. Irritabilidade
  - 2.6. Sensibilidade interpessoal
  - 2.7. **Outros**:
    - 2.7.1. Quais?  
.....

## TRATAMENTO ATUAL

0. Nenhum
1. Radioterapia
2. Quimioterapia
3. Outro
  
4. O seu médico falou consigo sobre os tratamentos?
  - 4.1 Sim:
  - 4.2 Não: 
    - 4.2.1 Algum Profissional o fez? .....

## ANTECEDENTES DA DOENÇA NA FAMÍLIA

1. **Alguma pessoa** da sua **família** já teve **cancro**?

1.1 **Sim:**

1.2 **Não:**

**2. Grau de parentesco:**

2.1 Pai

2.2 Mãe

2.3 Avô/avó

2.4 Tia

2.5 Irmão/Irmã

**3. Que tipo de cancro?**

3.1 Mama

3.2 Colon-retal

3.3 Estômago

3.4 Bexiga

3.5 Próstata

3.6 Pulmão

3.7 Garganta

3.8 Laringe

3.9 Faringe

3.10 Colon do útero/ginecológico

3.11 Tiroide

3.12 Leucemia

3.13 Outro:

.....

**Muito Obrigada pela sua PARTICIPAÇÃO!**

**Anexo 4 - Inventário de Experiências Subjetivas  
de Sofrimento na Doença (IESSD)**

**IESSD (Teresa McIntyre & Manuel Gameiro, 1997) Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença**

**Data:** ...../...../..... **ID:**.....

**Nome:**.....

*Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder a experiências das pessoas doentes. Por favor, indique até que ponto, cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que **verdadeiramente se passa consigo**, marcando com um círculo (○) no respetivo quadrado, tendo em conta a legenda abaixo apresentada. Não existem respostas certas ou erradas. **É na sua opinião que estamos interessados.***

- 1. Não corresponde nada** totalmente falso
- 2. Corresponde pouco** ao que se passa comigo
- 3. Corresponde bastante** ao que se passa comigo
- 4. Corresponde muito** ao que se passa comigo
- 5. Corresponde totalmente** é totalmente verdadeiro

1. Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	1	2	3	4	5
2. Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer.	1	2	3	4	5
4. Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria.	1	2	3	4	5
5. Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca.	1	2	3	4	5
6. Desde que fiquei doente sinto-me triste.	1	2	3	4	5
7. Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego.	1	2	3	4	5
8. A doença obriga-me a pôr de lado alguns projetos importantes que tinha em mente.	1	2	3	4	5
9. Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero.	1	2	3	4	5
10. Desde que estou doente tenho sentido a falta da minha família.	1	2	3	4	5
11. Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família.	1	2	3	4	5
12. Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto.	1	2	3	4	5
13. Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença.	1	2	3	4	5
14. Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física.	1	2	3	4	5
15. A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida.	1	2	3	4	5
16. Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade	1	2	3	4	5

17. Preocupo-me com as dores que possa vir a ter.	1	2	3	4	5
18. Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas que me poderão acontecer.	1	2	3	4	5
19. Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença.	1	2	3	4	5
20. Não consigo encontrar posição para estar confortável.	1	2	3	4	5
21. Sinto que com a doença perdi liberdade de decidir sobre a minha vida.	1	2	3	4	5
<p>1. <b>Não corresponde nada</b> totalmente falso</p> <p>2. <b>Corresponde pouco</b> ao que se passa comigo</p> <p>3. <b>Corresponde bastante</b> ao que se passa comigo</p> <p>4. <b>Corresponde muito</b> ao que se passa comigo</p> <p>5. <b>Corresponde totalmente</b> é totalmente verdadeiro</p>					
22. A minha doença fez-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas.	1	2	3	4	5
23. Tenho dores difíceis de suportar.	1	2	3	4	5
24. Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a.	1	2	3	4	5
25. Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer.	1	2	3	4	5
26. Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro.	1	2	3	4	5
27. Sinto que não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer.	1	2	3	4	5
28. A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim própria.	1	2	3	4	5
29. Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro.	1	2	3	4	5
30. A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa.	1	2	3	4	5
31. Sinto uma má disposição física que me impede de descansar.	1	2	3	4	5
32. Tenho receio de ficar com alguma deficiência física.	1	2	3	4	5
33. A minha doença causa-me angústia.	1	2	3	4	5
34. Preocupa-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família.	1	2	3	4	5
35. O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar.	1	2	3	4	5
36. Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto.	1	2	3	4	5
37. Sinto que pouco posso esperar do meu futuro.	1	2	3	4	5
38. Acho que vou recuperar as minhas forças.	1	2	3	4	5
39. Desde que estou doente tenho sentido muitos medos.	1	2	3	4	5
40. Desde que fiquei doente sinto dificuldades em encontrar sentido para a minha vida.	1	2	3	4	5

41. Tenho dores que não me deixam descansar.	1	2	3	4	5
42. Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos.	1	2	3	4	5
43. Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente.	1	2	3	4	5
44. Penso que vou melhorar.	1	2	3	4	5

Por favor verifique se respondeu a todos os itens antes de entregar o questionário.

**Muito obrigada pela sua ajuda!**

**Anexo 5 - Inventário de Sintomas  
Psicopatológicos (BSI)**

**BSI - INVENTÁRIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS**

**BSI- L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995** – A seguir encontra-se uma lista de problemas e sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Por favor, leia atentamente na escala que apresentamos a seguir e para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma **cruz (X)**. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas Vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1.	Nervosismo ou tensão interior.					
2.	Desmaios e tonturas.					
3.	Ter impressão que as outras pessoas podem controlar os meus pensamentos.					
4.	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.					
5.	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.					
6.	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					
7.	Dores sobre o coração ou no peito.					
8.	Medo na rua ou praça pública.					
9.	Pensamento de acabar com a minha vida.					
10.	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.					
11.	Perder o apetite.					
12.	Ter um medo súbito sem razão para isso.					
13.	Ter impulsos que não se podem controlar.					
14.	Sentir-se sozinha mesmo quando está com mais pessoas.					
15.	Dificuldade em fazer qualquer trabalho.					
16.	Sentir-me sozinho/a.					
17.	Sentir-se triste.					
18.	Não ter interesse por nada.					
19.	Sentir-se aterrorizado/a.					
20.	Sentir-se facilmente ofendido/a nos seus sentimentos.					

	<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
21.	Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si.					
22.	Sentir-se inferior aos outros.					
23.	Vontade de vomitar ou mal do estômago.					
24.	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
25.	Dificuldade em adormecer.					
26.	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
27.	Dificuldade em tomar decisões.					
28.	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.					
29.	Sensação de que lhe falta o ar.					
30.	Calafrios e afrontamentos.					
31.	Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.					
32.	Sensação de vazio na cabeça.					
33.	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro no corpo)					
34.	Ter a ideia que devia ser castigada pelos seus pecados.					
35.	Sentir-se sem esperança para o futuro.					
36.	Ter dificuldade em se concentrar.					
37.	Falta de forças em partes do corpo.					
38.	Sentir-se em estado de aflição ou tensão.					
39.	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.					
40.	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
41.	Ter vontade de destruir ou partir coisas.					
42.	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.					
43.	Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleias.					

	<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
44.	Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa.					
45.	Ter ataques de terror ou pânico.					
46.	Entrar facilmente em discussão.					
47.	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.					
48.	Sentir que outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
49.	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado e quieto.					
50.	Sentir que não tem valor.					
51.	A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
52.	Ter sentimentos de culpa.					
53.	Ter a impressão de que alguma coisa não regula na sua cabeça.					

Certifique-se que não se esqueceu de responder a todas as opções.

**FIM**

**Muito obrigada pela colaboração!**

**Anexo 6 - Parecer emitido pela Comissão de Ética  
do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto  
Douro**



Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

**COMISSÃO DE ÉTICA**

---

Exm<sup>o</sup>(a) Senhor(a)  
Dra. Sónia Isabel Remondes Costa  
UTAD  
Vila Real

---

**ASSUNTO:** Projeto de investigação

---

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/02/2014, o Conselho de Administração em 06/03/2014, autorizou o pedido de aplicação de um conjunto de questionários de recolha de dados no Centro de Oncologia, pelas investigadoras Andreia Santos e Argentina, para projeto de Investigação, desde que entregue autorização do Diretor do Serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 12 de Março de 2014

O Presidente do Conselho de Administração

Carlos José Cadavéz (Dr.)  
Presidente do Conselho  
de Administração

/HV