

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Dolores Lopes

Influência da doença oncológica na vivência da sexualidade



Julho, 2016

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Dolores Lopes

Influência da doença oncológica na vivência da sexualidade

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientação: Professora Doutora Cláudia Chaves

Co-orientação Professora Doutora Paula Nelas



Julho, 2016

“Il y aura toujours une autre occasion, un autre ami, un autre amour, une force nouvelle. Pour chaque fin il y a toujours un nouveau départ. »

Le Petit Prince – Antoine de Saint-Éxupéry.

“Sempre haverá outra oportunidade, um outro amigo, um outro amor, uma nova força. Para cada final há sempre um novo começo. ”

O Pequeno Príncipe - Antoine de Saint-Exupéry.

Agradecimentos

Aos meus Pais, Família e Amigos, por tudo o que me têm permitido e pelo apoio ao longo destes largos meses; Mesmo estando longe, vocês estarão sempre no meu coração....

À Professora Doutora Cláudia Chaves, pela sua orientação, disponibilidade e importantes contributos para a consolidação deste trabalho;

À Administração do CHTV, E.P.E., respectiva Comissão de Ética e Direcção do Serviço de Hospital de Dia Hemato-Oncológico, por atenderem à importância deste estudo e o autorizarem;

E, muito especialmente, a todos os sobreviventes do cancro que acederam a participar neste estudo, partilhando as suas experiências e vivências sobre uma parte tao íntima de si mesmos.

A todos o meu Obrigada!

Resumo

Enquadramento: A doença oncológica, independentemente da localização ou estadio, assim como os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais a ela associados podem resultar em prejuízo significativo ao nível do funcionamento sexual e relacional do doente.

Objetivo: Identificar a influência da doença oncológica na vivência da sexualidade do doente oncológico.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, exploratória e descritivo-correlacional, foi realizado com 330 utentes de um Centro Hospitalar na região centro, constituída por 61,5% mulheres e 38,5% homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos (M= 56,05; DP= 12,16). Instrumento de colheita de dados composto por questionário de caracterização sociodemográfica, clínica e a Escala de Apgar Familiar, Smilkstein (1978); Escala de Imagem Corporal (Hopwood, et al 2001); Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Watson et al, 1988); Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Cappelleri et al, 2002).

Resultados: Da amostra 81,1% é casada ou vive em união de facto, em relação à localização do cancro, 37,9% é localizado na mama e 31,8% digestivo. Relacionamento conjugal antes da doença muito satisfatório (45, 15%) vs 32,12% nada/pouco satisfatório atualmente. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas em algumas variáveis sócio-demográficas (idade, escolaridade), clínicas (localização do tumor, tratamento efetuado), funcionalidade familiar, imagem corporal e ajustamento mental ao cancro, na vivência da sexualidade pelo doente oncológico.

Conclusão: A assistência aos portadores de doença oncológica deve incluir intervenções dirigidas ao despiste e tratamento da disfunção da sexualidade assim como ao planeamento de ações educativas/formativas dos profissionais de saúde no âmbito da sexualidade do doente oncológico.

Palavras-chave: Doença Oncológica; Sexualidade; Imagem corporal; Ajustamento mental;

Abstract

Background: Oncologic diseases, regardless of their location or stage, as well as the physiological, psychological and social aspects associated with it can result in significant damage to the sexual and relational functioning of the patient level.

Objectives: Identify the influence of oncological diseases in the experience of sexuality of the cancer patient.

Methods: The quantitative study, exploratory and descriptive, correlational, was conducted with 330 users of a Hospital in the central region, made up of 61.5% women and 38,5% men, aged between 25 and 84 years ($M = 56,05$, $SD = 12,16$). Data collection instrument composed by sociodemographic questionnaire, clinical and Family Apgar Scale (Smilkstein, 1978); Body Image Scale (Hopwood et al, 2001); Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson et al, 1988); Questionnaire Satisfaction with Sexual Relationship (Cappelleri et al, 2002).

Results: 81,1% of sample are married, about cancer's location, 37,9% is located in the breast and 31,8% digestive. marital relationship before the cancer disease was very satisfactory (45,15%) vs actually 32,12% nothing / little currently satisfactory. Check is statistically significant differences in some sociodemographic variables (age, education), clinical (location of the tumor, the surgical treatment), family functioning, body image and mental adjustment to cancer on sexuality vivênvia the cancer patient.

Conclusion: Assistance to oncological disease carriers should include interventions aimed at screening and treatment of dysfunction of sexuality as well as the planning of educational / training activities of health professionals in the field of sexuality of cancer patient.

Keywords: Oncological disease; Sexuality; Body image; Mental adjustment;

Índice geral

Pensamento	II
Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract	V
Índice Geral	VI
Índice de esquemas	VII
Índice de tabelas	VIII
Abreviaturas, Siglas e Símbolos	IX
1 Introdução geral	25
2 Metodologia	45
3 Resultados	65
4 Discussão	83
5 Conclusões	93

Referências Bibliográficas

Anexos

Anexo 1: Instrumento de colheita de dados

Anexo 2: Parecer da CNPD

Anexo 3: Autorização da instituição

Anexo 4: Outputs da análise descritiva e estatística

Índice de esquemas:

Esquema 1 – Desenho de investigação.....33

Índice das tabelas:

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	54
Tabela 2 : Características clínicas da amostra em função do género.....	67
Tabela 3: Alterações corporais provocadas pelos tratamentos em função do género....	68
Tabela 4 : Características do relacionamento conjugal em função do género.....	69
Tabela 5 : Estatística das Características do funcionamento familiar.....	70
Tabela 6: Estatísticas relativas por género na escala Imagem Corporal.....	71
Tabela 7: Estatísticas relativas aos estudos da Imagem Corporal.....	71
Tabela 8: Estatísticas relativas ao local da neoplasia.....	72
Tabela 9: Frequências da escala da Imagem Corporal.....	72
Tabela 10: Estatísticas da escala da Imagem Corporal.....	73
Tabela 11: Estatísticas da escala de ajustamento mental ao Cancro.....	74
Tabela 12: Estatísticas do Questionário de satisfação com o Relacionamento sexual...	75

Abreviaturas, Siglas e Símbolos

BIS- Body Image Scale

CHTV- Centro hospitalar Tondela Viseu

CV- Coeficiente de Variação

DGS- Direção Geral de Saúde

DP- Desvio Padrão

E.P.E.- Entidade Pública Empresarial

Et al – e outros

FSFI- Female Sexual Function Index

IARC- International Agency for Research on Cancer

INE- Instituto Nacional de Estatística

KW- Kruskal Wallis

M- Média

MINI-MAC- The Mental Adjustment to Cancer Scale

N- Número

NCCS- National Coalition for Cancer Survivorship

OM- Ordenações Médias

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAHO- Pan American Health Organization

QdV- Qualidade de Vida

QSRS- Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

UMW- U-Mann Whitney

WAS- World Association for Sexual Health

WHO-World Health Organization

1 – Introdução geral

O número de sobreviventes de cancro continua a aumentar nos Estados Unidos da América e na Europa, o que está associado ao aumento do número de novos casos, devido ao facto de a população estar a crescer e envelhecer e a um maior índice de sobrevivência como resultado da deteção precoce e dos avanços no tratamento (De Angelis, Sant & Coleman, 2014; DeSantis, Lin & Mariotto, 2014). Em janeiro de 2003, na Europa, 11,6 milhões de europeus com uma história de cancro estavam vivos, tendo sido estimada para 2010 uma prevalência de 13 milhões de sobreviventes (Gatta, Mallone & Van der Zwan, 2013).

Em Portugal, segundo o Registo Oncológico Nacional (RORCentro, 2014), em 2008 foram diagnosticados 43312 novos casos de cancro e, comparativamente a 2007, verificou-se um aumento de 2,2% no número de casos registados.

A elevada sobrevivência ao cancro é um fenómeno historicamente recente, uma vez que há quarenta anos as taxas de sobrevivência globais ao cancro eram muito baixas, existiam poucas opções terapêuticas e as que existiam estavam associadas a importantes efeitos secundários. O aumento da prevalência de sobreviventes trouxe consciência da falta de informação sobre o seu estado de saúde e um conjunto de esforços foi gerado para compreender e atender às necessidades de cuidados de saúde dos sobreviventes, desde a criação de movimentos de apoio ao crescimento substancial da investigação sobre a sobrevivência ao cancro (Rowland, Kent & Forsythe, 2013).

As primeiras alusões à sobrevivência na comunidade médica referiam-se a pessoas que tinham estado sem doença por um período de mais de cinco anos (Mullan, 1985). No ano seguinte, o National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) propôs uma nova definição, em que uma pessoa é considerada sobrevivente desde o momento do diagnóstico. Esta última definição fomenta a esperança e chama a atenção para o envolvimento dos pacientes nas decisões clínicas que teriam importância para o seu futuro como sobreviventes, tais como, por exemplo a preservação da fertilidade (Rowland, Kent, Forsythe, Loge, Hjorth, Glaser, Mattioli, & Fossa, 2013).

Têm sido identificadas nos sobreviventes sequelas como dor, alterações do sono, alterações neurocognitivas, perturbações na sexualidade, perturbações mentais e emocionais, assim como mudanças no sentido do crescimento pós-traumático (Alfano & Rowland, 2009).

Tanto a componente física como psicológica, assim como a dimensão social sofrem alterações que comprometem o funcionamento pleno do indivíduo. O processo de adoecer é longo e acarreta diversas alterações em muitas dimensões do indivíduo. (Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira & Sales, 2005; Elsner, Trentin & Horn, 2009). Uma das dimensões mais afetadas é a sexualidade, devido aos tratamentos e às mudanças na imagem corporal que influenciam a vivência de uma sexualidade plena e satisfatória (Gianini, 2004; Melisk, Goldman & Rugo, 2010).

Como definiu a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1975) “Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love.” (WHO, 1975, p. 6). A saúde sexual é a integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, que enriquece de forma positiva e que melhora a personalidade, comunicação e o amor [nota tradução de autora]. Uma vez que a dimensão da vivência da sexualidade parece ser bastante afetada nos doentes oncológicos (Derogatis & Kourlesis, 1981; Schover, Yetman, Tuason, Meisler, Esselstyn, Hermann, Grund-fest-Broniatowski, & Dowden, 1995; Barni & Mondin, 1997; Smith, Carvalhal, Schneider, Krygiel, Yan, & Catalona, 2000; Stanford, Feng, Hamilton, Gilliland, Stephenson, Eley, Albert-sen, Harlan, & Potosky, 2000; Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen & Machin, 2003; Hawkins, Ussher, Gilbert, Perz, Sandoval & Sundquist 2009; El-lis, Smith, Wilson, Warmington & Ismail, 2010), torna-se pertinente o estudo da mesma. A maioria dos profissionais de saúde não aborda questões relativas à sexualidade no contexto clínico (Cialdini, Vincent, Lewis, Catalan, Wheeler & Darby, 1975; Aunchincloss, 1990; Kaplan, 1992; Stead, Fallowfield, Brown & Selby 2001; Serrano, 2005), concentrando-se nos resultados do tratamento, no controle de efeitos adversos não sexuais e na sobrevivência dos pacientes. Informar e elucidar acerca das potenciais implicações da doença e dos tratamentos na resposta e no

funcionamento sexual é um aspeto crucial na abordagem do doente oncológico. No entanto, grande parte dos pacientes não encontra resposta para esta necessidade ou não obtém a informação mais adequada e/ou adaptada à sua condição específica, assim como, por vezes, os profissionais de saúde não possuem a formação necessária para abordar convenientemente o assunto ou não se encontram sensibilizados para a sua importância (Lindau, Su-rawska & Paice, 2011). Uma metanálise encontrou 40% a 100% de incidência de disfunção sexual em homens e mulheres submetidos a tratamento oncológico (Derogatis & Kourlesis, 1981). Em mulheres com cancro de mama, 50% a 64% apresentam dificuldade de excitação, desejo e lubrificação (Schower, Yetman, Tuason, Meisler, Esselstyn, Hermann, Grund-fest-Broniatowski, & Dowden 1995; Barni & Mondin, 1997; Fleury, Pantaroto, & Abdo, 2011). Pacientes submetidos à prostatectomia radical referiram disfunção erétil em 60% a 90% dos casos versus 67% a 85% daqueles tratados com radioterapia para tumor de próstata (Smith, Carvalhal, Schneider, Krygiel, Yan, & Catalona, 2000; Stanford, Feng, Hamilton, Gilliland, Stephenson, Eley, Albertsen, Harlan, & Potosky, 2000). Após dois anos de radioterapia para cancro cervical, 85% das mulheres queixaram-se de baixo ou nenhum interesse sexual, 35% de dificuldade moderada a severa em lubrificar e 55% de dispareunia moderada a severa. Os tratamentos provocaram também estenose vaginal em 50% das pacientes e 45% afirmou que apenas ocasionalmente conseguia tolerar a penetração (Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen, & Machin, 2003). Ausência ou diminuição de frequência sexual e intimidade foi relatada por 59% e 79% de mulheres e homens, respetivamente (Hawkins, Ussher, Gilbert, Perz, Sandoval & Sundquist, 2009). Disfunção erétil acomete 75% dos homens, com idades compreendidas entre os 28 e 95 anos, no pós-tratamento de cancro colorretal (Ellis, Smith, Wilson, War-mington & Ismail, 2010). O facto de ser uma dimensão de cariz bastante íntimo e os doentes se encontrarem numa fase bastante delicada da sua vida, apela a uma maior sensibilidade e cuidado por parte dos profissionais que trabalham com esta população. Em 1975, a OMS, em colaboração com a Associação Mundial de Sexologia (WAS), começou um processo colaborativo para refletir sobre o estado de saúde sexual global e definir as áreas em que a OMS e seus parceiros podiam fornecer orientações aos gestores nacionais de saúde, decisores políticos e os prestadores de cuidados sobre a melhor forma de

abordar a saúde sexual. “The conclusions of this meeting were reported in the document Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. This was a historic document that paved the way for improved training of health professionals to provide the necessary sexual education, counseling and therapy. It also served as a stimulus for the development of the field of Sexology and sexual resources centers throughout the world” (WHO & PAHO, 2000, p.7). As conclusões desta reunião foram relatadas no documento Educação e Tratamento em Sexualidade Humana: A Formação de Profissionais de Saúde. Este foi um documento histórico que abriu o caminho para a melhoria da formação dos profissionais de saúde para fornecer a necessária educação sexual, aconselhamento e terapia. Ele também serviu como um estímulo para o desenvolvimento do campo da sexologia e centros de recursos sexuais em todo o mundo [nota tradução de autora]. Para melhorar a sua capacidade com as pessoas que pedem ajuda na resolução de problemas relacionados à sexualidade, é essencial para o profissional de saúde desenvolver as habilidades necessárias na arte da comunicação e da boa audição. Ele deve ser capaz de usar a terminologia apropriada, sem constrangimento, deve ser capaz de lidar com o problema enfrentado pelo indivíduo, deve ser capaz de desenvolver um bom relacionamento interpessoal e estabelecer harmonia com ele/ela de uma forma desapaixonada e ainda com simpatia e sensibilidade (WHO, 1975). Uma abordagem interdisciplinar em primeira instância, através da psicologia, psiquiatria, ginecologia, urologia, pediatria, enfermagem, serviço social e educação em saúde, é necessário para cobrir o campo da sexualidade de forma adequada.

A doença oncológica é uma das maiores causas de morte do nosso país (Araújo, Barata, Barroso, Cortes, Damasceno, Parreira, Espírito Santo, Teixeira & Pereira, 2009). Do total de óbitos ocorridos em 2013 em Portugal 23,9% foram provocadas por tumores malignos (Anuário Estatístico, 2013, INE). A par de outros países em todo o mundo, o cancro é responsável por um elevado número de mortes (Siegel, Naishadham & Jemal, 2012; Siegel, Zou & Jemal, 2014). “Cancers figure among the leading causes of morbidity and mortality worldwide, with approximately 14 million new cases and 8.2 million cancer related deaths in 2012” (World Cancer Report [WHO], Fact sheet N°297, 2014).

“ O cancro figura entre as principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes relacionadas em 2012” (Relatório Mundial do Cancro 2014, [nota tradução de autora]).

No entanto, é cada vez maior o número de sobreviventes que esta doença tem:

“The combined cancer death rate (deaths per 100,000 population) has been continuously declining for 2 decades, from a peak of 215.1 in 1991 to 171.8 in 2010. This 20% decline translates to the avoidance of approximately 1,340,400 cancer deaths (952,700 among men and 387,700 among women) during this time period.” (Siegel, Naishadham, Jemal, 2012; Siegel, Jiemin, Zou, Jemal, Cancer Statistics, 2014, p.9-29). "A taxa de morte por cancro combinados (mortes por 100.000 habitantes) tem vindo continuamente a diminuir por 2 décadas, de um pico de 215,1 em 1991 para 171,8 em 2010. Este declínio de 20% traduz se em evitar cerca de 1.340.400 mortes por cancro (952.700 entre homens e 387.700 entre as mulheres) durante este período de tempo." (nota tradução de autora).

“In 2016, 1,685,210 new cancer cases and 595,690 cancer deaths are projected to occur in the United States. Overall cancer incidence trends are stable in women, but declining by 3.1% per year in men (from 2009-2012), much of which is because of recent rapid declines in prostate cancer diagnoses. The cancer death rate has dropped by 23% since 1991, translating to more than 1.7 million deaths averted through 2012.” (Siegel, Miller & Jemal, Cancer statistics, 2016, p.7-30). Em 2016, 1,685,210 novos casos de cancro e 595,690 mortes por cancro são projetados para ocorrer nos Estados Unidos. As tendências de incidência de cancro em geral são estáveis nas mulheres, mas com redução de 3,1% por ano nos homens (2009-2012), devido às recentes quedas bruscas de diagnósticos de cancro da próstata. A taxa de morte por cancro caiu em 23% desde 1991, traduzindo-se em mais de 1,7 milhões de mortes evitadas até 2012. [nota tradução de autora].

Pretende-se com este estudo identificar a influência da doença oncológica na vivência da sexualidade do doente oncológico. Para atingir este objetivo geral foi necessário estruturar como objetivos específicos: Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação com o relacionamento sexual do

doente oncológico; Caracterizar as variáveis clínicas que influenciam a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico; Analisar a relação entre a funcionalidade familiar e a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico; Relacionar a imagem corporal com a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico; Comparar o ajustamento mental ao cancro e a satisfação do relacionamento sexual do doente oncológico;

A Organização Mundial de Saúde (2011) define cancro como: "Cancer is a generic term for a large group of diseases that can affect any part of the body. Other terms used are malignant tumours and neoplasms. One defining feature of cancer is the rapid creation of abnormal cells that grow beyond their usual boundaries, and which can then invade adjoining parts of the body and spread to other organs. This process is referred to as metastasis. Metastases are the major cause of death from cancer."(WHO | Cancer, 2011) O cancro é um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias. Uma característica definidora do cancro é a criação rápida de células anormais que crescem além de seus limites habituais, e que podem então invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos. Este processo é referido como metástase. As metástases são a principal causa de morte por cancro (OMS, 2011) [nota tradução de autora]. O cancro é uma das principais causas de morte no mundo, sendo responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012 (Cancer World Report, 2014). As causas mais comuns de morte por cancro são: cancro do pulmão com 1,59 milhões de mortes, seguido do cancro do fígado, estômago e colorretal com 745 000, 723 000 e 694 000 mortes respetivamente. O cancro da mama apresenta uma prevalência de 521 000 mortes, sendo que o cancro esofágico, é apontado como sendo responsável por 400 000 mortes (WHO- Cancer World Report, 2014). Em Portugal, do total de óbitos ocorridos em 2013, 23,9% foram provocados por tumores malignos (Anuário Estatístico de Portugal 2013 – Edição 2014, INE). Esta doença ocupa o segundo lugar nas maiores causas de morte. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2015), em Portugal no ano de 2013, ocorreram 25860 mortes devido a tumores malignos, sendo que os que registaram maior número de mortes foram o pulmão,

laringe, traqueia e brônquios, com 4327 mortes, seguido do cólon com 2724. O cancro do estômago foi responsável por 2265 mortes, e o do tecido linfático e hematopoético por 2198. O da próstata obteve um número de mortes de 1714, seguido do cancro da mama com 1653 e do cancro do pâncreas com 1369 mortes. O cancro do reto e ânus registou 1119 mortes. A previsão de casos de cancro em Portugal aponta para 2030 um aumento de cerca 25% da incidência global da doença e, simultaneamente, uma diminuição dos números de mortalidade. Isto é, um aumento do número de homens e mulheres sobreviventes a um cancro. Atualmente, os cancros com maior incidência são da mama na mulher, da próstata no homem e do colorretal em ambos os sexos. A melhoria significativa da sobrevivência a longo prazo (mais de cinco anos) e a diminuição de mortalidade que se tem verificado nos dois primeiros, deverá estender-se ao cancro colorretal, em particular com a generalização do seu rastreio (Liga Portuguesa Contra o Cancro-2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, sexualidade e intimidade são essenciais ao bem-estar e à qualidade de vida. O diagnóstico de cancro, bem como as suas diferentes abordagens terapêuticas, afetam o bem-estar psicológico e a qualidade de vida do paciente oncológico, da sua família e, especialmente, do seu parceiro. Há evidências bem estabelecidas de que o cancro e os fatores físicos, psíquicos e sociais a ele associados podem resultar em prejuízos significativos à função sexual, ao estado emocional e ao relacionamento do casal (Fleury, Pantaroto & Abdo, 2011).

“Sexuality refers to a core dimension of being human which includes sex, gender, sexual and gender identity, sexual orientation, eroticism, emotional attachment/love, and reproduction. It is experienced or expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, activities, practices, roles, relationships. Sexuality is a result of the interplay of biological, psychological, socio-economic, cultural, ethical and religious/spiritual factors. While sexuality can include all of these aspects, not all of these dimensions need to be experienced or expressed. However, in sum, our sexuality is experienced and expressed in all that we are, what we feel, think, and do” (WHO-PAHO, 2000, p.12). A sexualidade é: ”Um aspeto central do ser humano que ao longo da vida engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade

e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. Embora a sexualidade possa incluir todos estes aspetos, nem todas estas dimensões precisam ser experimentadas ou expressas. No entanto, em suma, a nossa sexualidade é vivida e expressa em tudo o que somos, o que sentimos, pensamos e fazemos “ (WHO-PAHO, 2000, p.12, [nota tradução de autora]).

O impacto da doença oncológica na sexualidade começa no dia em que o doente recebe o diagnóstico de cancro. A partir desse momento inicia-se uma travessia do deserto que, para sempre, mudará a sua vida, dividindo-a num antes e num depois. Este contexto é desde o seu início, propício ao desenvolvimento de disfunções sexuais sejam elas fruto da vivência da doença oncológica ou do tratamento que venha a ser realizado. O progressivo sucesso no tratamento do cancro tem levado a comunidade médica, em especial a dedicada à oncologia, a dar maior relevo à preservação das capacidades prévias à doença. Por um lado tem surgido um esforço cada vez maior na utilização de terapêuticas menos invasivas e menos lesivas para o doente. Por outro, é notório o investimento na reabilitação do doente e preocupação na fase pós-tratamento, tanto na recuperação das lesões secundárias à terapêutica, como das doenças, decorrentes da sobrevivência de longo prazo que, após alguns anos surgem nos sobreviventes de cancro.

Entre as capacidades que se tem procurado conservar está a possibilidade de viver a sexualidade de forma tão completa quanto possível, no contexto próprio de cada doente. Contribuir para a manutenção da intimidade sexual é um pequeno, grande passo no sentido de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de cada um (Silva, Ramos & Silva, 2014).

O impacto sobre o quotidiano do doente neoplásico não se resume apenas às sequelas funcionais e morfológicas provocadas pelos tratamentos médicos (radioterapia ou quimioterapia) ou cirúrgicos. O medo da evolução neoplásica e da morte, os sentimentos de ansiedade, apreensão, dúvida e expectativas perante

a doença oncológica são comuns. As alterações do humor e do comportamento que oscilam entre a depressão, a apatia, a resignação, a recusa social, o isolamento e o desinteresse pelas actividades diárias afectam de modo transversal o doente oncológico no decurso da doença. Todos estes estados de espírito têm impacto na qualidade de vida do doente, bem como nas suas motivações pessoais e na forma de relacionamento com todos os que interagem na sua vida pessoal e íntima (Jefford, Karahalios, Pollard, Baravelli, Carey, Franklin, Aranda, & Schofield, 2008; Simard, Thewes, Humphris, Dixon, Hayden, Mireskandari, & Oza-kinci, 2013).

A fadiga, a anorexia, as náuseas e os vómitos que são consequência da própria doença ou do seu tratamento afectam igualmente a qualidade de vida do doente. Todos estes factores interagem e potenciam-se afectando o líbido e a sexualidade do doente oncológico (Dinis & Barros, 2014). A sexualidade é na maioria dos doentes mais atingida pelos tratamentos a que o doente é submetido do que propriamente pela doença em si. Para o doente com cancro o tratamento pode ser uma combinação de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia ou imunoterapia. Consideremos agora as principais consequências destes tratamentos de um ponto de vista geral:

As consequências do tratamento cirúrgico derivam da exérese do tumor que em si mesma pode envolver estruturas importantes para a sexualidade do doente, como o pénis ou a mama ou de estruturas a ele adjacentes (exemplo dos feixes vasculonervosos no caso da prostatectomia radical) lesadas no processo de disseção ou como forma de obter margem de segurança livre de doença.

Também cirurgias em zonas de grande impacto visual nomeadamente ao nível da cabeça e pescoço, cirurgias com necessidade de amputação de membros ou de construção de ostomias (de eliminação, respiração ou alimentação), tem uma forte componente inibidora das relações interpessoais e consequentemente da sexualidade e intimidade sexual.

Apesar da evolução dos últimos anos, a quimioterapia continua a ser responsável por múltiplos efeitos secundários que interferem com o bem-estar do indivíduo (cansaço, náuseas, vómitos, diarreia) ou com a sua imagem corporal (queda de cabelo). Vários citostáticos são também tóxicos para as

células germinativas, interferindo com o potencial de fertilidade do indivíduo. Nestes casos deve partir do profissional de saúde a proposta de criopreservação de gâmetas. Deve também ser tido em consideração o impacto da quimioterapia no tecido endócrino. Uma das consequências mais nefastas para a sexualidade e fertilidade dos doentes é o hipogonadismo secundário, que apesar da possibilidade da suplementação hormonal, não permite o normal desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e geração de gâmetas.

Estudos de qualidade de vida com mulheres submetidas a radioterapia pélvica, evidenciam referências a uma significativa redução do desejo sexual e da lubrificação vaginal e uma frequência aumentada de dispareunia em comparação com grupo de controlo saudável. A Radioterapia pélvica é apresentada como responsável por alterações da anatomia e função vaginal, ovárica, vesical e ou intestinal associados a alterações do bem-estar geral, nomeadamente astenia e anorexia, necessário para o envolvimento sexual. São as alterações de cariz vascular, neurológico e estrutural, como a fibrose, que no seu conjunto alteram o normal funcionamento de estruturas e até a anatomia do doente. Na região pélvica feminina, a fibrose vaginal, a secura, encurtamento, hemorragia são alterações presentes e limitantes da actividade sexual, no homem a fibrose dos vasos, edema, dor ejaculatória são factores que condicionam o normal mecanismo de erecção e de satisfação sexual.

À semelhança da quimioterapia, o impacto na fertilidade tanto no homem como na mulher, advém da especial sensibilidade das células germinativas à radiação. Consoante a dose de radiação estas alterações podem ser ou não reversíveis. Na mulher a preservação da fertilidade pode passar pela ooforopexia ou preservação de tecido ovárico (por vitrificação) ou colheita de oócitos.

A hormonoterapia interfere com os níveis circulantes de androgénios e/ou estrogénios bem como, com o seu efeito nos tecidos. Tanto no homem como na mulher o desejo sexual está dependente de androgénios e a sua redução na circulação tem como efeito o desejo hipoactivo e a dificuldade em atingir o orgasmo. O bloqueio androgénico pode também gerar alterações da imagem corporal como ginecomastia, alterações da pilosidade e dimensões do pénis e testículos que por si só desencadeiam alterações de identidade de género e de aceitação da nova imagem corporal (Silva, Ramos, & Silva, 2014).

A imunoterapia é o tratamento que, através do sistema imunitário do hospedeiro, permite tratar ou controlar o cancro, é usada para provocar “luta” entre o sistema imunitário do hospedeiro e o tumor, usando antigénios tumorais como “alvo”. De forma global, os efeitos secundários deste tipo de tratamentos relacionam-se com as alterações induzidas através do sistema imunitário: febre, dores musculares, arrepios, fadiga, anorexia e vómitos (Sharma, Wagner, Wolchok & Allison, 2011; Namm, Li, Lao, Lubman, He, Liu, Zhu, Wei, & Chang, 2012).

Uma pesquisa, realizada na Escola Politécnica Federal de Lausana, na Suíça, descobriu que uma proteína chamada “receptor de fígado homólogo 1” (LRH-1) é a responsável pela digestão da glutamina em pequenas moléculas, que são então avidamente consumidas pelas células hepáticas cancerosas. Encerrar esta via, inibindo o LRH-1, anula a utilização da glutamina como combustível e leva as células cancerosas a uma tremenda angústia metabólica“. Estas conclusões abrem assim, a porta para novas formas de tratamento do cancro do fígado, podendo, nomeadamente, levar ao desenvolvimento de medicamentos eficazes contra a doença (Xu, Oosterveer, Stein, Demagny, Ryu, Moullan, Wang, Can, Zamboni, Comment, Auwerx, & Schoonjans, 2016).

O tratamento do cancro está a evoluir. O diagnóstico de cancro transforma a pessoa em doente; o tratamento tem transformado o doente em sobrevivente.

A doença oncológica e o seu tratamento comportam mudanças significativas que comprometem o funcionamento físico, psicológico e social da pessoa. O impacto psicológico provocado pela confirmação do diagnóstico aliado ao impacto físico da patologia em si ou dos tratamentos realizados podem comprometer de forma significativa o prazer sexual ou a vivência de uma vida sexual saudável e satisfatória (Sacerdoti, Lagana & Koopman, 2010).

A sexualidade não se resume à genitalidade, abrangendo outros factores imprescindíveis para experienciar esta dimensão na sua plenitude. Encontra-se intimamente ligada ao próprio desenvolvimento humano, à manifestação da identidade de cada um, à intimidade com o próprio corpo; é parte integrante das

relações interpessoais como forma de comunicação e expressão de sentimentos, contribui para melhorar a qualidade de vida (World Health Organization, 2004).

Os estudos mostram que cerca de 59 a 79% das pessoas com doença oncológica apresentam uma diminuição significativa da atividade sexual, ou até mesmo a sua cessação, após a confirmação do diagnóstico de cancro (Hawkins , Ussher & Gilbert , 2009). Se, em algumas situações, os problemas sexuais são anteriores à doença oncológica, noutras as dificuldades podem ir emergindo com o curso da doença e/ou dos tratamentos. No caso de pacientes oncológicos sem perturbações sexuais prévias, o diagnóstico ds mesmas está inevitavelmente relacionado com a condição médica.

Existe evidência empírica que mostra de forma consistente que a doença oncológica, independentemente da sua localização ou estadio, assim como os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais a ela associados podem resultar um prejuízo significativo ao nível do funcionamento sexual e relacional do doente (Gurevich, Bishop, Bower, Malka & Nyhof-Young, 2004).

Na nossa cultura continua a existir um conjunto de mitos e de falsas crenças acerca da doença e da sexualidade. No contexto da doença oncológica os mitos sexuais mais comuns estão relacionados com a crença de que os doentes oncológicos não tem desejo sexual ou que o sexo não é importante perante um diagnóstico oncológico, e que por essa razão, deve ser relegado para segundo plano, ou ainda que é inapropriado fazer sexo ou sentir desejo sexual em certos momentos do curso da doença ou durante os tratamentos (Abrantes, 2003). Outras crenças comuns prendem-se com a ideia generalizada de que a atividade sexual depende muita energia e por isso pode ser nociva a quem se encontra fisicamente debilitado ou ainda a crença e os mitos acerca do contágio do cancro por via sexual (Abrantes, 2003).

Ainda que para alguns casais a sexualidade possa não constituir uma prioridade imediata perante o diagnostico de cancro, em algum momento do curso da doença o casal sentirá necessidade de abordar questões do foro sexual, e poucos serão aqueles que o farão de uma forma espontânea, seja por falta de à vontade ou de oportunidade. O casal com queixas de dificuldades sexuais anteriores ao diagnóstico oncológico irá deparar-se com dificuldades acrescidas

neste campo e poderá beneficiar de um acompanhamento especializado em oncosexologia (Pascoal, Raposo & Gomes, 2015).

A possibilidade de realizar os tratamentos em regime de ambulatório, faz com que as famílias sejam cada vez mais o suporte principal para o doente oncológico (Northouse, Williams, Given & McCorkle, 2012).

Quando uma pessoa adoece com cancro, toda a família é envolvida no percurso da doença. É no seio da família que a vivência da experiência do cancro se vai desenrolar, e todos os membros vão ser influenciados por este acontecimento de vida tão exigente e gerador de tantas mudanças na pessoa que adoece, mas também no sistema familiar onde está inserida (Blum & Sherman, 2010).

O cônjuge, é na maioria das vezes, o cuidador principal que acompanha o doente. Um estudo avaliou o *distress* psicológico em doentes com cancro em fase avançada e também nos cônjuges, encontrando 38,9% destes com sintomatologia depressiva significativa, comparando com 23% dos doentes (Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh, & Rodin, 2007).

O aumento das exigências com a doença resulta no aumento dos níveis de depressão no casal que, por sua vez, afeta negativamente a sua adaptação. A dificuldade de adaptação do casal está relacionada com menor capacidade da família para lidar com os problemas. Quando o casal refere menos qualidade conjugal ou tem menos capacidade para lidar com os problemas, todo o funcionamento familiar declina (Lewis & Hammond, 1996).

A qualidade da relação conjugal constitui um aspeto significativo da adaptação do doente ao diagnóstico e ao tratamento (Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris, & Antoni, 2005). Por um lado, pode ocorrer um melhor ajustamento conjugal depois do diagnóstico de cancro, o que depende da qualidade da comunicação, da proximidade emocional e da intimidade. Por outro lado, a relação conjugal surge como um dos aspetos mais deteriorados depois do diagnóstico, o que se relaciona justamente com as dimensões da comunicação e da intimidade entre os cônjuges (Manne, & Badr, 2008).

A avaliação das famílias pode ser realizada em qualquer momento da fase da doença, preferencialmente no momento do diagnóstico, quando é

possível, mas também poderá ter lugar em qualquer transição no decurso do tratamento. Essa avaliação permite identificar os elementos com mais probabilidade de vir a desenvolver problemas de ordem física e/ou psicológica (Schumacher, Stewart, Archbold, Caparro, Mutale, & Agrawal, 2008).

A imagem corporal abrange mais do que atributos físicos. O termo "imagem corporal" também descreve a plenitude, funcionalidade e capacidade de alguém para se relacionar com os outros. A imagem corporal é parte da auto-estima de cada pessoa (Brandão & Matos, 2015).

A doença oncológica e os tratamentos a ela associados podem provocar alterações significativas ao nível da aparência física e da auto-imagem corporal do doente. Existem doentes que imediatamente após a notícia do diagnóstico começam a olhar o seu corpo de uma forma diferente; outros, dominados pela sensação de falta de controlo sobre o diagnóstico e curso da doença, deixam de reconhecer o corpo como seu, o que implica consequências significativas na expressão da sua sexualidade. Perante o sentimento de perda da sua feminilidade/masculinidade, o doente oncológico pode sentir-se um parceiro sexual menos atraente, menos competente e incompleto, ou até mesmo antecipar a rejeição por parte do parceiro em virtude da sua condição, o que pode conduzir ao evitamento da intimidade e ter consequências significativas ao nível do funcionamento sexual e do relacionamento conjugal (Pascoal, Raposo & Gomes, 2015).

O cancro da mama feminino é um dos mais temidos, por afetar não apenas o corpo anatómico, mas principalmente alguns aspectos psicossociais da paciente. Entre estes, destaca-se a sua imagem corporal. Uma revisão sistemática de artigos que abordaram a imagem corporal no cancro da mama, concluiu que este acaba por adoecer também a imagem corporal da mulher assistida, e que o seu impacto varia conforme o tipo de procedimento cirúrgico escolhido, os tratamentos complementares adotados, a rede de apoio que rodeia a paciente e as suas características individuais. A alteração na imagem corporal tem múltiplas implicações na vida sexual e conjugal da mulher, afetando as relações com o seu círculo social e consigo mesma, influenciando a sua autoestima e o seu sentimento de feminilidade e podendo levar a sintomas de ansiedade e depressão (Almeida, Guerra, & Filgueiras, 2012).

Contudo, não é só no cancro da mama que se verificam alterações na imagem corporal.

Um estudo sobre a relação entre o distúrbio de imagem corporal e a angústia, em pacientes com cancro colorectal com e sem estoma, confirmam que a presença de estomas tem um impacto negativo sobre a imagem corporal de pacientes com cancro colorretal. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores, que sugerem consequências psicossociais da formação de estoma que, incluem problemas sexuais, diminuição do funcionamento social e aumento dos níveis de sintomas depressivos (Sharpea, Patela, & Clarke, 2011).

Estima-se que 40% dos sobreviventes de cancro retal indicam problemas de imagem corporal que sugerem a deterioração clinicamente significativa no primeiro ano pós-tratamento (Pucciarelli, Del Bianco, Efficace, Serpentine, Capirci, De Paoli, Amato, Cuicchi, & Nitti, 2011). Até 5 anos pós-tratamento, os sobreviventes relatam imagem corporal mais pobre do que amostras normativas de base populacional (Thong, Mols, Lemmens, Rutten, Roukema, Martijn, van de Poll-Franse, 2011). Da mesma forma, mulheres tratadas para o cancro anal, reportam sentir-se 'mutiladas' e menos femininas e descrevem a imagem corporal como um problema recorrente mais de 3 anos pós-tratamento (Corte, Lefèvre, Dehnis, Shields, Chaouat, Tiret, & Parc, 2011). A relação entre a imagem corporal e a sexualidade está bem estabelecida na população em geral, e uma revisão recente concluiu que a imagem corporal pode afetar “todos os domínios do funcionamento sexual “ (Woertman, & van den Brink, 2012). A função sexual pós-tratamento é muitas vezes o resultado de uma combinação de efeitos físicos do tratamento (por exemplo, secura vaginal e reduzida elasticidade vaginal) e factores psicológicos incluindo a imagem corporal (Breukink, & Donovan, 2013).

Num estudo sobre a imagem corporal e função sexual em mulheres após tratamento de cancro retal, 49% da amostra referiu dois ou mais problemas de imagem corporal, e 28% descreveram sentindo-se um pouco ou muito preocupados com pelo menos um problema. (Bento, Philip, Baser, Carter, Schuler, Jandorf, Du-hamel, & Nelson, 2016).

Entre todos os tipos de cancro, o da cabeça e pescoço apresenta uma peculiaridade que difere radicalmente dos demais tipos de cancro, pois os tumores localizam-se na face, afetando a região do rosto, que é de suma importância para os contatos interpessoais, sociais e para a elaboração da imagem corporal do indivíduo (Redko, 1994). A mutilação facial e o déficit de vários órgãos sensoriais acrescentam maior incapacidade, sendo que quase metade destes pacientes não retoma a sua atividade profissional, mesmo após a conclusão dos tratamentos (Galbiatti, Padovani-Junior, Maníglia, Rodrigues, Pavarino, & Goloni-Bertollo, 2013). Um estudo de doentes com tumores na cabeça e pescoço sujeitos a cirurgia, concluiu 75% exprimiam preocupações sobre as alterações da imagem corporal, um terço teria desejado apoio para se adaptar e que a insatisfação com a auto-imagem condicionava negativamente a qualidade de vida, nos domínios emocional, funcional, físico e social (Fingeret, Yuan, Urbauer, Weston, Nipomnick, & Weber, 2012). O maior nível de preocupação com a imagem corporal pré-operatória estava relacionado com a angústia sobre as mudanças de aparência e sua percepção nas consequências sociais (Teo, Fronczyk, Guindani, Vannucci, Ulfers, Hanasono, & Fingeret, 2016).

A auto-imagem pode também ser afetada pelas alterações físicas causadas pelo cancro ginecológico e /ou pelo seu tratamento. Muitas mulheres relatam sentir-se menos desejáveis e atraentes, menos sensuais e femininas, o que pode diminuir os sentimentos positivos de identidade sexual e reflectir-se na própria atitude perante o sexo e a intimidade (Abrantes, 2003).

Uma revisão sistemática da literatura, com 37 artigos analisados, concluiu que mais de um quarto dos estudos, identificou alterações na imagem corporal das mulheres e na identidade como sendo sexual, com os sobreviventes de um estudo a relatar que o ajuste às mudanças nos seus corpos, estava entre os problemas mais desafiadores enfrentados em sobreviver ao cancro ginecológico. Preocupações relacionadas com a imagem negativa do corpo, sentindo-se sexualmente menos atraente, sentindo como se algo estava faltando ou falta de sensação como um todo foram descritos em doze estudos (Abbott-Anderson, & Kwekkeboom, 2012).

O tumor do testículo por incidir numa população particularmente jovem, implica delicadas questões relacionadas à auto-imagem e autoconceito ligadas à virilidade e a preservação da fertilidade. Muitos homens optam pela colocação da prótese testicular pelo efeito estético e óbvio benefício da auto-imagem (Ramos, & Monteiro, 2015).

O doente com patologia oncológica sofre mudanças, designadamente físicas (alterações da imagem corporal), psicológicas, sociais (perda de papéis) e espirituais (perda do sentido da vida). Entre as alterações psicológicas mais evidentes, apontam-se a ansiedade, a depressão, a expressão de sentimentos de medo, a raiva, a revolta, a desesperança, a culpa e os sentimentos suicidas (Pereira & Lopes, 2005).

O ajustamento mental à doença oncológica implica a utilização de estratégias de *coping* que permitem lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a doença (Varela & Leal, 2007).

A dificuldade do ajustamento mental ao cancro da mama nas mulheres jovens, em comparação com as mulheres mais velhas, foi constatado por Ganz, Desmond, Leedham, Rowland, Meyerowitz, e Belin (2002), tendo concluído dever-se ao impacto que a doença exerce nos planos de vida futura. A importância de minimizar a quantidade de perturbações causadas pela experiência do cancro e aumentar os aspetos relacionados com a saúde e qualidade de vida, foi verificada no estudo sobre os resultados psicossociais em adultos jovens com cancro: sofrimento emocional, qualidade de vida e crescimento pessoal, de Monteiro, Torres, Morgadinho e Pereira (2013). Os pacientes com cancro tiveram pontuações menores do que o grupo controle, nas funções cognitivas e domínios sociais de qualidade de vida, e no crescimento pessoal.

Outros estudos demonstram que existem diferenças significativas entre a escolaridade e o ajustamento mental ao cancro da mama. Num estudo realizado em 74 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, Fernandes (2009) concluiu que mulheres com menor escolaridade utilizam mais a estratégia de desânimo-fraqueza e mulheres com escolaridade superior recorrem mais à estratégia de espírito de luta.

Com o objectivo de avaliar a percepção de suporte social em mulheres com cancro da mama um estudo verificou que entre o período de comunicação de diagnóstico até um ano após o diagnóstico, as mulheres relataram diminuição da percepção de suporte emocional, afetivo, material e de interacção social positiva. Contudo, após este período, as mulheres referiram melhor suporte emocional, afetivo e material (Lee, Park, Lee, Ro, Kang, Shin, Lee, Chung, Kim, & Yun, 2010). Um estudo sobre, Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental (TCC) Para Sobreviventes de Cancro da Mama: Descrição de um Programa e Avaliação Preliminar da sua Eficácia, de Torres, Pereira e Monteiro (2012), realçam que a terapia de grupo é uma mais-valia considerável no contexto económico em que vivemos atualmente.

O ajustamento mental à doença oncológica implica a utilização de estratégias de *coping* que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a doença (Varela & Leal, 2007). A eficácia das estratégias de *coping* deve-se por um lado ao controlo do desconforto emocional e, por outro lado, à capacidade de gestão do problema que o origina (Lazarus & Folkman, 1984). Vários estudos têm-se debruçado em determinar a relação entre as estratégias de *coping* e o ajustamento mental e perceber como é que estas estratégias variam em função das variáveis sócio-demográficas. Varela e Leal (2007), num estudo com 84 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, (em que 38 se encontravam a realizar tratamentos para o cancro da mama e 46 já os haviam terminado), verificaram que as estratégias de *coping* mais utilizadas são o Espírito de Luta e o Fatalismo e a menos utilizada é o Desânimo/Fraqueza. Notaram, ainda, que apenas a escolaridade predizia a utilização da estratégia preocupação ansiosa, sendo que quanto maior o nível de escolaridade da mulher menor a utilização desta estratégia. Fernandes (2009) verificou que a depressão era um preditor significativo da preocupação ansiosa, sendo que maior depressão estaria associada a maior utilização desta estratégia de *coping* pelas mulheres durante o período de diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

O estado civil parece igualmente associar-se ao ajustamento mental. As mulheres casadas e as que vivem em união de facto recorrem mais a preocupação ansiosa comparativamente com as mulheres divorciadas e viúvas.

Este facto pode ficar a dever-se à circunstância de vivenciarem uma relação afectiva muito próxima com um parceiro que temem poder vir a ficar sozinho, no caso do desfecho negativo da doença. Outros estudos não encontraram uma relação entre o estado civil ao nível do ajustamento mental à doença oncológica (Varela & Leal, 2007).

A associação entre o suporte social e o ajustamento mental ao cancro foi verificado em Cícero, Coco, Gullo, e Verso (2009), concretamente, a percepção que o suporte social estava positivamente relacionado com a dimensão espírito de luta e negativamente relacionado com o fatalismo. A percepção da gravidade da doença evidenciou, como esperado, uma correlação significativa com as estratégias de *coping* de Desânimo/Fraqueza e Preocupação Ansiosa, mostrando que quanto mais grave é percebida a doença pelo doente, maiores níveis de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa apresenta (Batista, Cunha, Galhardo, Couto, 2016).

As mulheres sobreviventes de longo prazo de cancro ginecológico, experimentam mudanças profundas nas suas vidas e tiveram de se adaptar a novas formas de viver. Sentindo-se sozinhas, não receberem informações e orientações suficientes após o tratamento, a gestão da ansiedade, as mudanças corporais e a menopausa provocada foram descritos como uma viagem solitária, especialmente a nível psico-social. Sobreviver ao cancro implica viver com mudanças de vida profundas, exigindo assim regimes de acompanhamento existentes que precisam de melhorar o foco sobre os aspectos psico-sociais, informação e orientação (Sekse, Raaheim, Blaaka, & Gjengedal, 2010). Confiança e auto-estima sexual são importantes para as mulheres sentirem se confortáveis durante o sexo (Woertman, & van den Brink, 2012). A incapacidade para relaxar e desfrutar o sexo era um problema para 71% de sobreviventes de cancro anal (Das, Cantor, Parker, Zampieri, Baschnagel, Eng, Delclos, Krishnan, Jan-jan, & Crane, 2010). Outras questões referidas nas mulheres são ansiedade e medo de recorrência ou novo cancro. Um questionário de auto-relato para avaliar o resultado psicossocial e cuidados de suporte entre os sobreviventes a longo prazo, refere que quase 90% dos sobreviventes relataram necessidades de cuidados de suporte relacionadas com a sobrevivência

existencial e tratamento do cancro abrangente (Hodgkinson, Butow, Fuchs, Hunt, Stenlake, Hobbs, Brand, & Wain, 2007).

Os resultados de um estudo sobre a Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção, sugerem que o cancro da mama reveste-se de diferentes implicações na QdV consoante a fase da doença. Adicionalmente, evidenciam o importante contributo do nível de escolaridade e do recurso a estratégias de coping Cognitivas Activas, enquanto factores protectores da QdV, bem como o efeito negativo de estratégias de Evitamento que, contrariamente, colocam em risco a QdV da mulher (Silva, Bettencourt, Moreira, & Canavarro, 2011).

É hoje amplamente reconhecido que a obtenção de informações sobre as alterações sexuais depois do cancro, está associado com o ajuste positivo psicológico e sexual, o que levou a recomendação de que a educação e a formação dos profissionais de saúde que atuam em oncologia deve incluir um foco em questões sexuais (Carr, 2007; Hordern, & Street, 2007; Perz, Ussher, & Gilbert, 2013). O estudo de Haboubi e Lincoln (2003) mostra que os profissionais de saúde concordam que a abordagem questões sexuais devem ser uma parte integrante do cuidado holístico dos pacientes. No entanto, a maioria dos profissionais (86%) não são susceptíveis de discutir questões sexuais com os seus pacientes. Pesquisas anteriores sobre o cancro e sexualidade tem se concentrado em grande parte nos tumores que afetam diretamente os órgãos sexuais ou reprodutivos, como a próstata, testículos, mama e cancro ginecológico (Gilbert, Ussher, & Perz, 2011; Galbraith, Fink, & Wilkins, 2011; Jankowska, 2012). No entanto, há evidências de também existir um impacto sobre o bem-estar sexual de pessoas com cancro nos aparelhos não reprodutores, tais como por exemplo o cancro do pulmão e colo-rectal (Carolan, Meneses, Shell, & Zhang, 2008; Ramirez, McMullen, Grant, Altschuler, Hornbrook, Krouse, 2010). As mulheres sexualmente ativas (81%) indicam níveis de disfunção sexual clinicamente significativos. Esta taxa é mais elevada do que a de um grupo de sobreviventes de cancro, principalmente ginecológico e cervical em que 52% preencheram os critérios de diagnóstico para a disfunção sexual baseado no FSFI (Female Sexual Function Index) (Baser, Li, & Carter, 2012).

A disfunção sexual é uma consequência comum do tratamento do cancro, afetando pelo menos metade dos homens e mulheres tratados devido a tumores pélvicos e mais de um quarto das pessoas com outros tipos de cancro. Os problemas são geralmente ligados a danos nos nervos, vasos sanguíneos, e hormonas que fundamentam a função sexual normal. A disfunção sexual pode também ser associada com depressão, ansiedade, conflito de relacionamento e perda de auto-estima. Inovações no tratamento do cancro, tais como a cirurgia robótica ou radioterapia mais focalizada não tiveram o resultado esperado de reduzir a disfunção sexual. Alguns novos e eficazes tratamentos contra o cancro, incluindo inibidores da aromatase para o cancro da mama ou quimiorradiação para o cancro anal também têm morbidade sexual muito grave. Infertilidade relacionada com o cancro é um problema para os doentes mais jovens, que representam uma percentagem muito menor de sobreviventes total de cancro. No entanto, o impacto emocional de longo prazo de ser incapaz de ter um filho após a doença pode ser extremamente angustiante. Os avanços no conhecimento sobre como os tratamentos podem prejudicar a fertilidade, assim como novas técnicas para preservar a fertilidade, oferecem esperança para os pacientes. Infelizmente, as pesquisas nos países industrializados confirmam que muitos pacientes com cancro ainda não são informados sobre possíveis alterações na sua função sexual ou na fertilidade, e todas as modalidades de preservação da fertilidade permanecem subutilizadas (Schover, Kaaij, Dorst, Creutzberg, Huyghe, & Kiserud, 2014).

Nos Estados Unidos cerca de dois terços das sobreviventes de cancro tratadas para tumores pélvicos ou mamários, apresentam uma prevalência de pelo menos 50% disfunção sexual grave de longo prazo (Sadovsky, Basson, Krychman, Morales, Schover, Wang, & Incrocci, 2010). A situação é susceptível de ser semelhante em toda a Europa, dada a comparável prevalência dos mesmos tipos de cancro (Rowland, Kent, Forsythe, Loge, Hjorth, Glaser, Mattioli, & Fossa, 2013).

As taxas de problemas sexuais são perto de 33% em sobreviventes de cancro infantil, com as mulheres duas vezes mais propensas que os homens para relatar disfunção (Bober, Zhou, Chen, Manley, Kenney, & Recklitis, 2013).

Vários estudos têm relatado que o funcionamento sexual piora no segundo e terceiro anos após o diagnóstico e tratamento do cancro (Bloom, & Kessler, 1994; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Petersen, 1996). Dois anos após o tratamento do cancro de mama, as mulheres tinham 60% menos interesse sexual e atividade sexual, de acordo com sua própria auto-avaliação, do que tinha antes tratamento do cancro (Lindley, Vasa, Sawyer, & Winer, 1998).

Nos Estados Unidos, 10 anos de *follow-up* em doentes com cancro da próstata, revelou que mais de 95% dos homens em cada grupo de tratamento do cancro de próstata tiveram problemas de ereção (Taylor, Luta, Miller, Church, Kelly, Muenz, Davis, Dawson, Edmond, Reding, Mabie, & Riley, 2012). Outro estudo prospectivo de coorte relatou recentemente que em 15 anos de *follow-up*, 87% dos homens com doença localizada têm disfunção erétil (Resnick, Koyama, Fan, Albertsen, Goodman, Hamilton, Hoffman, Potosky, Stanford, Stroup, Van Horn, & Penson, 2013).

A maioria dos pacientes ostomizados intestinais não consegue voltar a uma vida sexual com facilidade, ou retorna parcialmente, em decorrência de problemas com o dispositivo, vergonha, odor, e rejeição do parceiro. Estudo demonstra que a compreensão e aceitação do parceiro sexual do ostomizado constituem uma das peças fundamentais para o melhor reajuste sexual (Altschuler, Ramirez, Grant, Wendel, Hornbrook, Herrinton, & Krouse, 2009).

Muitos participantes sofreram uma ou mais disfunções sexuais muitas vezes causando sentimentos de angústia. A maioria dos participantes relataram ter sido questionados sobre o seu funcionamento sexual, embora a atenção para o funcionamento sexual foi muitas vezes limitada e orientada somente por intervenção medicamentosa. Considerado a sexualidade um tema tabu por muitos profissionais de saúde (Lindau, Surawska & Paice, 2011) prejudica-se alguns doentes ao não realizar o seu encaminhamento para consultas de sexologia e em simultâneo alguns doentes também não apresentam uma atitude ativa para procurar ajuda. Muitos participantes desejavam informações sobre as consequências do tratamento no funcionamento sexual, conselhos práticos sobre como lidar com disfunções, e a informação de que é comum a experiência de disfunção sexual na doença oncológica. A pesquisa na *internet* foi considerada geralmente o primeiro recurso útil e acessível para obter informações sobre o

funcionamento sexual depois do cancro (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout, Kuile, 2016).

O aumento de irritabilidade e de episódios de choro nos primeiros 6 meses após cirurgia ao cancro da mama foi relatada por 60% das pacientes (Biglia, Moggio , Peano, Sgandurra , Ponzzone, Nappi, & Sismondi, 2010). Sabendo que a depressão está altamente relacionada com a perda do desejo, os profissionais precisam discutir a relevância de tal comorbidade em questões intrapessoais e interpessoais (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

Na medida em que o funcionamento sexual, apresentou pontuações abaixo da faixa de normalidade para metade da amostra: provou que a vida sexual não era satisfatória, mesmo antes do início do tratamento adjuvante para o cancro da mama. Disfunção sexual na faixa etária pré-menopausa é comum (Stuckey, 2008) mas estes dados são ainda mais alarmantes, se considerarmos o agravamento da actividade sexual destas mulheres jovens após 6 meses de tratamento e também após 1 ano da cirurgia. Este estudo mostrou que o tratamento adjuvante para o cancro da mama em pacientes jovens tem um forte impacto negativo na qualidade de vida em diferentes domínios, especialmente sobre os sintomas da menopausa, sexualidade, e peso corporal (Biglia, Moggio, Peano, Sgandurra, Ponzzone, Nappi , & Sismondi, 2010).

A presença da doença crónica e em especial a doença oncológica é altamente debilitante e interfere em todas as dimensões do ser humano. Os avanços terapêuticos tem sido fundamentais para a sobrevida destes doentes mas manter a qualidade de vida e a funcionalidade em todas as dimensões da vida é também um desafio para os profissionais que acompanham estes doentes.

2 - Metodologia

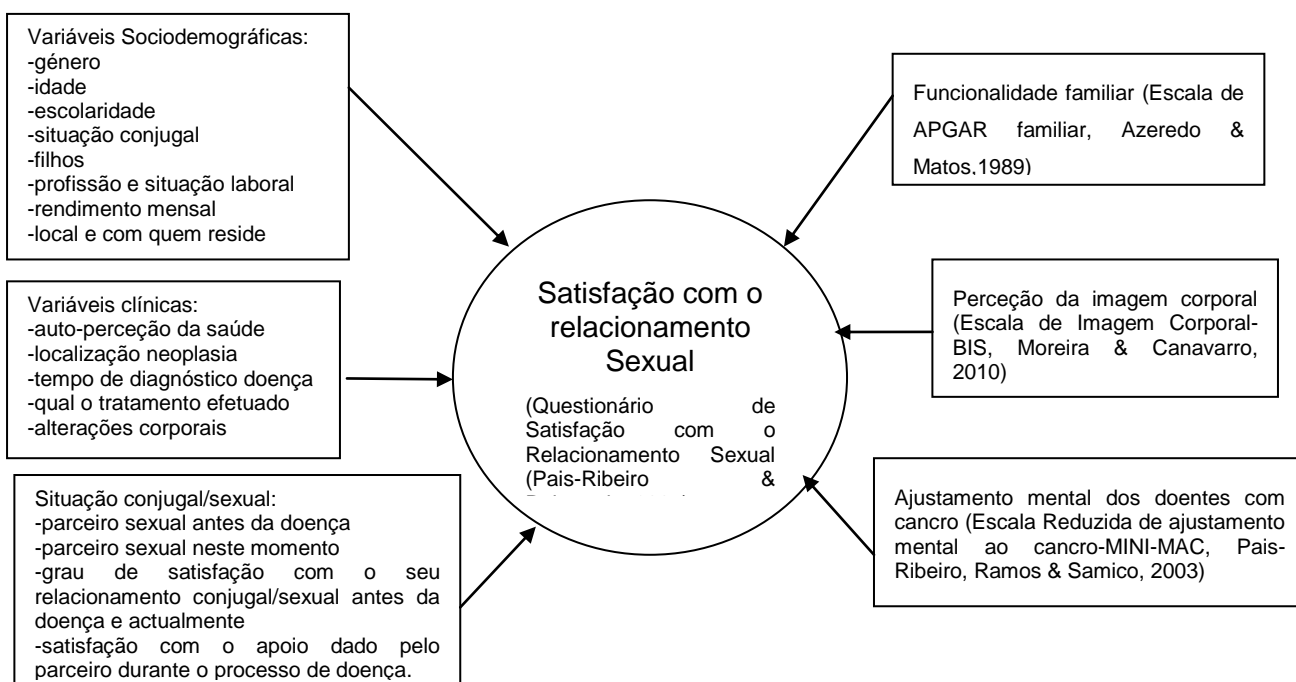
Neste capítulo apresentamos a metodologia realizada. Alicerçado no enquadramento teórico pesquisado, definimos os procedimentos acionados como facilitadores da resposta às questões inicialmente formuladas. Descrevemos e explicamos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem final, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico realizados.

Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica dos estudos/investigações que emergiram na área, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e atual.

Métodos

Realizada uma pesquisa de natureza quantitativa, exploratória e descritivo-correlacional. Com amostra não probabilística por conveniência, constituída por 330 utentes utilizadores do serviço de Hospital de Dia Hemato-Oncológico do Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E, sem anomalia cognitiva aparente e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. A colheita de dados decorreu durante os meses de março e abril de 2016. A ferramenta de cálculo utilizado é o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 23.0 para Windows.

Esquema 1 – Desenho de investigação



Foram recolhidos 402 questionários, mas devido a falha de preenchimento/respostas em algumas questões, foram eliminados 17,91% dos questionários. Para o estudo em questão recorremos a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 330 sujeitos.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão, idade superior a 18 anos, não apresentarem anomalia cognitiva aparente e que aceitem participar voluntariamente no estudo e como critérios de exclusão, analfabetismo ou défice motor que impeça o auto-preenchimento.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Como se encontra sistematizado na Tabela 1, a amostra é constituída por 61,5% mulheres e 38,5% homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos ($M= 56,05$; $DP= 12,16$). Dada a amplitude de variação encontrada, e para uma melhor interpretação dos resultados, constituímos grupos homogêneos relativos às frequências observadas. Verificamos que a maioria dos utentes possui idades entre os 61-70 anos (29,09%), seguidos dos utentes com idades compreendidas entre os 51-60 anos (28,48%). A classe de utentes com idades superiores a 71 anos é a que está menor representada na nossa amostra com 11,21%. Através da análise verificamos que a maioria das mulheres possui idades entre os 51-60 anos (33%), seguidas das mulheres com idades compreendidas entre os 41-50 anos (24,63%), a classe de mulheres com idades >70 anos é a que está menor representada na nossa amostra com 6,89%. Nos homens verificamos que a maioria possui idades entre os 61-70 anos (41,73%), seguidos da faixa etária dos 51-60 anos (21,25%) e a classe etária masculina menor representada é a <40 anos com 7,08%.

Em relação às habilitações literárias verificamos que a maioria dos participantes da nossa amostra, num total de 22,72% tem o 2º ciclo como habilitações literárias, seguidos de 22,12% dos utentes com apenas o 1º ciclo e finalmente com 20,30%, 18,18% e 16,66% que possui ensino secundário, um curso superior e o 3ª ciclo respetivamente. Constatamos que a maioria das mulheres da nossa amostra, num total de 22,66% tem o ensino secundário como habilitações literárias, seguidas de 21,18% das mulheres com apenas o 2º ciclo e finalmente com 20,19% que possui um

curso superior. Nos homens a maioria com 30,70% recai no 1º ciclo, seguidos de 25,19% com o 2º ciclo e finalmente com 16,53% o ensino secundário.

No que diz respeito ao estado civil, sentimos necessidade de recodificar e associar o estado civil de solteira com o de divorciada/viúva.

Verificamos que 81,1% da amostra no global é casada ou vive em união de facto, (79,31% das mulheres vs 84,25% dos homens), e 20,67% das mulheres que referem ser solteiras/divorciadas/viúvas e somente 15,73% dos homens refere ser solteiro/divorciado/viúvo.

Em relação ao número de filhos é de realçar que a maioria das mulheres tem 2 filhos (46,30%), já 30,04% das mulheres têm apenas 1 filho e encontramos ainda 12,80% com três ou mais filhos. Com os homens mantêm-se a tendência de 2 filhos (48,81%), mas as percentagens seguintes invertem 22,83% com três ou mais filhos e 18,11% tem apenas 1 filho. Quanto às expectativas de ainda vir a ter filhos, dos 98 participantes que responderam, 25,75% não tem expectativas e apenas 3,93% as mantêm.

Através da análise da tabela 1 podemos verificar que 52,70% das mulheres possui uma situação profissional ativa (trabalhando por conta própria ou por conta de outrem), contrastando com os 47,29% que não exerce qualquer atividade (reformada ou desempregada). Nos homens verifica-se situação contrária com 40,94% numa situação ativa e 59,05% inativos.

Quanto ao rendimento mensal, constatamos que 54,24% dos participantes possui um valor superior ao ordenado mínimo nacional, 30% tem um rendimento até aos 485€ e 15,75% não apresenta rendimentos.

Em relação à residência verificamos que a maioria dos inquiridos, num total de 81,21% da nossa amostra reside em casa própria e apenas 18,78% em casa arrendada ou de familiares.

Sobre o agregado familiar da amostra, houve necessidade de recodificar esta variável pelo que constituímos 3 grupos. Comprovamos que é elevada a percentagem dos que residem apenas com esposa(o)/companheira(o) (65,45%), 29,69% dos participantes residem com outros familiares (pais, filhos, irmãos, sogra, etc.) e apenas 4,84% residem sozinhos.

O Instituto Nacional de Estatística (Portugal, 1994), considera na classificação nacional de profissões 10 grandes grupos homogéneos de profissões que estão de algum modo, ligados entre si pela formação, pelo tipo de trabalho realizado e pelo nível de competências requeridas para a respectiva execução. Para a operacionalização desta variável, pretendemos agrupar as profissões nas seguintes categorias: Grupo I - Quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, que abrange os Membros das forças armadas, Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; Especialistas das profissões intelectuais e científicas; Técnicos e profissionais de nível intermédio; Pessoal administrativo e similares; Pessoal dos serviços e vendedores; Grupo II - Agricultores e operários não qualificados, que compreende os Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; Operários, artífices e trabalhadores similares; Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores da montagem; Trabalhadores não qualificados; Grupo III - Sem emprego, no qual serão incluídos as domésticas, os desempregados e os estudantes.

Nesta medida e através da análise da tabela 1, verificamos que a maioria das mulheres da nossa amostra, num total 53,69% está inserida no grupo I, correspondente aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, seguidas de 17,24% das mulheres que pertencem ao grupo II (agricultores e operários não qualificados), agrupadas no grupo III (12,80%) as domésticas, desempregadas e estudantes. Em relação aos homens, 44,88% insere se no grupo I, seguido do Grupo II com 34,64% e de realçar o grupo III sem elementos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
	n	%	n	%	n	%
	127	38,5	203	61,5	330	100
Grupo Etário						
< 40	9	7,08	29	14,28	38	11,51
41-50	15	11,81	50	24,63	65	19,69
51-60	27	21,25	67	33,00	94	28,48
61-70	53	41,73	43	21,18	96	29,09
> 70	23	18,11	14	6,89	37	11,21
Escolaridade						
1º ciclo	39	30,70	34	16,74	73	22,12
2º ciclo	32	25,19	43	21,18	75	22,72
3º ciclo	16	12,59	39	19,21	55	16,66
secundário	21	16,53	46	22,66	67	20,30
Superior	19	14,96	41	20,19	60	18,18
Estado Civil						
Solteiro	6	4,72	11	5,41	17	5,15
União de facto/casado	107	84,25	161	79,31	268	81,21
Separado/divorciado	9	7,08	28	13,79	37	11,21
Viúvo	5	3,93	3	1,47	8	2,42
Filhos						
1 filho	23	18,11	61	30,04	84	25,45
2 filhos	62	48,81	94	46,30	156	47,27
3 ou mais filhos	29	22,83	26	12,80	55	16,66
expectativas de ter						
Sim	7	5,51	6	2,95	13	3,93
Não	33	25,98	52	25,61	85	25,75
Atividade Profissional						
ativo	52	40,94	107	52,70	159	48,18
não ativo	75	59,05	96	47,29	171	51,81
Rendimento mensal						
sem rendimentos	14	11,02	38	18,71	52	15,75
até 485 euros	36	28,34	63	31,03	99	30,00
superior a 485 euros	77	60,62	102	50,24	179	54,24
Residência						
casa própria	105	82,67	163	80,29	268	81,21
casa arrendada/familiares	22	17,32	40	19,70	62	18,78
Coabitação						
Sozinha(o)	6	4,72	10	4,92	16	4,84
esposa(o)/companheira(o)	95	74,80	121	59,60	216	65,45
familiares/outro	26	20,47	72	35,46	98	29,69
Profissão						
Grupo I	57	44,88	109	53,69	165	50
Grupo II	44	34,64	35	17,24	79	23,93
Grupo III	-	0,0	26	12,80	26	7,87

Instrumento de Colheita de Dados

De acordo com as características do estudo utilizamos um instrumento de colheita de dados composto por um questionário de caracterização sociodemográfica, clínica e as seguintes escalas: Escala de Apgar Familiar, Smilkstein (1978) com a versão Portuguesa de Azeredo e Matos (1989); Escala de Imagem Corporal – BIS, versão original de Hopwood, Fletcher, Lee e Al Ghazal (2001) com a versão portuguesa de Moreira e Canavarro (2010); Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro - Mini – MAC, versão original de Watson, Greer, Inayat, Burgess e Robertson (1988) com a versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003); Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual, versão original de Cappelleri, Duttagupta, Shpilsky, Diuguid, Stecher, Sweeney e Althof (2002) com a versão portuguesa de Pais-Ribeiro e Raimundo (2005). Com o objectivo de se compreender o modo como os doentes e os/as companheiros/as se encontram a lidar com o diagnóstico da doença oncológica e como este influencia a sua relação conjugal e qualidade de vida, solicitámos a resposta às seguintes questões abertas: Como o diagnóstico da doença oncológica influenciou a sua qualidade de vida? Como está a lidar com a sua doença? Quais os seus sentimentos? Como o diagnóstico da doença oncológica influencia a sua relação conjugal? Como o seu companheiro(a) está a lidar com a sua doença?. Ainda foi permitido ao participante que expressasse um comentário livre de acordo com o seu sentir.

Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica é constituído por 10 questões dedicados às características sociodemográficas (género, idade, grau de escolaridade, estado civil, número de filhos, situação profissional e profissão, rendimentos mensais, onde vive e com quem vive) e 7 questões que representam as variáveis clínicas (como está a sua saúde, grupo de neoplasia, quanto tempo foi diagnosticada, se fez cirurgia ou outro tratamento e se estes provocaram alterações no seu corpo). Relativamente à situação perante o parceiro conjugal/sexual, as 5 questões efectuadas têm por finalidade conhecer sobretudo se tinham parceiro sexual antes da doença, se têm parceiro sexual neste momento e se o parceiro é o

mesmo; saber o grau de satisfação com o seu relacionamento conjugal/sexual antes da doença e actualmente e saber ainda a satisfação com o apoio dado pelo parceiro durante o processo de doença.

Escala de Apgar Familiar

No presente estudo foi utilizada a Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) de Smilkstein (1978) (Versão Portuguesa de Azeredo & Matos, 1989).

Foi uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982), sendo constituída por cinco questões que caracterizam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

- Adaptação (Adaptability) intrafamiliar – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;

- Participação/comunicação (Partnership) – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;

- Crescimento/desenvolvimento (Growth) – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;

- Afecto (Affection) – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;

- Resolução/dedicação ou decisão (Resolve) – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão permite três tipos de resposta: “Quase sempre”, “Algumas vezes” e “Quase nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar: de 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional; de 4 a 6 pontos sugere uma família com disfunção leve; de 0 a 3 pontos sugere uma família com disfunção severa.

Neste questionário entendeu-se como família o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive. No caso de viver só, considera-se família todos aqueles com quem mantém laços afectivos mais intensos.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

Escala de Imagem Corporal – BIS

Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa da Body Image Scale (BIS - Moreira, Silva & Canavarro, 2010). Esta escala é constituída por 10 questões, incluindo itens afectivos, comportamentais e cognitivos de avaliação da imagem corporal. Trata-se de um instrumento que pode ser aplicado a todos os doentes oncológicos, independentemente da idade, tipo de tratamento ou estágio da doença. A BIS permite uma avaliação breve e completa de aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos a imagem corporal, sendo sensível a outras áreas de preocupação dos doentes oncológicos (Hopwood, et al, 2001).

A validação da escala de imagem corporal foi feita entre pacientes com cancro da mama e manifestou boas propriedades psicométricas, demonstrando ser uma medida da imagem corporal apropriada e válida entre essa população (Hopwood et al., 2001). É usada uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos (0=nada a 3=muito), sendo que a pontuação final consiste na soma dos 10 itens, podendo variar de 0 a 30 pontos (Moreira, et al., 2010; Hopwood, et al., 2001). Zero pontos traduz a inexistência de sintomas ou distress, enquanto que pontuações mais elevadas correspondem ao aumento de sintomas ou distress e mais

preocupações com a imagem corporal (Moreira, et al., 2010; Hopwood, et al., 2001). A versão original demonstrou um valor de consistência interna aceitável, apresentando um *Alfa de Cronbach* de 0.93 (Moreira, et al, 2010).

O desenvolvimento da escala original foi realizado numa ampla amostra de pacientes com cancro e a sua cobertura provou ser aceitável para os pacientes de ambos os sexos com preocupações com a imagem corporal (Hopwood, et al., 2001). O questionário solicita auto-avaliações que reflectam mudanças após o diagnóstico ou

tratamento, para permitir a aceitação de uma ampla amostra de pacientes (Hopwood, et al., 2001).

Os autores consideraram uma escala com o número mínimo de 10 itens, dados os resultados dos testes que realizaram em pacientes com cancro da mama (Hopwood et al., 2001). No entanto, de acordo com os mesmos autores, pretende-se manter uma estrutura que seja suficientemente geral para ser aplicável em todos os contextos de doença e situações de tratamento (Hopwood, et al., 2001).

A versão preliminar portuguesa foi aplicada a um grupo piloto de 15 pacientes com cancro de mama, com o objectivo de sinalizar e resolver qualquer problema na tradução (Moreira et al., 2010). Após o preenchimento do questionário, as pacientes foram questionadas sobre cada item (por exemplo, se era difícil de compreender, confuso, perturbador ou ofensivo de qualquer maneira, e adequados para sua experiência) (Moreira et al., 2010). Em geral, as pacientes revelaram uma boa compreensão dos itens e não evidenciaram grandes dificuldades em responder ao questionário (Moreira et al., 2010).

A versão portuguesa do BIS confirmou a estrutura original unidimensional e demonstrou uma consistência interna adequada, tanto na amostra global (alfa de Cronbach = 0.93), como nos subgrupos cirúrgicos (Moreira et al., 2010). Isto é, nas pacientes submetidas a mastectomia o *Alfa de Cronbach* foi de 0.92 e nas que foram submetidas a cirurgia conservadora da mama o *Alfa de Cronbach* foi de 0.93 (Moreira et al, 2010). Esta versão do instrumento mostrou ser uma medida válida e confiável de preocupações com a imagem corporal numa amostra de pacientes com cancro de mama, o que permite uma avaliação breve e ampla em contextos clínicos e de investigação (Moreira et al., 2010).

O valor do *Alpha de Cronbach* para a análise da consistência interna, na amostra global é bastante elevado (0,915), pelo que se considera uma consistência muito boa, isto é, os resultados obtidos são confiáveis.

Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro Mini – MAC

Para avaliar as estratégias de coping utilizadas pelos pacientes oncológicos. Esta escala foi validada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) para Portugal, a

partir da escala desenvolvida por Watson e colaboradores (1988). Permite analisar a forma como os sujeitos fazem face ao diagnóstico e tratamento do cancro.

Foi desenvolvida por Watson et al. (1994) a partir da experiência com a versão original da MAC (Watson et al., 1988) da qual se aproveitaram 16 dos 40 itens da MAC original. Este grupo desenvolveu esta nova versão porque reconheceu que a anterior tinha limitações na avaliação das estratégias de coping de evitamento (a tendência para bloquear ou ignorar problemas ou emoções).

O Mini Mac é um instrumento de auto-preenchimento com 29 itens, distribuídos por cinco sub-escalas que cobrem as dimensões; *Desânimo- Fraqueza* (ex. “Sinto que a vida não tem esperança”) que inclui os itens 1, 2, 6, 13, 16, 18, 22 e 28 e caracterizada pelo pessimismo e a ausência de estratégias de combate activo da doença; *Preocupação Ansiosa* (ex. “Estou preocupado que a doença volte a aparecer”) que inclui os itens 8, 10, 12, 14, 15, 23, 27 e 29 e se caracteriza por uma ansiedade persistente; *Espírito de luta* (ex. “estou determinado a vencer a minha doença”) inclui os itens 3, 19, 20 e 26, refere-se a um padrão de resposta que se caracteriza por uma atitude optimista, em que a doença é encarada como um desafio e em que existe a crença de que existe algum controlo sobre o processo e percurso da doença; *Evitamento Cognitivo* (ex. “faço um esforço positivo para não pensar na minha doença”) que inclui os itens 4, 9, 21 e 24 e remete para a recusa do conhecimento do diagnóstico; e *Fatalismo* (ex. Entreguei-me nas mão de Deus”), inclui os itens 5, 7, 11, 17 e 25 e diz respeito à aceitação passiva da doença.

Cada item é uma afirmação que descreve reacções dos doentes ao cancro. Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de tipo likert de quatro pontos (1= Não se aplica de modo nenhum a mim; 2= Não se aplica a mim; 3= Aplica-se a mim; 4= Aplica-se totalmente a mim). É uma escala multidimensional que não permite a obtenção de um resultado total, i.e., não permite somar as notas num único score, mas sim o resultado das respectivas dimensões.

Esta escala foi validada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) para Portugal, a partir da escala desenvolvida por Watson e colaboradores (1988). Os resultados apontaram para valores de consistência interna aceitáveis para quatro das cinco dimensões. A dimensão “ Fatalismo” não apresentou valores de consistência interna aceitáveis.

O valor do *Alpha de Cronbach* para a análise da consistência interna da escala total é elevado (0,879), pelo que se considera uma consistência boa, isto é, os resultados obtidos são confiáveis. Os resultados apontaram para valores de consistência interna aceitáveis para as cinco dimensões, com todos os valores superiores a 0,6.

Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual- QSRS

Assumindo que os aspetos psicológicos e de auto-percepção geral decorrentes ou associados ao ato sexual são semelhantes para os dois sexos, Ribeiro e Raimundo (2005) adaptaram o Questionário de satisfação Sexual-QSRS (*Self- Esteem and Relationship Questionnaire*). É um questionário que avalia, explicitamente a percepção decorrente do relacionamento sexual e parece ser suficientemente breve e claro para fornecer informação sobre a satisfação com o relacionamento sexual em pessoas com vida sexual ativa (Ribeiro & Raimundo, 2005).

O QSRS inclui 14 itens na versão original, distribuídos por duas dimensões ou domínios (“satisfação com o funcionamento sexual” – itens 1 a 7- e “confiança” – itens 8 a 14), em que, por sua vez, este último domínio se divide em duas subescalas: “auto-estima“ - itens 8 a 12- e “relacionamento em geral” – itens 13 e 14 (Ribeiro & Raimundo, 2005). Cada item é uma afirmação que espelha a satisfação com aspetos do funcionamento sexual, e em que a resposta é dada numa escala de frequência, ordinal, de cinco posições entre o “ quase nunca/nunca” e “quase sempre/sempre” (Ribeiro & Raimundo, 2005).

Duas questões são cotadas inversamente, as questões 8 e 11 (Ribeiro & Raimundo, 2005). Uma nota mais elevada significa uma satisfação mais elevada (Ribeiro & Raimundo, 2005). O resultado global (itens 1-14) é calculado pela soma de todos os itens (Ribeiro & Raimundo, 2005). Por sua vez cada nota de domínio ou de subescala e a nota total são transformadas em notas de 0 -100 usando a seguinte equação: nota transformada = $100 \times (\text{nota bruta} - \text{nota mínima possível}) / \text{variação possível}$ (Ribeiro & Raimundo, 2005). Notas mais elevadas expressam respostas mais favoráveis (0= menos favorável, 100= mais favorável) (Ribeiro & Raimundo, 2005).

O estudo da versão portuguesa deste instrumento exhibe valores de consistência interna, avaliada com recurso ao *Alfa de Cronbach*, considerando os itens agrupados

por duas ou três dimensões, a variar entre 0,73 e 0,92, com um valor de consistência interna para a escala total de 0,90 (Ribeiro & Raimundo, 2005).

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente amostra incidiu no estudo da fidelidade interna. Na avaliação da consistência interna foi calculado o *Alpha de Cronbach* para a escala total e para as subescalas. O valor para a análise da escala total é bastante elevado (0,951), pelo que se considera uma consistência muito boa, isto é, os resultados obtidos são confiáveis. Nas dimensões Satisfação Sexual (0,975), Confiança (0,833), Auto-Estima (0,737) e Relacionamento Geral (0,892).

Procedimentos

A elaboração do instrumento de colheita de dados foi a primeira etapa de todo este processo. O documento final está organizado em várias partes distintas, correspondendo a primeira à apresentação do protocolo, onde é referido o objetivo desta recolha e são dadas as orientações básicas de preenchimento do mesmo. Após leitura atenta destas indicações, o participante é convidado a descrever os seus dados sociodemográficos, clínicos, e as seguintes Escalas: Escala de Apgar Familiar, Escala de Imagem Corporal – BIS, Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro - Mini – MAC e o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual. Os questionários foram divulgados após parecer positivo da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Ref. Nº 11298-2015) e respectiva autorização do Conselho de Administração do Hospital via Comissão de Ética para a Saúde (Deliberação nº 19022016/15), em fevereiro de 2016.

Os questionários foram aplicados no serviço de Hospital de Dia Hemato-Oncológico de um hospital da região centro de Portugal, sendo de auto-preenchimento. Após o preenchimento foi solicitado aos participantes que colocassem os questionários num envelope (distribuído em simultâneo com o questionário) e depois de lacrarem o envelope, foi colocado numa caixa fechada guardada para o efeito no secretariado da respetiva unidade de saúde. O preenchimento do questionário tinha um tempo máximo de 20 minutos.

A colheita de dados para o estudo decorreu na unidade de saúde com os doentes que aceitaram participar. Os participantes no estudo foram informados de que

os dados obtidos ficariam em arquivo, e deram o consentimento informado prévio. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, respeitada a autonomia a voluntariedade e a liberdade na participação no estudo.

Análise de dados

Para o tratamento estatístico procedemos inicialmente à depuração dos questionários (de um total de 402) e foram eliminados 72 por apresentarem lacunas no seu preenchimento.

Iniciamos a análise dos dados recorrendo à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva determinamos as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas de dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão.

Na análise inferencial, sempre que as condições necessárias para a realização de testes paramétricos se verificavam, optou-se pela utilização destes, pois são mais eficientes oferecendo uma maior flexibilidade do que os não-paramétricos. Caso se esteja em presença de medidas ordinais de boa qualidade, observam-se os mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica. A estatística paramétrica é considerada mais robusta, exigindo contudo os seguintes pressupostos: normalidade da distribuição de dados, variáveis intervalares e homogeneidade das variâncias. As medidas utilizadas correspondem a somatórios de respostas a itens que, individualmente são mensuradas em escalas tipo Likert. Estas operações convertem implicitamente dados com baixo nível (ordinal) num nível superior (intervalar) de mensuração.

Para a análise inferencial da variação e relações entre as variáveis em estudo, recorreu-se a testes de significância estatística, tendo em atenção as características métricas das mesmas:

- Teste paramétrico *t de Student* para amostras independentes. Neste caso, a aplicação informática SPSS, realiza em simultâneo o teste de Levene para a verificação da homogeneidade das variâncias, quando se trata de amostras independentes.

- Teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*. Este representa a alternativa não paramétrica à ANOVA, para amostras independentes, quando não se encontram reunidas as condições de aplicação de um teste paramétrico.

- Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Representa a alternativa não paramétrica ao teste *t-student* para amostras independentes.

Para analisar o grau de associação ou correlação entre duas variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente *r* da correlação de Pearson que fornece medidas da força e sentido da correlação existente.

No decurso da análise estatística, as decisões quanto ao significado das diferenças e das associações, terão como referência o nível de significância de 5% ou seja, quando a probabilidade calculada das diferenças que não seja devida ao acaso, for inferior a 0,05 ($p < 0,05$). Para a análise inferencial foram então considerados os níveis de significância:

$p < 0,05$ * – diferença estatística significativa;

$p < 0,01$ ** – diferença estatística bastante significativa;

$p < 0,001$ *** – diferença estatística altamente significativa;

$p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa.

Relativamente às decisões quanto à importância da relação entre as variáveis através da interpretação do coeficiente de correlação consideraram-se cinco níveis de interpretação para o valor absoluto do coeficiente 0 a 0,19 correlação muito fraca; 0,20 a 0,39 correlação fraca; 0,40 a 0,69 correlação moderada; 0,70 a 0,89 correlação forte; 0,90 a 1 muito forte.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 23.0 (2015) para windows.

No capítulo seguinte iremos apresentar os resultados obtidos.

3 - Resultados

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os scores obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. A apresentação dos resultados é feita através de tabelas, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

Com uma amostra constituída por 330 participantes, em que 61,5% são mulheres e 38,5% homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos (M= 56,05; DP= 12,16).

Caracterização clínica da amostra

Neste subcapítulo agrupámos e analisámos as variáveis que se relacionam com características clínicas da nossa amostra. Como se pode verificar na tabela 2, a percepção que os participantes tem do seu estado de saúde, é semelhante para ambos os géneros, a maioria da amostra (59,39%) refere ter uma saúde razoável com 57,48 e 60,59 nos homens e mulheres repetivamente. Seguido de 20,47% e 22,66% de homens e mulheres, que consideram o seu estado de saúde boa. De salientar que é no género masculino com 19,68% os que referem má percepção da sua saúde e 13,79% no feminino. Por outro lado, são as mulheres que apresentam valores mais satisfatórios com 2,46% e 0,49% (muito boa e excelente/ótima) e nos homens 2,33% e 0,0.

Quanto ao local do tumor, o do aparelho digestivo apresenta maior prevalência nos homens com 52,75% e nas mulheres 18,71%. No género feminino o destaque vai para o tumor da mama, 61,57% valor que está de acordo com os dados estatísticos publicados. Os tumores líquidos, representam no género masculino 30,70% e 10,83% nas mulheres. O aparelho urogenital apresenta valores mais elevados nos homens com 13,38% e 7,38% nas mulheres. Os tumores sem grande representatividade, foram agrupados (pulmão, cabeça e pescoço, cérebro e SNC e outros) apresentando 3,14% e 1,47% em homens e mulheres respectivamente.

O tempo de diagnóstico, é uma variável importante para relacionar com o ajustamento mental e a satisfação sexual, a nossa amostra apresenta 81,21% no intervalo entre 1 e 3 anos. Seguida de 11,21% entre os 4 e os 5 anos, 5,15% inferior a 1 ano e 2,42% superior a 5 anos.

Em relação à cirurgia ao tumor, 61,51% efectuou, sendo 75,59% do género masculino e 85,71% no feminino. Em tratamento à 6 meses, temos 59,39% da amostra com a quimioterapia a ser o tratamento mais realizado com 35,75%, correspondendo a 44,09% nos homens e 30,54% nas mulheres. A terapia combinada (quimioterapia e radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia, radioterapia e hormonoterapia, quimioterapia e radioterapia e hormonoterapia) contempla 16,06% da amostra, seguido da hormonoterapia com 6,06% e apenas 1,51% em tratamento de radioterapia.

Quanto ao tratamento que estão a realizar no momento do preenchimento do questionário, não sofre alterações relevantes, 57,87% encontram-se a realizar algum tratamento, sendo que a quimioterapia continua a ser a mais prevalente com 40% da amostra. A hormonoterapia surge agora em segundo plano com 10,30% da amostra, correspondendo a 0,78% nos homens e 16,25% nas mulheres (devido ao elevado número de participantes com cancro da mama). A terapêutica combinada apresenta 6,36% da amostra, sendo que a radioterapia mantém 1,51%.

Tabela 2 : Características clínicas da amostra em função do gênero

Gênero	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Variáveis	127	38,5	203	61,5	330	100
Percepção da Saúde						
Má	25	19,68	28	13,79	53	16,06
Razoável	73	57,48	123	60,59	196	59,39
Boa	26	20,47	46	22,66	72	21,81
Muito Boa	3	2,36	5	2,46	8	2,42
Excelente/ótima	-	0,0	1	0,49	1	0,30
Local tumor						
Digestivo	67	52,80	38	18,70	105	31,80
Mama	-	0,0	125	61,60	125	37,90
Urogenital	17	13,40	15	7,40	32	9,70
Líquidos	39	30,70	22	10,80	61	18,50
Outros	4	3,10	3	1,50	7	2,10
Tempo Diagnóstico						
<1 Ano	32	4,72	62	5,41	94	5,15
Entre 1 e 3 anos	56	84,25	73	79,31	129	81,21
Entre 4 e 5 anos	19	7,08	25	13,79	44	11,21
>5 Anos	20	3,93	43	1,47	63	2,42
Cirurgia ao Tumor						
Não	31	24,40	29	14,28	127	38,48
Sim	96	75,59	174	85,71	203	61,51
Tratamento há 6 meses						
Não	53	41,73	81	39,90	134	40,60
Sim	74	58,26	122	60,09	196	59,39
Tratamento Realizado						
Quimioterapia	56	44,09	62	30,54	118	35,75
Radioterapia	-	0,0	5	2,46	5	1,51
Hormonoterapia	2	1,57	18	8,86	20	6,06
Terapêutica Combinada	16	12,59	37	18,22	53	16,06
Tratamento Agora						
Não	56	44,09	82	40,39	138	41,81
Sim	71	55,90	120	59,11	191	57,87
Tratamento realizado agora						
Quimioterapia	64	50,39	68	33,49	132	40,00
Radioterapia	1	0,78	4	1,97	5	1,51
Hormonoterapia	1	0,78	33	16,25	34	10,30
Terapêutica Combinada	5	3,93	16	7,88	21	6,36

As alterações corporais provocadas pelos tratamentos, estão representadas na tabela 3, com 87,27% da amostra a manifestar. A perda de cabelo foi a mais referida com 62,04% correspondendo a 71,42% nas mulheres e 33,85% nos homens. A fadiga apresenta valores idênticos com 61,51% da amostra, sendo 68,96% no sexo feminino e 49,60% no sexo masculino. As náuseas surgem em terceiro lugar com 45,45% da

amostra. Com 32,42% aparecem as disfunções sexuais, com relevo para os homens que apresentam 39,37% e as mulheres 28,07%. O aumento de peso, a perda de parte do corpo e a perda de peso, podemos verificar que tiveram valores semelhantes com 24,84%, 21,81% e 21,21% respectivamente. Os participantes podiam assinalar outras alterações corporais, facto que aconteceu com 3,93% da amostra.

Tabela 3: Alterações corporais provocadas pelos tratamentos em função do género

Género	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Variáveis	127	38,5	203	61,5	330	100
Alterações corporais						
Não	25	19,68	17	8,37	42	12,72
Sim	102	80,31	186	91,62	288	87,27
Perda de cabelo						
Sim	43	33,85	145	71,42	188	62,04
Aumento de peso						
Sim	18	14,17	64	31,52	82	24,84
Fadiga						
Sim	63	49,60	140	68,96	203	61,51
Perda de peso						
Sim	32	25,19	38	18,71	70	21,21
Disfunções sexuais						
Sim	50	39,37	57	28,07	107	32,42
Náuseas						
Sim	41	32,28	109	53,64	150	45,45
Perda de corpo						
Sim	2	1,57	70	34,48	72	21,81
Outras						
Sim	3	2,36	10	4,92	13	3,93

A tabela 4 refere se às características do relacionamento conjugal, podemos verificar que 92,12% da amostra tinha parceiro sexual antes da doença, sendo que 78,48% refere parceiro fixo e apenas 0,90% ocasional. No momento do preenchimento do questionário, 90,90% refere ter parceiro sexual, com 79,09% parceiro fixo e o mesmo que antes da doença, 4,84% fixo mas não o mesmo que antes da doença e 1,81% que diz ter parceiro ocasional. Em relação à satisfação com o relacionamento conjugal, verificamos que os valores apresentados antes da doença são mais satisfatórios do que no decurso da mesma. Enquanto que o relacionamento conjugal era muito satisfatório antes da doença para 45,15% da amostra este valor passou a ser de 26,66% no decorrer dos tratamentos. No sentido inverso surge com

13,33% da amostra a referir relacionamento conjugal antes da doença nada ou pouco satisfatório e durante o processo de doença apresenta valores 32,12% da amostra.

O apoio dado pelo cônjuge/companheiro durante o processo de doença, foi muito satisfatório como referiram 71,21% da amostra. Em ambos os sexos os valores são semelhantes com 72,44% e 70,44%, nos homens e nas mulheres respectivamente.

Tabela 4 : Características do relacionamento conjugal em função do género

	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
	n	%	n	%		
Variáveis	127	38,5	203	61,5	330	100
Parceiro sexual antes doença						
Não	9	7,08	17	8,37	26	7,87
Sim	118	92,91	186	91,62	304	92,12
Fixo	96	75,59	163	80,29	259	78,48
Ocasional	2	1,57	1	0,49	3	0,90
Parceiro sexual agora						
Não	11	8,66	19	9,35	30	9,09
Sim	116	91,33	184	90,64	300	90,90
Fixo o mesmo que antes da cirurgia	99	77,95	162	79,80	261	79,09
Fixo mas não o mesmo que antes da cirurgia	7	5,51	9	4,43	16	4,84
Ocasional	3	2,36	3	1,47	6	1,81
Relacionamento conjugal antes						
Nada/pouco satisfatório	20	15,74	24	11,82	44	13,33
Moderadamente satisfatório	44	34,64	72	35,46	116	35,15
Muito satisfatório	57	44,88	92	45,32	149	45,15
Sem relacionamento conjugal	6	4,72	15	7,38	21	6,36
Relacionamento conjugal agora						
Nada/pouco satisfatório	52	40,94	54	26,60	106	32,12
Moderadamente satisfatório	34	26,77	56	27,58	90	27,27
Muito satisfatório	28	22,04	60	29,55	88	26,66
Sem relacionamento conjugal	13	10,23	23	11,33	36	10,90
Apoio durante a doença						
Nada/pouco satisfatório	7	5,51	14	6,89	21	6,36
Moderadamente satisfatório	21	16,53	27	13,30	48	14,54
Muito satisfatório	92	72,44	143	70,44	235	71,21
Sem relacionamento conjugal	7	5,51	19	9,35	26	7,87

A avaliação da funcionalidade familiar (Escala de Apgar Familiar de SmilKstein (1978), Versão Portuguesa de Azeredo & Matos, 1989), é constituída por cinco questões que caracterizam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar: de 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional; de 4 a 6 pontos sugere uma família com disfunção leve; De 0 a 3 pontos sugere uma família com disfunção severa (Azeredo & Matos, 1989).

Com base nos resultados obtidos na tabela 5, pode afirmar se que, dos sujeitos da amostra, 85,8% apresenta uma família altamente funcional, 11,5% com disfunção leve e 2,7% disfunção familiar severa.

Tabela 5 : Estatística das Características do funcionamento familiar

Apgar Familiar	Género		Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	(127)	(38,5)	(203)	(61,5)	(330)	(100,0)		
Disfunção severa	3	2,4	6	2,0	9	2,7		
Disfunção leve	13	10,2	25	12,3	38	11,5		
Altamente funcional	111	87,4	172	84,7	283	85,8		

No estudo foi utilizada a versão portuguesa da *Body Image Scale* (BIS - Moreira, Silva & Canavarro, 2010). Constituída por 10 questões, incluindo itens afectivos, comportamentais e cognitivos de avaliação da imagem corporal. Trata-se de uma escala que pode ser aplicada a todos os doentes oncológicos, independentemente da idade, tipo de tratamento ou estágio da doença. As respostas tipo Likert de 4 pontos (0=nada a 3=muito), sendo que a pontuação final consiste na soma dos 10 itens, podendo variar de 0 a 30 pontos (Moreira, et al., 2010; Hopwood, et al., 2001). Zero pontos traduz a inexistência de sintomas ou distress, enquanto que pontuações mais elevadas correspondem ao aumento de sintomas ou distress e mais preocupações com a imagem corporal (Moreira, et al., 2010; Hopwood, et al., 2001).

Pela análise da tabela 6, podemos verificar que a nossa amostra apresenta preocupações aumentadas com a imagem corporal, com a média total a situar-se nos 7,34 ($\pm 6,80$), sendo que os homens apresentaram 5,34 ($\pm 5,92$) e nas mulheres verificou se um aumento de sintomas ou preocupação com a imagem corporal com 8,60 ($\pm 7,20$).

Tabela 6: Estatísticas relativas por género na escala Imagem Corporal

Total e Género	n	M	dp	cv	Min	Max
Total BIS	330	7,34	6,80	92,64	0,00	30,00
Masculino	127	5,34	5,92	110,86	0,00	30,00
Feminino	203	8,60	7,20	83,72	0,00	30,00

Em relação aos dados obtidos no estudo original (P. Hopwood et al. 2000), à adaptação para a população portuguesa (H. Moreira et al. 2009) e ao estudo actual (Lopes, Chaves, Nelas & Joaquim, 2016), podemos verificar na tabela 7, que os mesmos são semelhantes.

Tabela 7: Estatísticas relativas aos estudos da Imagem Corporal

Estudos Imagem Corporal	n	M	dp	cv	Min	Max
Estudo original, P. Hopwood <i>et al.</i> 2000	682	7,64	7,22	94,50	0,00	30,00
Adaptação população Portuguesa, H. Moreira <i>et al.</i> 2009	173	8,72	7,67	87,96	0,00	29,00
Estudo actual, Lopes et al. 2016	330	7,34	6,80	92,64	0,00	30,00

Quanto ao local da neoplasia que provoca mais sintomas ou preocupação com a imagem corporal, analisando a tabela 8, o cancro da mama apresenta o valor mais elevado com 9,72 ($\pm 7,56$), seguido do cancro urogenital 7,65 ($\pm 7,30$) e o grupo dos outros e o cancro digestivo com 6,17 ($\pm 5,49$) e 5,61 ($\pm 5,05$) respectivamente. Os tumores líquidos apresentaram a média mais baixa com 4,96 ($\pm 6,07$).

Tabela 8: Estatísticas relativas ao local da neoplasia

Neoplasia Local	N 330	M	dp	cv	Min	Max
Digestivo	105	5,61	5,05	90,01	0,00	23,00
Mama	125	9,72	7,56	77,77	0,00	30,00
Urogenital	32	7,65	7,30	95,42	0,00	28,00
Tumores Líquidos	61	4,96	6,07	122,37	0,00	30,00
Outros	7	6,17	5,49	88,98	0,00	12,00

Analisando a tabela 9, verificamos que foi no item 6 (Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?), que a percentagem de respostas menos positivas foi assinalado, com 12,1% e 8,8% a responder Muito e Moderadamente. Seguido do item 2 (Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?), com 10,6% e 9,7% a responder Muito e Moderadamente. O item 5 (Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?), aparece com 10,6% e 8,8% respetivamente Muito e Moderadamente.

Tabela 9: Frequências da escala da Imagem Corporal

Escala da Imagem Corporal	Nada		Um Pouco		Moderadamente		Muito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?	142	43,0	140	42,4	28	8,5	20	6,1
2 Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	135	40,9	128	38,8	32	9,7	35	10,6
3 Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?	181	54,8	99	30,0	33	10,0	17	5,2
4 Tem-se sentido menos masculino/feminina por causa da doença ou do tratamento?	179	54,2	94	28,5	26	7,9	31	9,4
5 Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?	177	53,6	89	27,0	29	8,8	35	10,6
6 Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?	139	42,1	122	37,0	29	8,8	40	12,1
7 Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?	227	68,8	69	20,9	17	5,2	17	5,2
8 Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo "menos completo"?	147	44,5	129	39,1	24	7,3	30	9,1
9 Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?	148	44,8	118	35,8	32	9,7	32	9,7
10 Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)	157	47,6	110	33,3	22	6,7	19	5,8

A tabela 10 refere se ás estatísticas apresentadas na BIS, onde podemos constatar que a média mais elevada foi nos item 6 (Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?) com 0,91 ($\pm 0,99$) e item 2 (Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?) com 0,90 ($\pm 0,96$). O item menos pontuado foi o 7 (Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?) com uma média de 0,47($\pm 0,81$).

Tabela 10: Estatísticas da escala da Imagem Corporal

Escala da Imagem Corporal		n	M	dp	cv	Min	Max
1	Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?	330	0,78	0,84	107,70	0	3
2	Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	330	0,90	0,96	106,70	0	3
3	Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?	330	0,65	0,86	132,30	0	3
4	Tem-se sentido menos masculino/feminina por causa da doença ou do tratamento?	330	0,72	0,96	133,33	0	3
5	Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?	330	0,76	0,99	130,26	0	3
6	Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?	330	0,91	0,99	108,79	0	3
7	Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?	330	0,47	0,81	172,34	0	3
8	Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo "menos completo"?	330	0,81	0,92	113,58	0	3
9	Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?	330	0,84	0,95	113,10	0	3
10	Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)	308	0,69	0,86	124,64	0	3

Para avaliar as estratégias de *coping* dos pacientes oncológicos, foi utilizada a Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro – MINI-MAC, que permite analisar a forma como os sujeitos fazem face ao diagnóstico e tratamento do cancro.

O Mini-Mac é um instrumento de auto-preenchimento com 29 itens, distribuídos por cinco sub-escalas que cobrem as dimensões: Desânimo- Fraqueza (que inclui os itens 1, 2, 6, 13, 16, 18, 22 e 28) e caracterizada pelo pessimismo e a ausência de estratégias de combate activo da doença; Preocupação Ansiosa (que inclui os itens 8, 10, 12, 14, 15, 23, 27 e 29) e se caracteriza por uma ansiedade persistente; Espírito de luta (inclui os itens 3, 19, 20 e 26) refere-se a um padrão de resposta que se caracteriza por uma atitude optimista, em que a doença é encarada como um desafio e em que existe a crença de que existe algum controlo sobre o processo e percurso da doença; Evitamento Cognitivo (que inclui os itens 4, 9, 21 e 24) e remete para a

recusa do conhecimento do diagnóstico; e Fatalismo (inclui os itens 5, 7, 11, 17 e 25) e diz respeito à aceitação passiva da doença.

É uma escala multi-dimensional que não permite a obtenção de um resultado total, i.e., não permite somar as notas num único score, mas sim o resultado das respectivas dimensões. As notas, consoante a dimensão, variam entre 4 e 32.

Pela análise da tabela 11, verificamos que os estados mentais de ajustamento à doença mais utilizados são a Preocupação Ansiosa com valores médios de 18,41 ($\pm 4,70$), de seguida verifica-se o Fatalismo e o Desânimo –Fraqueza com 14,30 ($\pm 3,16$) e 13,84 ($\pm 4,13$) respetivamente. Os estados menos verificados são o Espírito de Luta e o Evitamento Cognitivo com valores médios de 11 ($\pm 2,5$).

Tabela 11: Estatísticas da escala de ajustamento mental ao Cancro

Dimensões	n	M	dp	cv	Min	Max
Desânimo -Fraqueza	330	13,84	4,13	29,84	8,00	29,00
Preocupação Ansiosa	330	18,41	4,70	25,52	8,00	31,00
Espírito de Luta	330	11,98	2,64	22,03	4,00	16,00
Evitamento Cognitivo	330	11,13	2,46	22,10	4,00	16,00
Fatalismo	330	14,30	3,16	22,09	5,00	20,00

Assumindo que os aspetos psicológicos e de auto-percepção geral decorrentes ou associados ao ato sexual são semelhantes para os dois sexos, foi utilizado o Questionário de satisfação com o Relacionamento Sexual-QSRS (*Self- Esteem and Relationship Questionnaire*). É um questionário que avalia, explicitamente a percepção decorrente do relacionamento sexual e parece ser suficientemente breve e claro para fornecer informação sobre a satisfação com o relacionamento sexual em pessoas com vida sexual ativa (Ribeiro & Raimundo, 2005).

O QSRS inclui 14 itens na versão original, distribuídos por duas dimensões ou domínios (“satisfação com o funcionamento sexual” – itens 1 a 7- e “confiança” – itens 8 a 14), em que, por sua vez, este último domínio se divide em duas subescalas: “auto-estima“ - itens 8 a 12- e “relacionamento em geral” – itens 13 e 14 (Ribeiro & Raimundo, 2005). Cada item é uma afirmação que espelha a satisfação com aspetos

do funcionamento sexual, e em que a resposta é dada numa escala de frequência, ordinal, de cinco posições entre o “quase nunca/nunca” e “quase sempre/sempre” (Ribeiro & Raimundo, 2005).

As questões 8 e 11 são cotadas inversamente; Uma nota mais elevada significa uma satisfação mais elevada (Ribeiro & Raimundo, 2005). Notas mais elevadas expressam respostas mais favoráveis (0= menos favorável, 100= mais favorável) (Ribeiro & Raimundo, 2005).

A tabela 12, refere-se ao Questionário de satisfação com o Relacionamento Sexual-QSRS e podemos verificar que a média para o total das dimensões foi de 52,90 ($\pm 27,21$). O valor mais baixo foi ao nível da Satisfação com o funcionamento sexual, com valor médio de 42,84 ($\pm 34,25$). A dimensão Confiança e as subescalas Auto -estima e Relacionamento em geral apresentam valores semelhantes, 62,95 ($\pm 23,07$), 63,45 ($\pm 22,59$) e 61,70 ($\pm 31,71$) respectivamente.

Tabela 12: Estatísticas do Questionário de satisfação com o Relacionamento sexual

Dimensões	n	M	dp	cv	Min	Max
Satisfação com o funcionamento sexual	330	42,84	34,25	79,94	0,00	100,00
Confiança	330	62,95	23,07	36,64	10,71	100,00
Auto -estima	330	63,45	22,59	35,60	5,00	100,00
Relacionamento em geral	330	61,70	31,71	51,39	0,00	100,00
QSRS Total	330	52,90	27,21	51,43	7,14	100,00

Influência do género na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima

A nível descritivo, verificamos que os resultados médios obtidos nas dimensões avaliadas são: Satisfação Sexual: 19,0866 no género masculino e 18,9409 no género feminino; Confiança: 25,2677 no género masculino e 24,2266 no género feminino; Auto-Estima : 18,1890 no género masculino e 17,3793 no género feminino; Relacionamento Geral: 7,0787 no género masculino e 6,8473 no género feminino.

Apesar de verificarmos que os resultados obtidos são ligeiramente superiores nos homens em cada uma das dimensões, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, isto é, não há evidências estatísticas para afirmar que o género influencia a Satisfação Sexual ($t= 0,134$; $p=0,893$), a Confiança ($t=1,426$; $p= 0,155$), a Auto-Estima ($t=1,588$; $p=0,113$) ou o Relacionamento Geral ($t=0,806$; $p= 0,421$).

Relativamente ao teste t-student para amostras independentes, note-se que o teste de Levene apenas verifica a homogeneidade de variâncias, um dos requisitos dos testes paramétricos. Em qualquer um dos casos, o teste de Levene não é significativo (SatisfaçãoSexual $p=0,193$; Confiança $p=0,270$; AutoEstima $p=0,365$; Relacionamento Geral $p=,705$), logo, é possível assegurar que verificam a homogeneidade de variâncias (equal variances assumed).

Influência da idade na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

Uma vez que não se verificou a homogeneidade de variâncias para as dimensões Satisfação sexual e Relacionamento Geral ($p<0,05$) recorreu-se ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

A nível descritivo, verifica-se que a ordenação média relativa ao grupo etário superior a 70 anos é a mais baixa em qualquer uma das dimensões, Satisfação Sexual (OM= 90,92), Confiança (OM= 109,23), subdimensão Auto-Estima (OM= 111,74) e Relacionamento Geral (OM= 113,50); o que indica menores níveis de satisfação nestes indivíduos, uma vez que ordenações inferiores implicam valores absolutos da variável inferiores. O grupo etário inferior aos 40 anos obteve as maiores ordenações médias nas dimensões Satisfação Sexual (OM= 218,74) e subdimensão Auto-Estima (OM= 207,51), enquanto que o grupo etário dos 40 aos 50 anos obteve a maior ordenação média na dimensão Confiança (OM= 207,31) e na subdimensão Relacionamento Geral (OM= 209,78).

O teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p=0,000$), isto é, existe evidência estatística para afirmar que os níveis de satisfação diferem consoante a grupo etário.

Influência da existência de companheiro na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A nível descritivo, apenas na subdimensão Relacionamento Geral se verifica uma ordenação média bastante superior nos indivíduos com companheiro (OM=170,36; sem companheiro OM=144,51) o que indica maiores níveis de satisfação para os indivíduos com companheiro, uma vez que ordenações superiores indicam valores absolutos da variável superiores. No entanto, o teste de Mann-Whitney permite afirmar que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões ($p \geq 0,05$) isto é, não há evidências estatísticas para afirmar que os níveis de satisfação diferem consoante a existência ou não de companheiro.

Influência da existência de companheiro na funcionalidade familiar

A nível descritivo, a ordenação média relativa a Com companheiro é a mais elevada (OM=168,62; sem companheiro OM=152,00), o que indica maiores níveis de funcionalidade familiar nestes indivíduos. O teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças são significativas ($H=4,156$, $p=0,041$), isto é, há evidências estatísticas para afirmar que os níveis de funcionalidade familiar diferem consoante a existência ou não de companheiro.

Influência do tempo de diagnóstico na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A nível descritivo, a ordenação média relativa ao tempo de diagnóstico há mais de 5 anos é a mais elevada em qualquer uma das dimensões (Satisfação Sexual OM=183,48, Confiança OM=178,39, Auto-Estima OM=178,21 e Relacionamento Geral OM=173,87, o que indica maiores níveis de satisfação nestes indivíduos. Salienta-se que dentro dos grupos, no período de diagnóstico inferior a um ano e de 4 a 5 anos são os que apresentam valores menos satisfatórios na dimensão funcionamento sexual (OM=152,47 e 144,64 respetivamente). No entanto, o teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças não são significativas em qualquer uma das dimensões ($p \geq 0,05$), isto é, não há evidências estatísticas para afirmar que os níveis de satisfação diferem consoante o tempo de diagnóstico.

Influência dos diferentes tipos de cancro na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A nível descritivo, a ordenação média relativa a outros tipos de cancro é a mais elevada em qualquer uma das dimensões (Satisfação Sexual OM=223,64, Confiança OM=244,43, Auto-Estima OM=243,50, Relacionamento Geral OM=225,93) o que indica maiores níveis de satisfação nestes indivíduos. O grupo dos tumores do aparelho urogenital é o que apresenta ordenação média mais baixa em todas as dimensões (Satisfação Sexual OM=105,59, Confiança OM=130,83, Auto-Estima OM=130,86 e Relacionamento Geral OM=141,66), o que indica menores níveis de satisfação. O teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças são significativas em qualquer uma das dimensões ($p < 0,05$), isto é, há evidências estatísticas para afirmar que os níveis de satisfação diferem consoante o tipo de cancro.

Em relação à satisfação sexual, o grupo “outros tipos de cancro” são os que apresentam maiores níveis de satisfação (OM=223,64). Segue-se o cancro de mama (OM=181,57) e os tumores líquidos e Digestivos com respetivamente (OM=171,14 e OM=157,47) e, por último, o cancro urogenital que apresenta os níveis mais baixos (OM=105,59).

Correlação entre a imagem corporal e a Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A correlação entre a variável do valor global da Bis e qualquer uma das dimensões da escala QSRS é significativa ($p = 0,000$) e negativa, o que indica que quando aumenta a pontuação da escala Bis, diminuem os níveis de Satisfação. No entanto, essa correlação para as dimensões Satisfação Sexual ($r = -0,301$) e Relacionamento Geral ($r = -0,267$), é fraca, sendo moderada para as dimensões Confiança ($r = -0,402$) e AutoEstima ($r = -0,422$).

Correlação entre o Ajustamento Mental e a Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A correlação entre a dimensão Desânimo – Fraqueza e qualquer uma das dimensões de QSRS é significativa ($p = 0,000$) e negativa com ($r < 0$), o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, diminuem os níveis de Satisfação. No entanto, entre a dimensão Desânimo- Fraqueza e a dimensão Relacionamento geral, a

correlação é fraca ($r < 0,39$), sendo moderada no que diz respeito à correlação entre a dimensão Desanimo – Fraqueza e as restantes dimensões ($0,4 < r < 0,69$).

A correlação entre a dimensão Preocupação Ansiosa e qualquer uma das dimensões de QSRS é uma correlação significativa ($p = 0,00$), negativa e fraca com ($-0,39 < r < -0,20$, $p = 0,00$), o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, diminuem os níveis de Satisfação.

A correlação entre a dimensão Espírito de Luta e qualquer uma das dimensões de QSRS é uma correlação significativa ($p = 0,000$), positiva e fraca ($0,20 < r < 0,39$), o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, aumentam os níveis de Satisfação.

A correlação entre a dimensão Evitamento Cognitivo e a dimensão Relacionamento Geral não é significativa ($p = 0,159$).

A correlação entre a dimensão Evitamento Cognitivo e as dimensões Satisfação Sexual, Confiança e Auto-Estima, apresenta-se significativa ($p < 0,05$), positiva e muito fraca ($0 < r < 0,19$), o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, aumentam os níveis de Satisfação.

A correlação entre a dimensão Fatalismo e qualquer uma das dimensões de QSRS é uma correlação significativa ($p < 0,05$), positiva ($r > 0$), o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, aumentam os níveis de Satisfação. Apresenta-se correlação fraca entre a dimensão Fatalismo e as dimensões Satisfação sexual ($r = 0,209$), Confiança ($r = 0,253$) e Autoestima ($r = 0,261$). Verifica-se correlação muito fraca entre as dimensões Fatalismo e Relacionamento Geral ($r = 0,180$).

Influência dos diferentes tipos de cancro na Imagem corporal

A nível descritivo, a ordenação média relativa aos tipos de cancros e imagem corporal, o cancro da Mama é a mais elevada ($OM = 184,10$), o que indica maiores pontuações na escala BIS nestes indivíduos, logo mais preocupação com a imagem corporal. Seguido do grupo Urogenital com $OM = 155,32$. O grupo dos Tumores líquidos apresentou a ordenação média mais baixa com $119,21$. O teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças são altamente significativas ($H = 25,396$, $p = 0,000$), isto é, há evidências estatísticas para afirmar que os níveis de imagem corporal diferem consoante o tipo de cancro.

Correlação entre a imagem corporal e idade

A correlação entre a variável do valor global da Bis e a idade é negativa e muito fraca ($r = -0,110$), o que indica que quanto maior a faixa etária, menor é a pontuação total na escala BIS. No entanto, a correlação não é estatisticamente significativa ($p = 0,054$).

Influência da existência de companheiro na imagem corporal

A nível descritivo, verificamos que os resultados médios obtidos são de 8,7000 para os indivíduos sem companheiro e de 7,0121 para os indivíduos com companheiro. Apesar de verificarmos que os resultados obtidos são ligeiramente superiores nos indivíduos sem companheiro, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, isto é, não há evidências estatísticas para afirmar que a existência de companheiro influencia a pontuação da escala BIS ($t = 1,732$, $p = 0,084$).

Relativamente ao teste t-student para amostras independentes, note-se que o teste de Levene apenas verifica a homogeneidade de variâncias, um dos requisitos dos testes paramétricos ($p = 0,975$).

Influência da escolaridade na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A nível descritivo, verifica-se que a ordenação média relativa ao grupo com escolaridade nível Superior é a mais alta em qualquer uma das dimensões (Satisfação Sexual OM=226,55, Confiança OM=223,85, Auto-Estima OM=226,36 e Relacionamento Geral OM=205,27, o que indica maiores níveis de satisfação nestes indivíduos, uma vez que ordenações superiores implicam valores absolutos da variável superiores. O grupo com escolaridade Básica 1º Ciclo é o que apresenta a ordenação média mais baixa nas dimensões Satisfação Sexual OM=109,36, Confiança OM=124,16 e na subdimensão Relacionamento Geral OM=129,99. O grupo com escolaridade Básica 2º Ciclo, apresenta a ordenação média mais baixa na subdimensão Auto-Estima OM=122,33.

O teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas considerando cada uma das dimensões ($p = 0,000$), isto é, existe evidência estatística para afirmar que os níveis de satisfação diferem consoante a escolaridade.

Influência da escolaridade na imagem corporal

A nível descritivo, verifica-se que a ordenação média na escala BIS relativa ao grupo com escolaridade nível Superior é a mais baixa (OM=142,85), o que indica menores pontuações nestes indivíduos, uma vez que ordenações inferiores implicam valores absolutos da variável inferiores. No entanto, o teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças encontradas não são significativas ($H=3,526$, $p=0,474$), isto é, não há evidências estatísticas para afirmar que a pontuação total na escala Bis difere consoante o nível de escolaridade.

Influência da escolaridade no ajustamento mental ao cancro

A nível descritivo, observa-se que a ordenação média relativa ao grupo com escolaridade nível Superior é a mais baixa nas dimensões Desânimo- Fraqueza (OM=108,48) e Preocupação Ansiosa (OM=132,68), o que indica menores pontuações nestes indivíduos, uma vez que ranks inferiores implicam valores absolutos da variável inferiores.

Na dimensão Espírito de Luta a ordenação média mais baixa (OM=134,04), verifica-se no grupo Básico 2º Ciclo e a ordenação média mais alta (OM=206,44), no grupo Superior.

Na dimensão Evitamento Cognitivo a ordenação média mais alta (OM=190,04) verifica-se no grupo Secundário e a mais baixa (OM=141,24) no grupo Básica 1º Ciclo.

Na dimensão Fatalismo, a ordenação média mais elevada (OM=196,61) verifica-se no grupo Secundário e a mais baixa (OM=134,65) no grupo Básico 2º Ciclo.

O teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças encontradas são significativas em qualquer uma das dimensões ($p<0,05$), isto é, há evidências estatísticas para afirmar que os resultados da escala Mini-Mac diferem consoante o nível de escolaridade.

Influência do tipo de tratamento atual na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

A nível descritivo, observa-se que o grupo Hormonoterapia é o que apresenta a ordenação média mais alta nas dimensões Satisfação Sexual OM=126,59, Confiança Final OM=114,06 e Relacionamento Geral OM=112,15, o que indica maiores pontuações nestes indivíduos, uma vez que ranks superiores implicam valores absolutos da variável Superiores. Na dimensão Auto Estima, observa-se que a ordenação média mais alta (OM=116,80) é a do grupo Radioterapia.

A ordenação média mais baixa observa-se no grupo Terapia combinada nas dimensões Satisfação Sexual OM=81,36, Confiança OM=87,83 e Auto-Estima OM=88,55.

O teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças encontradas são significativas na dimensão Satisfação Sexual ($H=13,050$, $p=0,005$), isto é, há evidências estatísticas para afirmar que os níveis de Satisfação Sexual diferem consoante o tipo de tratamento.

Relativamente às restantes dimensões, o teste de Kruskal-Wallis indica que as diferenças não são significativas ($p>0,05$), isto é, não há evidências estatísticas que permitam afirmar que os níveis de Confiança, ou de Auto-Estima ou de Relacionamento Geral diferem consoante o tipo de tratamento.

4 - Discussão

Neste capítulo fazemos a discussão dos resultados obtidos, contrapondo com investigações nacionais e internacionais que lhes sejam similares ou opostos e procurando dar resposta às inquietações que estiveram na génese deste estudo.

Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos que foram utilizados na investigação revelaram estar de acordo com os objetivos inicialmente traçados e com as características da amostra selecionada. O questionário usado como instrumento de colheita de dados, foi de autopreenchimento pelos utentes que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Este foi elaborado tendo em consideração algumas características da população, os objetivos do estudo e a preservação da confidencialidade e anonimato da informação recolhida.

Superadas algumas adversidades, considera-se que as opções metodológicas foram as mais adequadas ao estudo desenvolvido, dado que, com base nos resultados obtidos, foram atingidos os objetivos propostos, uma vez que foi possível realizar a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, avaliar a funcionalidade familiar, a influência da imagem corporal e do ajustamento mental à doença com a satisfação com o relacionamento conjugal/sexual.

Discussão dos resultados

Apresentamos de seguida os resultados obtidos com a nossa investigação. Para melhor compreensão, analisámos estes resultados de acordo com os objetivos inicialmente traçados para este trabalho.

Relativamente à amostra sobre a qual incidiu o estudo, constatou-se que é maioritariamente constituída por mulheres (61,5%) e 38,5% homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos ($M= 56,05$; $DP= 12,16$). O maior grupo etário localiza-se entre os 61-70 anos (29,09%). Segundo o *Surveillance Epidemiology and End Results* (SEER), entre 2003-2007, a média de idade ao diagnóstico foi 61 anos.

Do total da amostra, 81,21% dos participantes são casados ou vivem em união de facto. Sendo elevada a percentagem dos que residem apenas com esposa(o)/companheira(o) (65,45%).

Das mulheres da nossa amostra, 20,19% possui um curso superior, valor superior ao dos homens com 14,96%. Como refere Rosa (2011), o nível de escolaridade da população feminina em Portugal é já superior à do homem. Em cada 100 mulheres (ativas) 41 possuíam o ensino secundário e superior, enquanto em relação aos homens a proporção era mais baixa, já que 31 em cada 100 homens possuíam o ensino secundário e superior.

Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico;

Verificamos que os valores médios em todas as dimensões do Questionário de satisfação com o relacionamento sexual, são ligeiramente superiores nos homens. Satisfação Sexual: 19,0866 e 18,9409; Confiança: 25,2677 e 24,2266; Auto-Estima : 18,1890 e 17,3793; Relacionamento Geral: 7,0787 e 6,8473 no género masculino e feminino respetivamente. No entanto não existem diferenças estatisticamente significativas.

Os problemas sexuais afectam tanto os homens como as mulheres com neoplasias, sendo que estas disfunções acarretam consequências graves a nível psicológico e na qualidade de vida em geral, uma vez que estas disfunções são percebidas como falhas (Zebrack, Foley, Wittmann, & Leonard 2010).

As mulheres experienciam a fase de doença de forma distinta dos homens. Devido ao seu papel social de cuidadora, a mulher tem uma maior sobrecarga de trabalho, cuida menos de si, sendo que aumenta os seus níveis de stress e diminuiu a sua autoestima, que, por sua vez, influencia a sua disposição para a relação sexual (Cotrim, 2007). O que vai de encontro aos nossos resultados, que evidenciam maiores níveis em todas as dimensões nos homens.

No nosso estudo a ordenação média relativa ao grupo etário superior a 70 anos é a mais baixa em qualquer uma das dimensões, o que indica menores níveis de satisfação nestes indivíduos, uma vez que ordenações inferiores implicam valores absolutos da variável inferiores. O grupo etário inferior aos 40 anos obteve as maiores ordenações médias nas dimensões Satisfação Sexual e subdimensão Auto-Estima, enquanto que o grupo etário dos 40 aos 50 anos obteve a maior ordenação média na dimensão Confiança e na subdimensão Relacionamento Geral.

O estudo de Zebrack et al. (2010), afirma que não existem diferenças estatisticamente significativas de funcionamento sexual, ao nível da idade. No entanto, segundo Hardem, Northouse, Cimprich, Pohl, Liang, & Kershaw (2008), os pacientes de meia-idade (cerca de 50 anos) apresentam níveis mais satisfatórios de sexualidade que os indivíduos de idade mais avançada (cerca de 70 anos). Com o aumento da idade, o risco de complicações, de susceptibilidade a doenças e de recuperação aumenta, sendo que a capacidade de adaptação vai diminuindo (Hardem et al., 2008).

Salienta-se que as questões da sexualidade são importante para os pacientes de todas as idades, mas os efeitos que a doença oncológica acarreta, mostram-se mais nefastos para casais mais jovens dos que para os relacionamentos mais duradouros (Lindau et al., 2011). Esta constatação pode dever-se ao facto de existir um maior companheirismo nos relacionamentos mais longos.

A literatura demonstra que os relacionamentos são afectados de um modo negativo pela vivência de uma doença oncológica por parte de pelo menos um dos parceiros (Carpentier, & Fortenberry, 2010) sendo, no entanto, que relacionamentos estáveis e satisfatórios antes do diagnóstico de neoplasia apresentam menores alterações ao nível da satisfação no relacionamento do casal, e são estes os pacientes que apresentam maior satisfação ao nível da sexualidade (Ramos et al., 2005).

No nosso estudo apenas na subdimensão Relacionamento Geral se verifica uma ordenação média bastante superior nos indivíduos com companheiro. Segundo Baine, Sahak, Lin, Chakraborty, Lyden e Batra, 2011, Indivíduos casados apresentam maiores níveis de satisfação com a relação em geral e de autoestima.

Os indivíduos solteiros da nossa amostra foram os que apresentaram melhores níveis de satisfação com o funcionamento sexual. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Vilarinho (2010), onde se denota que mulheres casadas apresentam níveis inferiores de satisfação sexual comparadas com mulheres solteiras e divorciadas.

A ordenação média relativa ao grupo com escolaridade de nível Superior é a mais alta em qualquer uma das dimensões, o que indica maiores níveis de satisfação nestes indivíduos. O grupo com escolaridade Básica 1º Ciclo é o que apresenta a ordenação média mais baixa nas dimensões Satisfação Sexual, Confiança e na subdimensão Relacionamento Geral. Provavelmente o reduzido nível de escolaridade

influência a compreensão generalizada sobre o diagnóstico e tratamentos propostos, as suas consequências e até o prognóstico. Fernandes (2009) constatou que as pacientes com menor escolaridade compreendem pior a doença em comparação com as que têm maior escolaridade, pelo que se demitirão de recorrer a estratégias activas de combate à doença.

Caracterizar as variáveis clínicas que influenciam a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico;

A disfunção sexual no nosso estudo foi relatada por 32,42% da amostra, com os homens a referirem mais casos, como a amostra era maioritariamente feminina, o valor é ligeiramente inferior aos estudos referidos, necessitando de uma leitura cuidada. Ausência ou diminuição de frequência sexual e intimidade foi relatada por 59% e 79% de mulheres e homens, respectivamente (Hawkins, Ussher, Gilbert, Perz , Sandoval & Sundquist, 2009). Uma metanálise encontrou 40% a 100% de incidência de disfunção sexual em homens e mulheres submetidos a tratamento oncológico (Derogatis &, Kourlesis, 1981).

A nível da satisfação sexual, o grupo do cancro urogenital da nossa amostra, apresenta os níveis mais baixos (OM=105,59), seguido do grupo Digestivo com (OM=171,14). O cancro urológico é o que apresenta um nível de satisfação com o funcionamento sexual mais baixo. Este facto pode ser explicado devido à área implicada neste tipo de cancro ser uma zona genital, e muito associado à masculinidade e respectiva sexualidade. Pacientes submetidos à prostatectomia radical referiram disfunção erétil em 60% a 90% dos casos versus 67% a 85% daqueles tratados com radioterapia para tumor de próstata (Smith, Carvalhal, Schneider, Krygiel, Yan , & Catalona 2000; Stanford, Feng, Hamilton, Gilliland , Stephenson , Eley, Albertsen, Harlan, & Potosky, 2000). Disfunção erétil acomete 75% dos homens, com idades compreendidas entre os 28 e 95 anos, no pós-tratamento de cancro colorretal (Ellis, Smith, Wilson, Warmington & Ismail, 2010). O cancro do aparelho digestivo também mostra baixos níveis de satisfação com o funcionamento sexual. Embora o aparelho digestivo não contemple os órgãos sexuais, exerce funções fundamentais para o ser vivo, nomeadamente ao nível dos intestinos e do controlo do esfíncter.

Os valores encontrados mostram, uma maior satisfação (OM= 181,57) nas pacientes com cancro de mama do que nos restantes anteriormente referidos. Apesar de algumas pacientes manterem-se sexualmente activas, muitas referem não sentir prazer na relação (Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012)

As alterações corporais provocadas pelos tratamentos, foram manifestadas por 87,27% da amostra. A perda de cabelo foi a mais referida com 62,04% correspondendo a 71,42% nas mulheres e 33,85% nos homens. A fadiga apresenta valores idênticos com 61,51% da amostra, sendo 68,96% no sexo feminino e 49,60% no sexo masculino. As náuseas surgem em terceiro lugar com 45,45% da amostra. Os valores estão de acordo com os estudos que referem, a fadiga, a anorexia, as náuseas e os vómitos que são consequência da própria doença ou do seu tratamento afectam igualmente a qualidade de vida do doente. Todos estes factores interagem e potenciam-se afectando a libido e a sexualidade do doente oncológico (Dinis & Barros, 2014). A mais transversal em relação a idade, sexo, tipo de cancro e tratamento recebido é a fadiga (Battaglini, Bottaro, Dennehy, Borfoot, Shields, Kirk, & Hackney 2006; Diettrich, Miranda, Honer, Furtado & Correa, 2006; Gianini, 2004; Ishikawa, Derchain & Thuler 2005; McAuley, White, Rogers, Motl, & Courneya, 2010; Siegel et al., 2012).

O grupo de pacientes, no período de diagnóstico entre 4 e 5 anos, são os que apresentam valores menos satisfatórios na dimensão funcionamento sexual. Como se confirma pelo estudo de Goldfarb, Abramsohn, Andersen, Baron, Carter, Dickler, Florendo e Lindau (2013), para além do período de tratamento, os sintomas e os níveis de bem-estar dos pacientes oncológicos necessitam de ser alvos de atenção nos anos após o término dos tratamentos. Estes efeitos prolongam-se no tempo, pelo que devem ser trabalhados mesmo após terem sido terminadas as terapêuticas. Seguidos dos pacientes aos quais foi diagnosticado cancro há menos de um ano. Este facto vai de encontro à literatura uma vez que estes pacientes são os que na sua maioria se encontram em fase de tratamento e como tal sentem os efeitos causados pelos mesmos (Costa & Migliorati, 2001; Trufelli et al., 2008), para além dos transtornos psicológicos prevalentes nesta população como a depressão, ansiedade ou ambos (Moreira et al., 2008; Pereira et al., 2005).

A ordenação média relativa ao tempo de diagnóstico superiores a 5 anos, é a mais elevada em qualquer uma das dimensões, o que indica maiores níveis de satisfação nestes indivíduos. De acordo com a literatura que refere após cinco anos, os níveis de satisfação do funcionamento sexual aumentam ligeiramente. Esta situação pode dever-se por ter sido ultrapassados os cinco anos iniciais após o diagnóstico de cancro, que é o tempo estipulado para se poder utilizar o termo “sobrevivente de cancro”, o que em termos psicológicos ajuda a iniciar uma nova fase (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A ordenação média mais baixa em relação ao tratamento realizado no momento do questionário, observou-se no grupo da Terapia combinada (onde os efeitos secundários dos diversos tratamentos se acumulam, como é o caso da quimiorradiação), nas dimensões Satisfação Sexual, Confiança e Auto-Estima. O grupo a efectuar Quimioterapia apresentou valores semelhantes. De acordo com os estudos que referem, a quimioterapia que se mostra um dos procedimentos mais utilizados no tratamento do cancro, contempla diversos efeitos adversos. De acordo com a literatura este procedimento terapêutico influencia negativamente a relação sexual, uma vez que acarreta como efeitos negativos diversas alterações a nível hormonal que impedem um funcionamento sexual satisfatório (Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007). Tal como afirma Cavalheiro et al., (2012) a quimioterapia tem um efeito muito significativo na vertente sexual, nomeadamente ao nível do funcionamento sexual onde os efeitos secundários da quimioterapia como a perda de cabelo, o aumento do peso, náuseas, vómitos, diminuem a auto-estima e a libido. Indivíduos que tiveram tratamento de radioterapia manifestam uma menor satisfação ao nível do funcionamento sexual. Estes resultados encontram-se de acordo com estudos de Muniz e Zago (2008), que denotam os diversos efeitos adversos que a radioterapia acarreta, nomeadamente ao nível da sexualidade.

Analisar a relação entre a funcionalidade familiar e a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico;

Dos sujeitos da amostra, 85,8% apresenta uma família altamente funcional e maiores níveis de funcionalidade familiar, são encontrados na amostra com companheiro. Tal como afirma Ramos et al. (2005), o bom relacionamento nos casais e família, evidencia um bom ajustamento e à nova realidade, sendo que o apoio prestado por estes, melhora o relacionamento em geral. Este apoio fomenta a

auto-estima, o que vai de encontro aos nossos resultados, que evidencia a relação positiva entre o apoio da família e dos amigos.

A literatura destaca em grande escala a relação positiva entre a satisfação com a família e o funcionamento sexual (Lindau et al., 2011; Ramirez et al., 2009; Vilarinho, 2010), sendo que a satisfação com a relação conjugal é também um dos maiores preditores de satisfação com o funcionamento sexual (Ramos et al., 2005). O desenvolvimento de relações próximas e coesas permite fomentar o apoio e a segurança que os pacientes necessitam na fase do adoecer, como a partilha de acontecimentos com os familiares significativos (Remondes-Costa & Pais-Ribeiro, 2012).

A crise do diagnóstico acarreta uma situação de stresse, alterações no estilo de vida, susceptíveis de afectar não só a qualidade de vida do paciente, mas igualmente a do cônjuge (Correia, 2010). Deste modo, o diagnóstico de doença oncológica pode ter uma influência negativa no relacionamento familiar e no ajustamento conjugal dos pacientes. No entanto, a forma como o casal enfrenta a situação depende do seu funcionamento anterior, isto é, da qualidade da relação e dos padrões de interacção antes da situação de doença, que pode incrementar, ou não, a capacidade dos cônjuges fornecerem suporte um ao outro (Picard et al., 2005).

Relacionar a imagem corporal com a satisfação com o relacionamento sexual do doente oncológico;

O grupo do cancro da Mama na nossa amostra, foi o que apresentou a ordenação média mais elevada em relação à imagem corporal, o que indica maiores pontuações na escala BIS nestes indivíduos, logo mais preocupação com a imagem corporal. Seguido do grupo Urogenital.

O cancro de mama é um dos cancros onde esta vertente é mais estudada. Para além da mama ser um dos símbolos privilegiados da feminilidade, também é um dos focos da maternidade e de toda a carga emocional representada pela gravidez (Elsner et al, 2005; Gianini, 2004; Ramirez et al., 2009; Remondes-Costa, Jimenez, & Pais-Ribeiro, 2012). Deste modo a dimensão do funcionamento sexual ressentem-se, tanto pelo aspecto psicológico, como também pelas condicionantes físicas resultantes dos tratamentos (Patrão, Leal, & Marôco, 2012). No nosso estudo a ordenação média

relativa ao tipo de cancro da Mama é a mais elevada, o que indica maiores pontuações na escala BIS nestes indivíduos, logo maior preocupação com a imagem corporal.

Outros tipos de cancro são também afectados na sua dimensão sexual e respectivo funcionamento sexual, indo de encontro ao que os nossos resultados apontam (Gianini et al. 2004; Lindau et al., 2011; Melisko et al., 2010; Moreira et al. 2008). O cancro ginecológico é um exemplo de cancro, que mais afectam as mulheres, uma vez que provoca alterações na região genital e afecta a imagem corporal o que se traduz numa diminuição da satisfação com o funcionamento sexual (Sacerdoti et al., 2010). Por sua vez, o cancro colon-rectal também traz grandes implicações ao nível da auto-imagem e da sexualidade, para ambos os sexos, principalmente, para os pacientes ostomizados (Altschuler et al., 2009). Este é um ponto fulcral nos pacientes com cancro nos intestinos, uma vez que as ostomias, revelam ser de grande influência no quotidiano e na qualidade de vida destes pacientes. O facto de terem por diversas vezes de realizar as suas excreções no saco removível, cria alterações na imagem corporal, sentimentos de menos-valia e, conseqüentemente acarreta alterações a nível sexual (Ramirez et al., 2009).

Comparar o ajustamento mental ao cancro e a satisfação do relacionamento sexual do doente oncológico;

O estudo demonstrou uma correlação significativa e negativa, entre a Dimensão Desânimo – Fraqueza e a dimensão Preocupação Ansiosa com todas as dimensões de QSRS, o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, diminuem os níveis de Satisfação.

A correlação entre a dimensão Espírito de Luta e qualquer uma das dimensões de QSRS é significativa, positiva e fraca, o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, aumentam os níveis de Satisfação.

A correlação entre a dimensão Evitamento Cognitivo e as dimensões Satisfação Sexual, Confiança e Auto-Estima, apresenta-se significativa, positiva e muito fraca, o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, aumentam os níveis de Satisfação.

A correlação entre a dimensão Fatalismo e qualquer uma das dimensões de QSRS é uma correlação significativa, positiva, o que indica que quando aumenta a pontuação da dimensão, aumentam os níveis de Satisfação.

As alterações do humor e do comportamento que oscilam entre a depressão, a apatia, a resignação, a recusa social, o isolamento e o desinteresse pelas actividades diárias afectam de modo transversal o doente oncológico no decurso da doença. Todos estes estados de espírito têm impacto na qualidade de vida do doente, bem como nas suas motivações pessoais e na forma de relacionamento com todos os que interagem na sua vida pessoal e íntima (Jefford, Karahalios, Pollard, Baravelli, Carey, Franklin, Aranda, & Schofield, 2008; Simard, Thewes, Humphris, Dixon, Hayden, Mireskandari, & Oza-kinci, 2013).

Os estudos demonstram que a doença oncológica provoca alterações psicológicas nos indivíduos, de onde se destacam a sintomatologia depressiva e ansiosa (Pereira et al., 2005), deste modo, o ajustamento mental à doença desempenha um papel fulcral na vivência da doença.

Observou-se que a ordenação média relativa ao grupo com escolaridade nível Superior é a mais baixa nas dimensões Desânimo- Fraqueza e Preocupação Ansiosa e mais elevada na dimensão Espírito de Luta. De acordo com o estudo de Varela & Leal, (2007), a escolaridade tem, também, influência no ajustamento mental. Mulheres com menor escolaridade utilizam preferencialmente estratégias de Desânimo-Fraqueza e Preocupação Ansiosa e as mulheres com maior escolaridade utilizam preferencialmente estratégias de espírito de luta e evitamento cognitivo. Outros estudos mostraram já que quanto maior o nível de escolaridade das mulheres menor a utilização da preocupação ansiosa .

O estado civil parece igualmente associar-se ao ajustamento mental. As mulheres casadas e as que vivem em união de facto recorrem mais a preocupação ansiosa comparativamente com as mulheres divorciadas e viúvas. Este facto pode ficar a dever-se à circunstância de vivenciarem uma relação afectiva muito próxima com um parceiro que temem poder vir a ficar sozinho, no caso do desfecho negativo da doença. Outros estudos não encontraram uma relação entre o estado civil ao nível do ajustamento mental à doença oncológica (Varela & Leal, 2007).

A auto-percepção que os participantes do nosso estudo tem do seu estado de saúde, é semelhante para ambos os géneros, com 59,39% da amostra a referir ter uma saúde razoável. A variável percepção da gravidade da doença evidenciou, como esperado, uma correlação significativa com as estratégias de coping de

Desânimo/Fraqueza e Preocupação Ansiosa, mostrando que quanto mais grave é percebida a doença pelo doente, maiores níveis de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa apresenta (Batista, Cunha, Galhardo, & Couto, 2016).

Os estados mentais de ajustamento à doença mais utilizados pela nossa amostra são a Preocupação Ansiosa, de seguida verifica-se o Fatalismo e o Desânimo–Fraqueza. Maiores níveis de respostas adaptativas e de coping à doença, relacionam-se com melhores prognósticos de doença e melhores níveis de qualidade de vida (Patrão, Leal, & Marôco, 2011). As reacções negativas, influenciam negativamente o funcionamento sexual do indivíduo. Assim, quanto mais elevado for o número de reacções e estratégias negativas utilizadas menor é o nível da satisfação no funcionamento sexual.

Na maioria dos doentes crónicos, há uma perda global do seu interesse por sexo. Esta é a mais complexa e difícil de tratar de todas as disfunções sexuais, pois assenta em problemas psíquicos secundários, como o cansaço, a duração da situação de doença, a perda de autonomia, liberdade e ainda a angústia do diagnóstico e possibilidades por vezes escassas de cura (Valério, 2007).

5 - Conclusões

A doença oncológica acarreta uma situação de stresse e mudanças na vida pessoal, familiar e social que alteram o estilo e qualidade de vida não só dos pacientes, mas igualmente dos seus companheiros, familiares e amigos.

O presente estudo procurou analisar a influência da doença oncológica na vivência da sexualidade do doente oncológico. Ficou evidente que o cancro tem uma influência negativa na sexualidade, nomeadamente ao nível do funcionamento sexual. Baseado nos resultados obtidos pretendemos implementar projetos de apoio psicoterapêutico às alterações manifestadas.

Amostra constituída por 203 mulheres (61,5%) e 127 homens (38,5%), com idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos ($M= 56,05$; $DP= 12,16$). Verificamos que a grande maioria está casada ou vive em união de facto, e é elevada a percentagem dos que residem apenas com esposa(o)/companheira(o). Quanto ao local do tumor, o do aparelho digestivo apresenta maior prevalência nos homens e no género feminino o destaque vai para o tumor da mama. O tempo de diagnóstico na nossa amostra situa-se no intervalo entre 1 e 3 anos (81,21%).

Evidenciou diferenças estatísticas para afirmar que os níveis de satisfação diferem consoante o grupo etário, o nível de escolaridade e a localização do tumor.

Verificou que as mudanças na imagem corporal influenciam negativamente o nível de satisfação com a sexualidade e os níveis de imagem corporal diferem consoante o tipo de cancro.

Demonstrou a influência do apoio familiar e do ajustamento mental ao nível da sexualidade, sendo que os maiores níveis de apoio e de ajustamento mental manifestam-se numa maior satisfação com a sexualidade.

Apesar das dificuldades que os pacientes e os seus companheiros possam enfrentar ao longo da vivência da doença, todo este processo pode envolver também mudanças positivas e proporcionar uma oportunidade para reintegrar as mudanças ao nível da satisfação com o relacionamento sexual, ajustamento conjugal e imagem corporal de modo a alcançar-se uma boa recuperação e uma melhor qualidade de vida.

Em relação às sugestões para futuras investigações, poderia ser pertinente avaliar, igualmente, a qualidade de vida dos companheiros. Tal poderia permitir uma

melhor compreensão do suporte que é fornecido pelos mesmos aos pacientes, compreendendo também a sua percepção quanto ao seu nível de ajustamento conjugal.

Neste estudo são considerados de forma desequilibrada pacientes de ambos os géneros, o que pode ter tido influência nos resultados obtidos. Deste modo, em investigações futuras seria importante considerar o mesmo número de pacientes de ambos os géneros, de forma a perceber a existência de diferenças nos resultados.

Seria pertinente, em estudos posteriores controlar a variável estadio da doença, no momento do preenchimento dos questionários, assim como ter em consideração se é o primeiro diagnóstico de cancro que recebe, ou se se trata de uma recidiva.

Com este estudo pode ser possível ajudar os profissionais de saúde a estarem mais atentos ao impacto que o diagnóstico e os tratamentos têm na qualidade de vida, ajustamento conjugal e imagem corporal dos pacientes. Como tal, estes pacientes, mas igualmente os seus familiares, e em particular os companheiros, podem ser ajudados a adaptarem-se melhor à trajectória da doença, facilitando a reabilitação destes doentes. A atenção dada ao companheiro não deve ser descurada ao longo do processo de doença, pelo que o seu acompanhamento por parte dos profissionais de saúde se torna importante para permitir aos cônjuges uma adaptação mais adequada às exigências da trajectória da doença, como a alteração de papéis e/ou distribuição de funções. Desta forma, para além de se procurar promover uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes, torna-se igualmente relevante envolver os companheiros ao longo da trajectória da doença, para que seja possível a promoção de uma relação conjugal satisfatória.

Pensamos que a realização deste trabalho trouxe algo de compensatório que durante algum tempo pareceu difícil de concretizar, não só pela temática em estudo mas também pelos objectivos que nos propusemos alcançar.

Referências Bibliográficas

- Abbott-Anderson, K., & Kwkkeboom, K. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology* 124 (2012) 477–489. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.030.
- Abrantes, P. Sexualidade e doença. In Fonseca, L., Soares, C., Machado Vaz, J. *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I*. Coimbra: Quarteto Editora. 2003:515-530.
- Agostinho, M., Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (32). Pp.18-21, Lisboa.
- Alfano, C., & Rowland, J. The experience of survival for patients: Psychosocial adjustment 2009. *Handbook of cancer control and behavioral science: A resource for researchers, practitioners, and policymakers*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009:413-430. Doi:org/10.1037/14499-023
- Almeida, T., Guerra, M., & Filgueiras, MS. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol.22 no.3 Rio de Janeiro 2012
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>
- Altschuler, A., Ramirez, M., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, MC., Herrinton, L., & Krouse, R. The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 2009, 36(3):299–305. doi:10.1097/WON.0b013e3181a1a1dc.

American Cancer Society. Cancer treatment and survivorship facts & figures 2012–2013. *American Cancer Society*, Atlanta (2012).

Anuário Estatístico de Portugal 2010 - INE

Araújo, A., Barata, F., Barroso, S., Cortes, P, Damasceno, M., Parreira, A., Espírito Santo, J., Teixeira, E., & Pereira R. (2009). Custo do tratamento do cancro em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 22(5): 525-536.

Auchincloss, S. (1990). *Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment*. In J. C.Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology– Psychological care of the patient with cancer* (pp. 383-413). New York: Oxford University Press.

Azeredo, Z., Matos, E. *Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar*. *Geriatrics J* [(20): 24-30,1989.

Baine, M., Sahak, F., Lin, C., Chakraborty, S., Lyden, E., & Batra, S. (2011). Marital Status and Survival in Pancreatic Cancer Patients: A SEER Based Analysis. *PLoS ONE*, 6(6): 1-9. Doi:10.1371/journal.pone.0021052

Barni, S., Mondin, R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol*. 1997 Feb;8(2):149-53.

Baser, R., Li, Y., & Carter, J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer*, Volume 118, Issue 18, pages 4606–4618, 15 September 2012. DOI: 10.1002/cncr.26739.

- Battaglini, C., Bottaro, M., Dennehy, C., Borfoot, D., Shields, E., Kirk, D., & Hackney, A. (2006). The effects of resistance training on muscular strength and fatigue levels in breast cancer patients. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 12(3): 139-144.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., & Couto, M. Ajustamento Mental ao Cancro do Pulmão: o papel da autocompaixão e do suporte social. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2016, Vol. 2 (1): 14-24.
- Bento, C., Philip, E.J., Baser, R.E., Carter, J., Schuler, T.A., Jandorf, L., Du-hamel, K., & Nelson, C. Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. *Psico-Oncology* 2016 Mar; 25 (3): 316-23. doi: 10.1002 / pon.3847.
- Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurra, P., Ponzone, R., Nappi, R.E., & Sismondi, P. Effects of Surgical and Adjuvant Therapies for Breast Cancer on Sexuality, Cognitive Functions, and Body Weight . *J Sexo Med*, 2010 maio; 7 (5): 1891-1900. doi: 10.1111 / j.1743-6109.2010.01725.x.
- Bloom, R., & Kessler, L. (1994). Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 118-133.
- Blum, K., Sherman, D.W. Understanding the experience of caregivers: A Focus in Transitions. *Seminars in Oncology Nursing* 2010; 26(4):243-258.
- Bober, S., Zhou, S., Chen, B., Manley, P., Kenney, L., & Recklitis, C. Sexual function in childhood cancer survivors: a report from Project REACH. *The Journal of Sexual Medicine*, 10 (2013), pp. 2084–2093. doi:10.1111/jsm.12193.

Brandão, T., & Matos, P. Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. vol.33 no.1 Lisboa jun. 2015
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>

Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. Hidden Morbidity in Cancer: Spouse Caregivers. *Journal of Clinical Oncology* 2007; Oct 20;25(30):4829-4834.

Breukink, SO., & Donovan, KA. Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors. *J Sex Med* 2013 Feb;10 Suppl 1:74-83. doi: 10.1111/jsm.12037.

Cappelleri, J., Duttagupta, S., Shpilsky, A., Diuguid, C., Stecher, V., Sweeney, M., & Althof, S. (2002). *Correlations between the erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction (EDITS) and the self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire following treatment with Viagra® (Sildenafil Citrate): Results from a multicenter open-label study.* 9th Annual Meeting of the International Society for Quality of Life Research.

Carolan, M., Meneses, KD., Shell, JA., & Zhang, Y. The longitudinal effects of cancer treatment on sexuality in individuals with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2008, 35:73-79.

Carpentier, M., & Fortenberry, J. (2010). Romantic and Sexual Relationships, Body Image, and Fertility in Adolescent and Young Adult Testicular Cancer Survivors: A Review of the Literature. *Journal of Adolescent Health*, 47(2): 115-125. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.04.005.

- Carr, V. Talking about sex to oncologists and about cancer to sexologists. *Sexologies* 2007, 16:267–272.
- Cícero, V., Coco, G. L., Gullo, S., & Verso, G. L. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1045-1052. doi: 10.1002/pon.1390.
- Corte, H., Lefèvre, J., Dehnis, N., Shields, C., Chaouat, M., Tiret, E., & Parc, Y. Female sexual function after abdominoperineal resection for squamous cell carcinoma of the anus and the specific influence of colpectomy and vertical rectus abdominis myocutaneous flap. *Colorectal Disease*, July 2011, Volume 13, pages 774–778, DOI: 10.1111/j.1463-1318.2010.02285.x.
- Cotrim, H. (2007). Impacto do Cancro Colorectal no Doente e Cuidadores/Família: Implicações para o Cuidar. *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto*, Porto.
- Das, P., Cantor, SB., Parker, CL., Zampieri, JB., Baschnagel, A., Eng, C., Delclos, ME., Krishnan, S., Janjan, NA., & Crane, CH. Long-term quality of life after radiotherapy for the treatment of anal cancer. *Cancer*, 2010 Feb 15;116(4):822-9. doi: 10.1002/cncr.24906.
- De Angelis, R., Sant, M., Coleman, MP., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., Trama, A., Visser, O., Brenner, H., Ardanaz, E., Bielska-Lasota, M., Engholm, G., Nennecke, A., Siesling, S., Berrino, F., & Capocaccia, R. (2014) Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncology* 2014; 15(1):23-34. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70546-1.

Derogatis, LR., Kourlesis, SM. An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *CA Cancer J Clin.* 1981 Jan-Feb;31(1):46-50.

DeSantis, C., Lin, C., Mariotto, A., Siegel, R., Stein, K., Kramer, J., Alteri, R., Robbins, A., & Jemal, A. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal For Clinicians* 2014; 64(4):252-271.

DGS (2013). Portugal: Doenças Oncológicas em números- 2013. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013>

Dietrich, S., Miranda, C., Honer, M., Furtado, E., & Correa Filho, R. (2006). Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 14(1): 7-12.

Dinis & Barros, 2014. *Manual de medicina sexual - Sociedade Portuguesa de Andrologia.* acedido em www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf

Ellis, R., Smith, A., Wilson, S., Warmington, S., & Ismail, T. The prevalence of erectile dysfunction in post-treatment colorectal cancer patients and their interests in seeking treatment: a cross-sectional survey in the west-midlands. *J Sex Med.* 2010 Apr;7(4 Pt 1):1488-96. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01461.

Elsner, V., Trentin, R., & Horn, C. (2009). *Efeito da hidroterapia na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.* *Arquivo Ciência e Saúde*, 16(2): 67-71.

Fernandes, R. (2009). Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro da mama: o papel do estado emocional, das representações da doença, do optimismo e dos benefícios percebidos (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.

Fingeret, MC., Yuan, Y., Urbauer, D., Weston, J., Nipomnick, S., & Weber, R. The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psychooncology* 2012 Aug;21(8):836-844. doi: 10.1002/pon.1990

Fleury, H., Pantaroto, H., & Abdo, N. (2011). Sexualidade em Oncologia. *Diagn Tratamento*. 2011;16(2):86-90.

Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2009.

Galbiatti, AL., Padovani-Junior, JÁ., Maníglia, JV., Rodrigues, CD., Pavarino, ÉC., & Goloni-Bertollo, EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013 Mar-Apr;79(2):239-247.

Galbraith, ME., Fink, R., & Wilkins, GG. Couples Surviving Prostate Cancer: Challenges in Their Lives and Relationships. *Semin Oncol Nurs* 2011,27:300–308.

Ganz, A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, ML., & Petersen, L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat*, 1996;38:183-99.

- Ganz, A., Desmond, A., Leedham, B., Rowland, H., Meyerowitz, & Belin, R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49. doi: 10.1093/jnci/94.1.39
- Gatta, G., Mallone, S., van der Zwan, JM., Trama, A., Siesling, S., & Capocaccia, R. Cancer prevalence estimates in Europe at the beginning of 2000. *Annals of Oncology* 2013; 24(6):1660-1666. doi: 10.1093/annonc/mdt030.
- Gianini, M. (2004). *Câncer e gênero: Enfrentamento da doença*. Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Gilbert, E., Ussher, JM., & Perz, J. Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas* 2010, 66:397–407.
- Gilbert, E., Ussher, JM., & Perz, J. Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas* 2011, 70:42–57.
- Goldfarb, S., Abramsohn, E., Andersen, B., Baron, S., Carter, J., Dickler, M., Florendo, J., & Lindau, S. (2013). A National Network to Advance the Field of Cancer and Female Sexuality. *Journal of Sexual Medicine*, 10(2): 319-325. Doi:10.1111/jsm.12061.
- Gurevich, M., Bishop, S., Bower, J., Malka, M., & Nyhof-Young, J. (2004). (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Soc Sci Med* 2004; 58(9):1597-1607. doi:10.1016/S0277-9536(03)00371-X.
- Haboubi, J., & Lincoln, N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 291–296.

Harden, J., Northouse, L., Cimprich, B., Pohl, J., Liang, J., & Kershaw, T. (2008). The Influence of Developmental Life Stage on Quality of Life In Survivors of Prostate Cancer and Their Partners. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(2): 84-94. Doi:10.1007/s11764-008-0048-z.

Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (2009). Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nursing* 2009 Jul-Aug; 32(4):271-280. doi: 10.1097/NCC.0b013e31819b5a93.

Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, GE., Stenlake, A., Hobbs, KM., Brand, A., & Wain, G. Long-term survival from gynecological cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic Oncology* 2007; 104: 381–389. doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.036.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer. Volume 37, Issue 2, January 2001, Pages 189–197.* doi:10.1016/S0959-8049(00)00353-1.

Hordern, J., Street, F. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 2007, 186:224–227.

INE (2014)- Anuários Estatísticos-2014. Acedido em:

<https://www.ine.pt/.../xmain?...Anuários+estatísticos..>

- Ishikawa, N., Derchain, S., & Thuler, L. (2005). Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4): 313-318.
- Jankowska, M. Sexual functioning of testicular cancer survivors and their partners – A review of literature. *Rep Prac Oncol Radiother* 2012, 17:54–62.
- Jefford, M., Karahalios, E., Pollard, A., Baravelli, C., Carey, M., Franklin, J., Aranda, S., & Schofield, P.(2008). Survivorship issues following treatment completion—results from focus groups with Australian cancer survivors and health professionals. *Journal of Cancer survivorship* 2008; 2(1):20-32. Doi: 10.1007/s11764-008-0043-4.
- Jensen, P., Groenvold, M., Klee, C., Thranov, I., Petersen, A., & Machin, D. (2003). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology*, 56(4), 937–949. Doi: 10.1016/S0360-3016(03)00362-6
- Kaplan, HS. (1992). A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18 (1) Spring, 3-20.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, M., Park, S., Lee, E., Ro, J., Kang, H., Shin, K., Lee, K., Chung, K., Kim, S., & Yun, Y. (2010). Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*, 19, 1379-1392. doi: 10.1007/s00520-010-0960-4

- Lewis, FM., Hammond, MA. The father's, mother's, and adolescent's functioning with breast cancer. *Family Relations* 1996; 45(4):456-465.
- Lindau, S., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. (2011). Communication about Sexuality and Intimacy in Couples Affected by Lung Cancer and their Clinical Care Providers. *Psychooncology* 2011; 20(2):179-185. Doi: 10.1002/pon.1787.
- Lindley, C., Vasa, S., Sawyer, T., & Winer, P. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 1998;16(10):1380-1387.
- McAuley, E., White, S., Rogers, L., Motl, R., & Courneya, K. (2010). Physical Activity and Fatigue in Breast Cancer and Multiple Sclerosis: Psychosocial Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 72(1): 88-96.
- Manne, S, & Badr, H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer* 2008 Jun 1;112 (11 Suppl):2541-55. doi: 10.1002/cncr.23450.
- Marcon, S., Radovanovic, C., Weidman, M., Oliveira, M., & Sales, C. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 14(Esp): 116-124.
- Melisk, M., Goldman, M., & Rugo, H. (2010). Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *Journal of Cancer Survivorship*, 4: 247-255. Doi: 10.1007/s11764-010-0130-1
- Monteiro, S., Torres, A. , Morgadinho, R., & Pereira, A. Psychosocial outcomes in young adults with cancer: emotional distress, quality of life and personal growth. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013 Dec;27(6):299-305. doi: 10.1016/j.apnu.2013.08.003.

- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, C. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS): Psychometric proprieties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010 Apr;14(2):111-8. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.007.14, 11-118.
- Mullan, F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine* 1985 Jul 25;313(4):270-273.
- Namm, JP., Li, Q., Lao, X., Lubman, DM., He, J., Liu, Y., Zhu, J., Wei, S., & Chang, AE. B Lymphocytes as effector cells in the immunotherapy of cancer. *J Surg Oncol*. 2012 March 15; 105(4): 431–435. doi:10.1002/jso.22093.
- Northouse, L., Williams, L., Given, B., & McCorkle, R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Apr 10;30(11):1227-34. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5798.
- Pais-Ribeiro, J., & Raimundo, A. (2005). Estudo de Adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em Mulheres com Incontinência Urinária. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 6(2): 191-202.
- Pais-Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2): 231-247.
- Pan American Health Organization (PAHO-2000). *Promotion Sexual Health of Recommendations for Action*, Antigua Guatemala, Guatemala, May 19-22, 2000. Acedido em www.paho.org
- Pascoal, P., Raposo, C., & Gomes, A., (2015). Saúde sexual da pessoa com doença oncológica. *Psico-Oncologia Temas Fundamentais*, 2015, Lidel. 313-323.

- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e sua família*. (2ª ed.) Manuais Universitários: Climepsi.
- Perz, J., Ussher, J. & Gilbert, E. Constructions of sex and intimacy after cancer: Q methodology study of people with cancer, their partners, and health professionals, *BMC Cancer*, 2013;13:270 DOI: 10.1186/1471-2407-13-270
- Pucciarelli, S., Del Bianco, P., Efficace, F., Serpentine, S., Capirci, C., De Paoli, A., Amato, A., Cuicchi, D., Nitti, D. Patient-reported outcomes after neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer: a multicenter prospective observational study. *Ann Surg*. 2011 Jan;253(1):71-7. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181fcb856.
- Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, MC., & Krouse, RS. Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women Health* 2010;49:608–624.
- Ramos, R. & Monteiro, L. Cancro da próstata e urogenital. *Psico-Oncologia Temas Fundamentais*, 2015, Lidel. 135-140.
- Redko, C. (1994). Representações da doença dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncológica Brasileira* 14(5): 231-237.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 2008;110:9–17. DOI: 10.1007/s10549-007-9706-5

- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Imagem Corporal, Sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Publicação Prévia
- Resnick, M., Koyama, T., Fan, K., Albertsen, P., Goodman, M., Hamilton, A., Hoffman, R., Potosky, A., Stanford, J., Stroup, A., Van Horn, L., & Penson, D. Long-Term Functional Outcomes after Treatment for Localized Prostate Cancer. *New England Journal Medicine*, 2013; 368:436-445. DOI: 10.1056/NEJMoa1209978
- Robert, B., Joyce, E., Stephen, K., Catalan, J., Wheeler, D., & Darby, B. Reciprocal Concessions Procedure for Inducing Compliance: The Door-in-the-Face Technique. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975, Vol. 31, No. 2, 206-215. Doi.org/10.1037/h0076284.
- RORCentro. *Registo Oncológico Nacional 2008*. Coimbra: Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, RORCentro, 2014.
- Rosa, E. (2011). – Economista –acedido em www.eugeniorosa.com
- Rowland, J., Kent, E., Forsythe, L., Loge, J., Hjorth, L., Glaser, A., Mattioli, V., & Fossa, S. Cancer survivorship research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? *Cancer*. 2013 June 1; 119(0 11): 2094–2108. doi:10.1002/cncr.28060.
- Sacerdoti, R., Lagana, L., Koopman, C. Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychology: Research and Practice* 2010; December ; 41(6): 533–540. Doi:10.1037/a0021428.

Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A., Schover, L., Wang, R., & Incrocci, L. Cancer and Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine*. Volume 7, Issue 1, Part 2, January 2010, Pages 349–373. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01620.x

Schover, L., Kaaij, M., Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *European Journal of Cancer Supplements*, Volume 12, Issue 1, June 2014, Pages 41–53. doi:10.1016/j.ejcsup.2014.03.004

Schover, R., Yetman, J., Tuason, J., Meisler, E., Esselstyn, B., Hermann, E., Grundfest-Broniatowski, S., & Dowden, V. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*. 1995 Jan 1;75(1):54-64. Doi: 10.1002/10970142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I.

Schumacher, K., Stewart, B.J., Archbold, P.G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nurse Forum* 2008 Jan;35(1):49-56. doi: 10.1188/08.ONF.49-56.

Sekse, R.J., Raaheim, M., Blaaka, G., & Gjengedal, E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010 Dec;24(4):799-807. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x.

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 137-150.

- Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise psicológica*, 2 (23): 137-150.
- Sharma, P., Wagner, K., Wolchok, J., & Allison, J. Novel cancer immunotherapy agents with survival benefits: recent successes and next steps. *Nat Rev Cancer*. 11(11): 805–812. Doi:10.1038/nrc3153.
- Sharpea, L., Patela, D. & Clarke, S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research* 70 (2011) 395–402 .
- Siegel, R., Miller, K., Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015 Jan-Feb;65(1) :5-29. doi: 10.3322/caac.21254.
- Siegel, R., Miller, K., Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016;66:7–30
- Silva, Ramos, & Silva, 2014. *Manual de medicina sexual* - Sociedade Portuguesa de Andrologia. Acedido em:
www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, MC. Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Rev Port Saúde Pública*, 2011;29(1):64-76
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic

review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship* 2013, 7(3): 300-322. Doi: 10.1007/s11764-013-0272-z.

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6). Pp.1231-1239.

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, Aug;15(2):303-311.

Smith, D., Carvalhal, G., Schneider, K., Krygiel, J., Yan, Y., & Catalona, W. Quality-of-life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. *Cancer*.2000Mar15;88(6):1454-1463.

Doi:10.1002/(SICI)10970142(20000315)88:6<1454::AID-CNCR25>3.0.CO;2-S

Stanford, J., Feng, Z., Hamilton, A, Gilliland, F., Stephenson, R., Eley, J., Albertsen, P., Harlan, L., & Potosky, A. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA*. 2000 Jan 19;283(3):354-360. Doi:10.1001/jama.283.3.354.

Stead, M., Fallowfield, L., Brown, J., & Selby, P. (2001). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, 323 (7317), 836-837. Doi:10.1136/bmj.323.7317.836.

Stuckey, G. Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: The influence of endogenous and exogenous sex hormones. *J Sex Med*, 2008;5:2282–90.

Surveillance Epidemiology and End Results. Disponível em:

<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>

Taylor, K., Luta, G., Miller, A.B., Church, T.R., Kelly, S.P., Muenz, L.R., Davis, K., Dawson, D., Edmond, S., Reding, D., Mabie, J. & Riley, T. Long-term disease-specific functioning among prostate cancer survivors and noncancer controls in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial. *J Clin Oncol*, 30 (2012), pp. 2768–2775. DOI:10.1200/JCO.2011.41.2767.

Teo, I.; Fronczyk, K., Guindani, M., Vannucci, M., Ulfers, S., Hanasono, M., & Fingeret, M. Salient body image concerns of patients with cancer undergoing head and neck reconstruction. *Head Neck*, 2016 Jul 11;38(7):1035-1042. DOI 10.1002/hed.24415.

Thong, MS., Mols, F., Lemmens, VE., Rutten, HJ., Roukema, JÁ., Martijn, H., & van de Poll-Franse, LV. Impact of preoperative radiotherapy on general and disease-specific health status of rectal cancer survivors: a population-based study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011 Nov 1;81(3):e49-58.
doi:10.1016/j.ijrobp.2010.12.030

Tojal, C., & Costa, R. Ajustamento mental ao cancro da mama: papel da depressão e suporte social. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15(3), 777-789. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150317>

Torres, Pereira, & Monteiro. Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental Para Sobreviventes de Cancro da Mama: Descrição de um Programa e Avaliação Preliminar da sua Eficácia. *Psychology, Community & Health*, 2012, Vol. 1(3), 300–312, doi:10.5964/pch.v1i3.55

- Valério, E. (2007). *Alteração do padrão da sexualidade no doente com doença oncológica*. Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Volume 64, Issue 1, Article first published online: 7 JAN 2014
- Varela, M., & Leal, M. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 23, 479-488.
- Vermeer, M., Bakker, M., Kenter, G., Stiggelbout, M., & Kuile, M. Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer* (2016) 24:1679–1687. DOI 10.1007/s00520-015-2925-0.
- Vilarinho, S. (2010). Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina-Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais. *Universidade de Coimbra-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação*, Coimbra.
- Watson, M., Greer, S., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, February 1988; 18(1):203-209.
Doi: org/10.1017/S0033291700002026.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.
- Wimberly, SR., Carver, CS., Laurenceau, JP., Harris, SD., & Antoni, MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consult Clin Psychol* 2005 Apr;73(2):300-311.

Woertman, L., van den Brink, F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res* 2012;49(2-3):184-211.
doi:10.1080/00224499.2012.658586.

World Health Organization. (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals.i* (Technical Report Series No. 572.) Acedido em: www.who.int/cancer/en/

World Health Organization. What constitutes sexual health? Reproductive Health Research program 2004; 67:2-3. Acedido em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/

WHO-FS_Cancer- Agency for Research on. Cancer (IARC). Media centre. 1. Page 1 of 4.WHOCancer.4/8/2011 <http://www.who.int/mediacentre>

Xu, P., Oosterveer, MH., Stein, S., Demagny, H., Ryu, D., Moullan, N., Wang, X., Can, E., Zamboni, N., Comment, A., Auwerx, J., & Schoonjans, K. LRH-1-dependent programming of mitochondrial glutamine processing drives liver cancer. *Genes & Development* 13 June 2016. DOI: 10.1101/gad.277483.116

Zebrack, B., Foley, S., Wittmann, D., & Leonard, D. (2010). Sexual Functioning in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Psychooncology*, 19(8): 814-822. Doi:10.1002/pon.1641.

Anexos

Anexo 1: Protocolo de avaliação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE:

Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar uma investigação com o tema “*Influência da Doença Oncológica na Vivência da Sexualidade*” e cujo objetivo principal é identificar a influência da doença oncológica na sexualidade.

A evolução dos conhecimentos científicos tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Assegurando que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados.

- Declaro ter compreendido os objetivos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou não participar.

Investigador: _____

Assim, depois de devidamente informado **autorizo a participação** neste estudo.

_____ (localidade), _____ de _____ de 2016

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar uma investigação cujo objetivo principal é identificar a influência da doença oncológica na sexualidade do doente oncológico. A evolução dos conhecimentos científicos tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados.

Questionário

Sexo:

Masculino Feminino

Idade: _____ anos.

Grau de escolaridade:

1º a 4º ano 5º a 6º ano 7º a 9º ano 10º a 12º ano
 Bacharelato Licenciatura Mestrado ou Doutoramento

Qual a sua situação conjugal?

Solteira/o União de Facto Casada/o Separada/o Divorciada/o Viúva/o

Tem filhos?

Sim Quantos? _____ Não. Ainda tem expectativas de ter filhos? _____

Qual a sua situação perante o trabalho?

Trabalha por conta própria Inativo/ Reformado Trabalha por conta de outrem

Qual a sua profissão? (Se estiver desempregado(a) ou reformado(a), a sua última profissão)

Quais os seus rendimentos mensais:

Sem rendimentos < 200 € entre 200 € e 485 > 486€

Atualmente onde vive?

Casa própria Casa arrendada Casa de familiares Lar Outro. Qual?

Atualmente vive com?

Sozinha/o Esposa/o/Companheira/o Filho/Neto Irmão(ã) Outros.

Quem? _____

Como acha que está a sua saúde?

Má Razoável Boa Muito boa Excelente/Ótima

Grupo de neoplasia e localização anatómica (pode assinalar mais que uma opção)

Digestivo Mama Urológico Ginecológico Pulmão Cabeça e Pescoço

Cérebro e SNC Tumores Líquidos (Leucemia /Linfoma /Mieloma Múltiplo)

Outro. Qual? _____

Outras doenças associadas _____

Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a doença?

Menos de 1 ano Entre 1 a 3 anos Entre 4 a 5 anos Há mais de 5 anos

Fez tratamento cirurgico do tumor ?

Não Sim

Fez algum tratamento ao tumor nos últimos 6 meses?

- Não Sim **Se respondeu sim que tratamentos realizou?**
- Apenas Quimioterapia Apenas Radioterapia Apenas Hormonoterapia
 Quimioterapia e Radioterapia Quimioterapia e Hormonoterapia
 Radioterapia e Hormonoterapia Radioterapia, Quimioterapia e Hormonoterapia
 Outro Qual? _____

Neste momento faz algum tratamento?

- Não Sim **Se respondeu sim, que tratamentos faz neste momento?**
- Apenas Quimioterapia Apenas Radioterapia Apenas Hormonoterapia
 Quimioterapia e Radioterapia Quimioterapia e Hormonoterapia
 Radioterapia e Hormonoterapia Radioterapia, Quimioterapia e Hormonoterapia
 Outro Qual? _____

Tinha parceiro sexual antes da doença?

- Não
 Sim **Se sim:** Fixo. Quanto tempo? _____ Ocasional

Tem parceiro sexual neste momento?

- Não Sim **Se sim:**
- Fixo, o mesmo que antes da cirurgia.
 Fixo, mas não o mesmo que antes da cirurgia.
 Ocasional.

Como caracteriza o seu relacionamento conjugal/sexual antes da doença?

- Nada satisfatório Pouco satisfatório Moderadamente satisfatório
 Muito satisfatório Sem relacionamento conjugal

Como caracteriza o seu relacionamento conjugal/sexual actualmente?

- Nada satisfatório Pouco satisfatório Moderadamente satisfatório
 Muito satisfatório Sem relacionamento conjugal

Como classifica o apoio dado pelo seu cônjuge/companheira/o durante o processo de doença?

- Nada satisfatório Pouco satisfatório Moderadamente satisfatório
 Muito satisfatório Sem relacionamento conjugal

O/os tratamento/os que realizou ou se encontra a realizar provocaram alterações no seu corpo?

- Não Sim **Se sim, assinale quais (pode assinalar mais que uma opção):**
- Perda de cabelo Aumento de peso Fadiga (muito cansaço)
 Perda de peso Disfunções/problemas sexuais Náuseas/Vômitos/enjoos
 Perda de um membro ou parte do corpo. Qual? _____
 Outras: _____

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

Smilkstein (1978) Versão Portuguesa Azeredo e Matos (1989)

		Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1	Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2	Está satisfeito como a sua família discute assuntos?			
3	Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4	Está satisfeito com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: irritação, pesar, amor?)			
5	Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

ESCALA DE IMAGEM CORPORAL – BIS

Versão original: Hopwood, P. (2000)
Versão Portuguesa: Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2007)

Neste questionário ser-lhe-ão colocadas algumas questões acerca da forma como se sente em relação ao seu corpo e acerca de algumas mudanças que podem ter ocorrido como resultado da sua doença e dos tratamentos a que foi submetido(a):

Por favor, leia cada questão cuidadosamente e assinale a resposta que considerar mais adequada e que melhor corresponder à forma como se tem sentido **na última semana**.

		Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1	Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?				
2	Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?				
3	Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?				
4	Tem-se sentido menos masculino/feminina por causa da doença ou do tratamento?				
5	Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?				
6	Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?				
7	Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?				
8	Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo "menos completo"?				
9	Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?				
10	Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)				

Escala reduzida de ajustamento mental ao cancro MINI - MAC

Versão original: Watson et al.(1994)
Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003)

As seguintes afirmações descrevem reações que as pessoas têm face ao cancro. Naturalmente que as pessoas respondem de formas muito diferentes a um mesmo acontecimento, mas nós queremos conhecer a sua forma pessoal de reagir. Se tiver dúvidas sobre a resposta a dar, responda da forma que considere a mais apropriada. Por favor, marque uma cruz numa das opções à direita de cada afirmação, indicando até que ponto cada uma das afirmações se aplica a si mesmo. Por exemplo, se a afirmação não se aplica de algum modo a si, deve marcar uma cruz na primeira coluna.

	Afirmações	Não se aplica de modo nenhum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
1	Sinto que a vida não tem esperança.				
2	Não consigo controlar isto.				
3	Estou determinado/a a vencer a minha doença.				
4	Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença.				
5	Desde que a minha doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível.				
6	Não consigo lidar com isto.				
7	Entreguei-me nas mãos de Deus.				
8	Estou preocupado/a com a minha doença				
9	Esforço-me por me distrair quando pensamentos acerca da minha doença me vêm à cabeça.				
10	Estou preocupado/a que a doença volte a aparecer.				
11	Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vindo.				
12	Estou um pouco assustado/a.				
13	Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude.				
14	Tenho dificuldades em acreditar que isto me tenha acontecido.				
15	Sofro de grande ansiedade por causa disto.				
16	Não tenho muita esperança no futuro.				
17	Neste momento vivo um dia de cada vez.				
18	Apetece-me desistir.				
19	Sinto-me muito optimista.				
20	Encaro a minha doença como um desafio.				
21	Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto.				
22	Sinto-me completamente perdido/a sem saber o que fazer.				
23	Sinto-me muito zangado/a com o que me aconteceu				
24	Intencionalmente empurro todos os meus pensamentos sobre a minha doença para longe.				
25	Dou valor às coisas boas que me acontecem.				
26	Tento combater a doença.				
27	Estou apreensivo/a.				
28	Penso que isto é como se o mundo tivesse acabado.				
29	Sinto-me arrasado/a.				

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O RELACIONAMENTO SEXUAL

Versão original: Cappelleri et al. (2002)

Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, J., & Raimundo, A. (2005)

Apresentamos seguidamente um conjunto de afirmações que se destinam a avaliar o grau de satisfação sexual que sente no relacionamento com o(a) seu/sua companheiro(a). Sendo este questionário anónimo e confidencial, pedimos que tente ser o mais sincero possível nas suas respostas. Não há respostas corretas nem limite de tempo, pretendendo obter apenas a sua opinião. Por favor, marque uma cruz numa das opções à direita de cada afirmação, indicando até que ponto cada uma das afirmações se aplica a si mesmo.

	Afirmações	Nunca/qua se nunca	Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)	Algumas vezes (Cerca de metade das vezes)	Muitas vezes (muito mais de metade das vezes)	Quase sempre/s empre
1	Sinto-me à vontade ao iniciar relações sexuais com o meu companheiro/a.					
2	Sinto-me confiante de estar suficientemente excitado/a durante a relação sexual					
3	Fiquei satisfeito/a com o meu desempenho sexual					
4	Sinto que o sexo pode ser espontâneo					
5	Sinto-me apto/a a iniciar relações sexuais					
6	Sinto-me confiante no desempenho sexual					
7	Sinto-me satisfeito/a com a nossa vida sexual					
8	O/A meu/minha companheiro/a sentiu-se insatisfeito/a com a qualidade das nossas relações sexuais					
9	Tenho tido boa auto-estima					
10	Sinto-me um/a homem/mulher completo/a					
11	Sinto-me muitas vezes falhado/a					
12	Sinto-me confiante					
13	O/A meu/minha companheiro/a mostrou-se satisfeito/a com a nossa relação em geral					
14	Estou satisfeito/a com a nossa relação em geral					

Com o objectivo de se compreender o modo como os doentes e os (as) companheiros (as) se encontram a lidar com o diagnóstico da doença oncológica e como este influencia a sua relação conjugal e qualidade de vida, agradecia que respondesse resumidamente às seguintes questões:

Como o diagnóstico da doença oncológica influenciou a sua qualidade de vida?

Como está a lidar com a sua doença? Quais os seus sentimentos?

Como o diagnóstico da doença oncológica influencia a sua relação conjugal?

Como o seu companheiro(a) está a lidar com a sua doença?

Terminou. Agradecemos a sua colaboração!

Obrigada!

Este espaço é seu! Deixe o seu comentário/sugestão:

Anexo 2: Parecer da CNPD



DELIBERAÇÃO N.º 102 /2016

Cláudia Margarida Correia Balula Chaves notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais, no âmbito de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, com a finalidade de elaborar um estudo com o tema “Influência da Doença Oncológica na Vivência da Sexualidade”.

O estudo terá lugar o Serviço de Hospital de Dia Hemato-Oncológico do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

A participação no estudo consistirá no preenchimento de questionários, nos quais não são recolhidos dados que identifiquem os participantes, nem é aposto qualquer código. Com os questionários será distribuído um envelope, no qual é pedido aos participantes que coloquem os mesmos após o seu preenchimento e que depois de fechado é depositado numa caixa disponibilizada para o efeito.

Será fornecida aos participantes uma carta de apresentação sobre o estudo e declaração de consentimento informado para assinatura prévia.

As categorias de dados recolhidos são: idade; questionário Sexo: Grau de escolaridade; situação conjugal; filhos; situação perante o trabalho; profissão; rendimentos mensais (Sem rendimentos, 200 €, entre 200 € e 485, 486€); onde vive e com quem; percepção do estado de saúde; Grupo de neoplasia e localização



anatômica; tempo de diagnóstico; tratamento cirúrgico do tumor; tratamentos ao tumor nos últimos 6 meses e quais; tratamentos atuais e quais; se tinha parceiro sexual antes da doença; se tem parceiro sexual neste momento; como caracteriza o seu relacionamento conjugal/sexual antes da doença; como caracteriza o seu relacionamento conjugal/sexual atualmente; como classifica o apoio dado pelo seu cônjuge/companheira/o durante o processo de doença; o/os tratamento/os que realizou ou se encontra a realizar provocaram alterações no corpo; Escala de Apgar Familiar; Escala de Imagem Corporal; Escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (MINI MAC); Questionário de satisfação com o relacionamento sexual; modo como o diagnóstico da doença oncológica influenciou a qualidade de vida; modo como está a lidar com a doença; quais os sentimentos; como o diagnóstico da doença oncológica influencia a relação conjugal; modo como o companheiro(a) está a lidar com a doença.

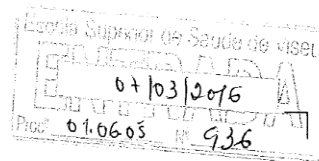
Da análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento direto ou indireto da identificação dos participantes com as respostas aos questionários. Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto.

Lisboa, 19 de janeiro de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'.

Filipa Calvão (Presidente)

Anexo 3: Autorização da Instituição



Exma Senhora

Enfª. Dolores Lopes

Escola Superior de Saúde de Viseu

00110 9 116 M010

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
65		CA	26-02-2016

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos Vª Exª que se autoriza a recolha de dados para a realização de um estudo subordinado ao tema "Influência da Doença Oncológica na Vivência da Sexualidade." a realizar no Hospital de Dia Hemato-Oncológico do CHTV, EPE.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

ER/Ab

Anexo 4: Outputs da análise descritiva e estatística

Influência do gênero na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima

Group Statistics					
	sx	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Satisfação Sexual	Masculino	127	19,0866	10,01667	,88884
	Feminino	203	18,9409	9,33939	,65550
Confiança	Masculino	127	25,2677	6,66482	,59141
	Feminino	203	24,2266	6,31577	,44328
Auto-Estima	Masculino	127	18,1890	4,60802	,40890
	Feminino	203	17,3793	4,44426	,31193
Relacionamento Geral	Masculino	127	7,0787	2,54361	,22571
	Feminino	203	6,8473	2,53516	,17793

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Satisfação Sexual	Equal variances assumed	1,703	,193	,134	328	,893	,14573	1,08671	-1,99208	2,28353
	Equal variances not assumed			,132	253,546	,895	,14573	1,10440	-2,02924	2,32070
Confiança	Equal variances assumed	1,219	,270	1,426	328	,155	1,04112	,72997	-,39491	2,47714
	Equal variances not assumed			1,409	256,788	,160	1,04112	,73909	-,41434	2,49657
Auto-Estima	Equal variances assumed	,822	,365	1,588	328	,113	,80967	,51001	-,19364	1,81297
	Equal variances not assumed			1,574	260,328	,117	,80967	,51429	-,20303	1,82236
Relacionamento Geral	Equal variances assumed	,143	,705	,806	328	,421	,23145	,28719	-,33352	,79642
	Equal variances not assumed			,805	266,960	,421	,23145	,28741	-,33443	,79733

Influência da idade na Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

Ranks			
	idade	N	Mean Rank
Satisfação Sexual	<40	38	218,74
	40-50	65	216,74
	51-60	94	157,55
	61-70	96	146,26
	>70	37	90,92
	Total	330	
Confiança	<40	38	206,80
	40-50	65	207,31
	51-60	94	156,05
	61-70	96	151,78
	>70	37	109,23
	Total	330	
Auto-Estima	<40	38	207,51
	40-50	65	199,79
	51-60	94	159,26
	61-70	96	152,48
	>70	37	111,74
	Total	330	
Relacionamento Geral	<40	38	199,76
	40-50	65	209,78
	51-60	94	155,24
	61-70	96	152,05
	>70	37	113,50
	Total	330	

Test Statistics^{a,b}

	Satisfação Sexual	Confiança	Auto-Estima	Relacionamento Geral
Chi-Square	58,218	35,482	29,885	34,175
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: idade

Influência da existência de companheiro Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

Ranks

	Companheiro	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Satisfação Sexual	Sem companheiro	62	166,85	10345,00
	Com companheiro	268	165,19	44270,00
	Total	330		
Confiança	Sem companheiro	62	156,87	9726,00
	Com companheiro	268	167,50	44889,00
	Total	330		
AutoEstima	Sem companheiro	62	166,84	10344,00
	Com companheiro	268	165,19	44271,00
	Total	330		
Relacionamento Geral	Sem companheiro	62	144,51	8959,50
	Com companheiro	268	170,36	45655,50
	Total	330		

Test Statistics^a

	Satisfação Sexual	Confiança	Auto-Estima	Relacionamento Geral
Mann-Whitney U	8224,000	7773,000	8225,000	7006,500
Wilcoxon W	44270,000	9726,000	44271,000	8959,500
Z	-,125	-,791	-,123	-1,960
Asymp. Sig. (2-tailed)	,901	,429	,902	,050
Exact Sig. (2-tailed)	,901	,430	,903	,050
Exact Sig. (1-tailed)	,451	,215	,451	,025
Point Probability	,000	,000	,000	,000

Influência da existência de companheiro na Apgar

Ranks

	Companheiro	N	Mean Rank
TotalAPGARFINAL	Sem companheiro	62	152,00
	Com companheiro	268	168,62
	Total	330	

Test Statistics^{a,b}

	TotalAPGARFINAL
Chi-Square	4,156
df	1
Asymp. Sig.	,041
Exact Sig.	,041
Point Probability	,006

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Companheiro

Influência dos diferentes tipos de cancro Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

Ranks			
	NeoLocalAterada	N	Mean Rank
Satisfação Sexual	Digestivo	105	157,47
	Mama	125	181,57
	Urogenital	32	105,59
	Tumores líquidos	61	171,14
	Outros	7	223,64
	Total	330	
Confiança	Digestivo	105	155,54
	Mama	125	177,15
	Urogenital	32	130,83
	Tumores líquidos	61	167,89
	Outros	7	244,43
	Total	330	
Auto-Estima	Digestivo	105	159,99
	Mama	125	172,64
	Urogenital	32	130,86
	Tumores líquidos	61	169,57
	Outros	7	243,50
	Total	330	
Relacionamento Geral	Digestivo	105	151,16
	Mama	125	181,76
	Urogenital	32	141,66
	Tumores líquidos	61	162,43
	Outros	7	225,93
	Total	330	

Test Statistics ^{a,b}				
	SatisfaçãoSexual	Confiança	AutoEstima	RelacionamentoGeral
Chi-Square	19,881	12,098	10,121	11,300
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,001	,017	,038	,023

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: NeoLocalAterada

Influência do tempo de diagnóstico na Satisfação com o funcionamento sexual

Ranks			
	TempoDiag	N	Mean Rank
SatisfaçãoSexual	Menos de um ano	94	152,47
	Entre um a três anos	129	173,33
	Entre 4 a 5 anos	44	144,64
	Mais de cinco anos	63	183,48
	Total	330	
Confiança	Menos de um ano	94	163,53
	Entre um a três anos	129	167,83
	Entre 4 a 5 anos	44	144,44
	Mais de cinco anos	63	178,39
	Total	330	
AutoEstima	Menos de um ano	94	165,27
	Entre um a três anos	129	166,97
	Entre 4 a 5 anos	44	143,49
	Mais de cinco anos	63	178,21
	Total	330	
RelacionamentoGeral	Menos de um ano	94	161,26
	Entre um a três anos	129	171,29
	Entre 4 a 5 anos	44	145,58
	Mais de cinco anos	63	173,87
	Total	330	

Test Statistics^{a,b}

	SatisfaçãoSexualFinal	ConfiançaFinal	AutoEstimaFinal	RelacionamentoGeralFinal
Chi-Square	7,020	3,420	3,513	3,185
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,071	,331	,319	,364

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: TempoDiag

Existência de correlação entre a imagem corporal (BIS) e a QSRS, dimensões Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima

Correlations

		SatisfaçãoSexual	Confiança	AutoEstima	RelacionamentoGeral
TotalBIS	Pearson Correlation	-,301**	-,402**	-,422**	-,267**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	308	308	308	308

Existência de correlação entre o Ajustamento Mental (MINIMAC) e a QSRS, dimensões Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

		SatisfaçãoSexual	Confiança	AutoEstima	RelacionamentoGeral
N		330	330	330	330
Desanimo_Fraqueza	Pearson Correlation	-,436**	-,469**	-,464**	-,369**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	330	330	330	330
Preocupação_Ansiosa	Pearson Correlation	-,371**	-,379**	-,387**	-,276**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	330	330	330	330
Espírito_luta	Pearson Correlation	,290**	,357**	,365**	,260**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	330	330	330	330
Evitamento_cognitivo	Pearson Correlation	,118*	,139*	,155**	,078
	Sig. (2-tailed)	,032	,012	,005	,159
	N	330	330	330	330
Fatalismo	Pearson Correlation	,209**	,253**	,261**	,180**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001
	N	330	330	330	330

Influência dos diferentes tipos de cancro na Escala TotalBIS

	NeoLocalAterada	N	Mean Rank
TotalBIS	Digestivo	102	136,29
	Mama	121	184,10
	Urogenital	31	155,32
	Tumores líquidos	48	119,21
	Outros	6	145,17
	Total	308	

	TotalBIS
Chi-Square	25,396
df	4
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: NeoLocalAterada

Existência de correlação entre a imagem corporal (BIS) e idade

		idade	TotalBIS
idade	Pearson Correlation	1	-,110
	Sig. (2-tailed)		,054
	N	330	308

Influência da existência de companheiro na escala BIS

	Companheiro	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TotalBIS	Sem companheiro	60	8,7000	6,70517	,86563
	Com companheiro	248	7,0121	6,79097	,43123

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TotalBIS	Equal variances assumed	,001	,975	1,732	306	,084	1,68790	,97466	-,22998	3,60578
	Equal variances not assumed			1,745	90,585	,084	1,68790	,96710	-,23324	3,60904

Influência da escolaridade na QSRs, dimensões Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

Ranks			
	Escolaridade	N	Mean Rank
SatisfaçãoSexualFinal	Básica 1º Ciclo	73	109,36
	Básica 2º Ciclo	75	136,79
	Básica 3º Ciclo	55	183,72
	Secundário	67	189,19
	Superior	60	226,55
	Total	330	
ConfiançaFinal	Básica 1º Ciclo	73	124,16
	Básica 2º Ciclo	75	128,57
	Básica 3º Ciclo	55	186,72
	Secundário	67	182,21
	Superior	60	223,85
	Total	330	
AutoEstimaFinal	Básica 1º Ciclo	73	126,23
	Básica 2º Ciclo	75	122,33
	Básica 3º Ciclo	55	192,25
	Secundário	67	180,16
	Superior	60	226,36
	Total	330	
RelacionamentoGeralFinal	Básica 1º Ciclo	73	129,99
	Básica 2º Ciclo	75	144,74
	Básica 3º Ciclo	55	176,01
	Secundário	67	183,19
	Superior	60	205,27
	Total	330	

Test Statistics ^{a,b}				
	SatisfaçãoSexualFinal	ConfiançaFinal	AutoEstimaFinal	RelacionamentoGeralFinal
Chi-Square	63,289	52,311	58,399	28,115
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Escolaridade

Influência da escolaridade na BIS

Ranks			
	Escolaridade	N	Mean Rank
TotalBIS	Básica 1º Ciclo	66	145,80
	Básica 2º Ciclo	71	168,94
	Básica 3º Ciclo	53	156,81
	Secundário	62	155,78
	Superior	56	142,85
	Total	308	

Test Statistics ^{a,b}	
	TotalBIS
Chi-Square	3,526
df	4
Asymp. Sig.	,474

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Escolaridade

Influência da escolaridade na MiniMac

Ranks			
	Escolaridade	N	Mean Rank
Desanimo_Fraqueza	Básica 1º Ciclo	73	184,32
	Básica 2º Ciclo	75	193,58
	Básica 3º Ciclo	55	172,45
	Secundário	67	158,92
	Superior	60	108,48
	Total	330	
Preocupação_Ansiosa	Básica 1º Ciclo	73	171,32
	Básica 2º Ciclo	75	192,03
	Básica 3º Ciclo	55	174,57
	Secundário	67	151,41
	Superior	60	132,68
	Total	330	
Espírito_luta	Básica 1º Ciclo	73	144,49
	Básica 2º Ciclo	75	134,04
	Básica 3º Ciclo	55	160,48
	Secundário	67	191,06
	Superior	60	206,44
	Total	330	
Evitamento_cognitivo	Básica 1º Ciclo	73	141,24
	Básica 2º Ciclo	75	153,95
	Básica 3º Ciclo	55	172,76
	Secundário	67	190,04
	Superior	60	175,39
	Total	330	
Fatalismo	Básica 1º Ciclo	73	137,98
	Básica 2º Ciclo	75	134,65
	Básica 3º Ciclo	55	187,05
	Secundário	67	196,61
	Superior	60	183,05
	Total	330	

Test Statistics ^{a,b}					
	Desanimo_Fraqueza	Preocupação_Ansiosa	Espírito_luta	Evitamento_cognitivo	Fatalismo
Chi-Square	31,650	15,206	28,393	11,564	26,242
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,004	,000	,021	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Escolaridade

Influência do tipo de tratamento actual na QSRS, dimensões Satisfação com o funcionamento sexual e Confiança e subdimensões Relacionamento Geral e Auto-estima.

Ranks			
	Tatamento	N	Mean Rank
SatisfaçãoSexual	Quimioterapia	132	90,90
	Radioterapia	5	103,40
	Hormonoterapia	34	126,59
	Terapia Combinada	21	81,36
	Total	192	
Confiança	Quimioterapia	132	93,09
	Radioterapia	5	103,60
	Hormonoterapia	34	114,06
	Terapia Combinada	21	87,83
	Total	192	
AutoEstima	Quimioterapia	132	92,80
	Radioterapia	5	116,80
	Hormonoterapia	34	112,78
	Terapia Combinada	21	88,55
	Total	192	
RelacionamentoGeral	Quimioterapia	132	94,05
	Radioterapia	5	85,20
	Hormonoterapia	34	112,15
	Terapia Combinada	21	89,26
	Total	192	

Test Statistics ^{a,b}				
	SatisfaçãoSexual	Confiança	AutoEstima	RelacionamentoGeral
Chi-Square	13,050	4,500	4,630	3,647
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,005	,212	,201	,302

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tatamento