



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

PERCEÇÃO DA DOENÇA, MEDO DA PROGRESSÃO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA

Trabalho submetido por

Joana Rita Amador Felício

para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

outubro de 2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

PERCEÇÃO DA DOENÇA, MEDO DA PROGRESSÃO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA

Trabalho submetido por

Joana Rita Amador Felício

para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho orientado por

Prof. Doutora Elisa Kern de Castro

outubro de 2025

Dedicatória

Aos meus pais e toda a minha família.

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer à Professora Elisa Kern de Castro, por todo o apoio, disponibilidade e pela orientação desta dissertação. Sem a sua contribuição e motivação, nada do que foi conquistado teria sido possível. Sempre depositou a sua confiança em mim e nas minhas capacidades, mesmo quando, por vezes, duvidei de mim mesma. Não poderia ter tido uma melhor orientadora e acompanhamento.

Agradeço profundamente aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado nos bons e maus momentos e permitiram que pudesse concretizar o meu sonho de ser Psicóloga Clínica e da Saúde. Sem a sua dedicação, motivação, sacrifício e árduo trabalho não teria chegado até aqui.

Gostaria de agradecer à minha irmã, avós, tios, primos e amigas, por todo o apoio que me deram ao longo do meu percurso académico e por estarem sempre presentes quando mais precisei.

Por fim, queria agradecer à Laura, pelo companheirismo, apoio, dedicação e cooperação. Foi uma pessoa fundamental para a realização deste projeto e tornou-se uma grande amiga com quem posso contar.

Declaração de Honra

Código | IMP-EM-EI-111_00

Declaro, por minha honra, que o presente trabalho académico é original e foi elaborado por mim próprio, não se tendo recorrido a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, usadas, adotadas literalmente ou adaptados a partir dos seus originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet) e encontram-se adequados, identificados e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta Dissertação “Perceção da Doença, Medo da Progressão da Doença e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Cancro da Mama” não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra entidade ou instituição, para além da(s) diretamente envolvida(s) na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressa e eletrónica são inteiramente coincidentes.

Declaro, igualmente, encontrar-me ciente de que a inclusão, neste texto, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Data: 21/10/2025

Declaração Conflito de Interesses (DCI)

Código | IMP-EM-EI-110_00

Eu, Joana Rita Amador Felício, referente a Dissertação “Perceção da Doença, Medo da Progressão da Doença e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Cancro da Mama” declaro que não possuo conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, académica, político ou financeiro.

Data: 21/10/2025

Declaração de Financiamento

Código | IMP-EM-EI-113_00

Eu, Joana Rita Amador Felício, referente a Dissertação “Perceção da Doença, Medo da Progressão da Doença e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Cancro da Mama” declaro que o meu trabalho não se encontra financiado.

Data: 21/10/2025

Declaração de Ética e Registo

Código | IMP-EM-EI-112_00

Eu, Joana Rita Amador Felício, referente a Dissertação “Perceção da Doença, Medo da Progressão da Doença e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Cancro da Mama” declaro que o meu trabalho se encontra aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz sob o número ou identificação de registo 1453.

Data: 21/10/2025

Resumo

O aumento das taxas de sobrevivência do cancro da mama está associado à melhoria na deteção e no tratamento precoce da doença. No entanto, as mulheres sobreviventes de cancro da mama apresentam frequentemente comorbilidades físicas e psicológicas, sendo uma das mais comuns o medo da progressão da doença. A perceção que estas mulheres têm acerca da sua condição pode contribuir para o aumento deste medo, o qual, por sua vez, pode comprometer a sua qualidade de vida. O presente estudo teve como principais objetivos analisar a relação entre a perceção da doença, o medo da progressão da doença e a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de cancro da mama, bem como compreender em que medida a perceção da doença e o medo da progressão podem prever os níveis de qualidade de vida nesta população. A amostra foi constituída por 101 mulheres sobreviventes de cancro da mama, com idades compreendidas entre os 29 e os 65 anos. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e clínico, a Fear of Progression Questionnaire – Short Form (FOP-Q-SF), o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) e o EORTC QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire. Os resultados revelaram que níveis mais elevados de medo da progressão e perceções mais ameaçadoras da doença se associaram a uma pior qualidade de vida. Contudo, apenas a perceção da doença se mostrou um preditor significativo. Perceções mais negativas da doença associaram-se a níveis mais baixos de qualidade de vida, reforçando a importância de compreender e intervir nas perceções da doença em sobreviventes de cancro da mama.

Palavras-Chave: Sobreviventes de cancro da mama; Perceção da doença; Medo da progressão da doença; Qualidade de vida; Psicologia da saúde; Adaptação psicológica

Abstract

The increase in breast cancer survival rates is associated with improvements in early detection and treatment of the disease. However, female breast cancer survivors often experience physical and psychological comorbidities, one of the most common being fear of cancer progression. The perception these women hold about their illness may contribute to increased fear, which, in turn, can compromise their quality of life. The main objectives of this study were to analyse the relationship between illness perception, fear of cancer progression, and quality of life in female breast cancer survivors, as well as to understand which illness perception and fear of progression may predict quality of life levels in this population. The sample consisted of 101 female breast cancer survivors aged between 29 and 65 years. Data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire, the Fear of Progression Questionnaire – Short Form (FOP-Q-SF), the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ), and the EORTC QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire. Results revealed that higher levels of fear of progression and more threatening illness perceptions were associated with poorer quality of life. However, only illness perception emerged as a significant predictor. More negative perceptions of the illness were associated with lower levels of quality of life. These findings highlight the importance of understanding and addressing illness perceptions among breast cancer survivors.

Keywords: Breast cancer survivors; Illness perception; Fear of cancer progression; Quality of life; Health psychology; Psychological adjustment

Índice Geral

Introdução.....	13
1. Enquadramento Teórico.....	15
2. Método.....	25
2.1. Desenho do Estudo.....	25
2.2. Participantes.....	25
2.3. Instrumentos.....	25
2.4. Procedimentos Éticos e Recolha de Dados.....	27
2.5. Análises e Tratamento de Dados.....	28
3. Resultados.....	29
3.1. Estatísticas Descritivas.....	29
3.2. Resultados Descritivos.....	32
3.3. Análises de Correlação de Pearson.....	37
3.4. Análises de Regressão Linear Múltipla.....	41
4. Discussão.....	46
5. Referências Bibliográficas.....	53

Índice de Tabelas

Tabela 1 Dados Sociodemográficos das Participantes

Tabela 2 Dados Clínicos das Participantes

Tabela 3 Estatísticas Descritivas dos Resultados do Medo da Progressão da Doença, Percepção da Doença e Qualidade de Vida

Tabela 4 Fatores considerados pelas participantes como causadores do cancro da mama, por ordem de resposta

Tabela 5 Correlações de Pearson entre as Variáveis Medo da Progressão da Doença, Percepção da Doença e Qualidade de Vida

Tabela 6 Correlações de Pearson entre as Variáveis Medo da Progressão da Doença, Percepção da Doença e Qualidade de Vida (continuação)

Tabela 7 Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Funcionamento Físico da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Tabela 8 Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Função Papel da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Tabela 9 Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Funcionamento Emocional da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Tabela 10 Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Funcionamento Cognitivo da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Tabela 11 Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Funcionamento Social da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Índice de Anexos

Anexo A- Questionário Sociodemográfico

Anexo B- Escala Medo da Progressão da Doença Versão Reduzida

Anexo C- *Brief Illness Perception Questionnaire*

Anexo D- EORTC-QLQ-C30- *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

Anexo E- Aprovação do Projeto pela Comissão de Ética

Anexo F- Aprovação do Estudo pela Comissão Científica

Anexo G- Termo de Consentimento Informado

Lista de Abreviaturas

CM- Cancro da Mama

FCR- *Fear of Recurrence*

FOP- *Fear of Progression*

MPD- Medo da Progressão da Doença

MSC- Modelo de Senso Comum

OMS- Organização Mundial de Saúde

PD- Perceção da Doença

QDV- Qualidade de Vida

RM- Ressonância Magnética

TAC- Tomografia Axial Computorizada

Introdução

O cancro é uma das doenças mais prevalentes da atualidade e é considerado como uma das principais causas de morte prematura (Cao et al., 2024). Estatísticas recentes apuraram que aproximadamente 19,98 milhões de indivíduos foram diagnosticados com cancro e que cerca de 9,74 milhões faleceram devido a esta doença a uma escala global (Cao et al., 2024). Um dos cancros mais diagnosticados nas mulheres é o cancro da mama, sendo um dos mais prevalentes a um nível mundial (Obeagu & Obeagu, 2024; Yao et al., 2024). Os principais fatores de risco associados a esta doença nas mulheres são: fatores genéticos; hábitos alimentares e excesso de peso; tabagismo e consumo de álcool; gravidez e menstruação, entre outros (Obeagu & Obeagu, 2024). Esta é uma doença que acarreta diversas complicações na vida da mulher, como por exemplo, preocupação com a fertilidade, função sexual, imagem corporal, medo da recorrência ou progressão da doença, dificuldades relacionais, impactos financeiros e sociais que contribuem para o desenvolvimento de *distress* psicológico e comprometimento da qualidade de vida (Yao et al., 2024).

O presente estudo teve como principal objetivo, explorar a relação entre o medo da progressão da doença, a perceção da doença e a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de cancro da mama, assim como analisar o papel preditor do medo da progressão da doença e da perceção da doença nos níveis de qualidade de vida destas sobreviventes.

Primeiramente, foi realizado o enquadramento teórico com o intuito de procurar compreender o que é o cancro e o cancro da mama, os seus principais fatores de risco, como é realizado o diagnóstico e os diversos tipos de tratamentos, assim como definir as variáveis em estudo e a relação entre estas. Foi também apresentada a pertinência da realização da presente investigação, juntamente com os objetivos da mesma. De seguida, foi descrita a metodologia do estudo, como o desenho do mesmo, as participantes (critérios de inclusão e exclusão), descrição dos instrumentos utilizados, procedimentos éticos e de recolha de dados e a descrição da análise e tratamento de dados. Na secção da apresentação dos resultados, foram realizadas análises estatísticas de acordo com os objetivos da investigação, tendo sido realizadas estatísticas descritivas da amostra e das variáveis em estudo, foram elaboradas análises de correlação de

Pearson e análises de regressão múltipla. Por último, foi elaborada a discussão dos resultados, com o intuito de compreender e interpretar os resultados com base na literatura existente, tendo sido também apresentadas as principais limitações da presente investigação e considerações finais.

1. Enquadramento Teórico

O cancro é uma doença na qual as células sofrem mutações, que se proliferam de uma forma descontrolada, passando por diversas alterações, que permitem que se adaptem e tornem mais resistentes (Brown et al., 2023). Existem dois tipos de tumores, os malignos e benignos. Os tumores malignos referem-se ao cancro propriamente dito e têm como principal característica o facto de se poderem espalhar por tecidos e órgãos, um fenómeno denominado metastização (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.; SNS24, 2023). Já os tumores benignos ocorrem num só local, não sendo, por isso, considerados como cancro (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.; SNS24, 2023).

O cancro é a segunda principal causa de morte em Portugal (OECD, 2023). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2024), no ano de 2022 em Portugal, foram diagnosticados 69 567 indivíduos com cancro, sendo que 33 762 pessoas faleceram com esta doença (Ferlay et al., 2024). Apesar destes números, Portugal apresenta a incidência de cancro mais baixa da União Europeia (OECD, 2023). No nosso país, os tipos de cancro mais diagnosticados entre as mulheres foram, em primeiro lugar, o cancro da mama, em segundo colorretal e terceiro pulmão (Ferlay et al., 2024).

O cancro da mama (CM) é uma doença caracterizada pelo desenvolvimento descontrolado de células cancerígenas nos canais/ lóbulos responsáveis pela produção de leite materno (Katsura et al., 2022; Uddin et al., 2023; World Health Organization, 2024). Esta doença, caso não seja tratada, ou caso o tratamento não tenha o efeito esperado, pode tornar-se metastática, afetando diversas partes do corpo (World Health Organization, 2024). No ano de 2020, foram diagnosticados a nível mundial 2,3 milhões de indivíduos com CM e faleceram com esta doença, no mesmo ano, 685 000 pessoas, sendo por isso a doença que se encontra em primeiro lugar tanto ao nível da incidência como da mortalidade a escala global (Lei et al., 2021). No ano de 2022, em Portugal foram diagnosticadas 8 954 mulheres com CM e faleceram 2 221 (Ferlay et al., 2024).

Alguns dos fatores de risco para o CM são, por exemplo, ser mulher, ter idade avançada, obesidade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação desequilibrada,

menarca precoce, primeira gravidez tardia, curtos períodos de amamentação, uso de terapia hormonal, densidade mamária e historial de CM no seio familiar (Coelho et al., 2020; Harbeck et al., 2019; Lei et al., 2021; Traves & Cokenakes, 2021). Cerca de 10% dos casos desta doença apresentam uma componente genética, ou seja, se existir um caso de CM na família o indivíduo apresenta um risco considerado elevado de desenvolver esta doença precocemente, ou seja, antes dos 35 anos de idade (Coelho et al., 2020; Harbeck et al., 2019; Lei et al., 2021; Traves & Cokenakes, 2021).

No quadro inicial da doença, por norma, as pacientes não apresentam sintomatologia. Contudo, quando em estágios mais avançados, alguns dos principais sintomas do CM são, por exemplo, nódulos ou endurecimento da mama, alterações tanto ao nível da estética do peito como ao nível cutâneo e do mamilo, aparecimento de covas, manchas e excreções mamárias (Cancer Research UK et al., 2023; World Health Organization, 2024).

O diagnóstico de CM pode ser realizado através de diversas técnicas tanto de imagiologia (mamografia, ecografia mamária, ressonância magnética (RM) e tomografia axial computadorizada (TAC)) como também com recurso à biopsia mamária (Cancer Research UK et al., 2023; Jafari et al., 2017). Em Portugal, a maioria dos diagnósticos ocorre em mulheres com idades entre os 65 e 69 anos, existindo um decréscimo após esta faixa etária. Contudo, nos últimos anos, muitas mulheres têm sido diagnosticadas com idades inferiores a 45 anos (Coelho et al., 2020). A um nível europeu, no ano de 2022, grande parte dos diagnósticos ocorreram em mulheres com idades entre os 45 e 69 anos (50%), seguida por indivíduos com idade superior a 70 anos (38,9%) e verificou-se também um aumento entre os 20 e 44 anos (11,1%) (Joint Research Centre, 2023).

Os estágios da doença oncológica são utilizados como forma de classificar a gravidade do cancro (SNS24, 2023). Existem cinco principais estágios do CM: 0) classificado como carcinoma *In situ*, sendo considerado o estágio mais precoce e consequentemente não põe em risco a vida da paciente, uma vez que costuma ser detetado no início do quadro clínico (Cancer Research UK et al., 2023; Traves & Cokenakes, 2021; World Health Organization, 2024); 1) quando o tumor é ainda pequeno e localizado; 2) invasivo precoce, ou seja, o tumor encontra-se ainda no peito ou perto dos gânglios linfáticos; 3) indica que o cancro está localmente avançado e que

se encontra nas cavidades em torno da mama; 4) o metastático, quando a doença já se espalhou para a corrente sanguínea e outros órgãos, considerado como CM secundário ou avançado (Cancer Research UK et al., 2023; Traves & Cokenakes, 2021).

O tratamento para o CM varia conforme o tipo de tumor, a sua localização, a saúde da paciente e as preferências da mesma (Coelho et al., 2020). Alguns tipos de tratamento passam pela cirurgia, realizada tanto para a remoção do tumor ou da mama, denominada mastectomia (que é utilizada também como um tratamento para a recorrência do CM), a cirurgia de reconstrução da mama, e por último a cirurgia para remoção dos gânglios linfáticos. A radioterapia é também uma técnica utilizada, caracterizada pelo uso de *raios X* para combater as células malignas, com o objetivo de diminuir as hipóteses de recorrência da doença. A quimioterapia é considerada o tratamento mais comum para estas doentes, e consiste em utilizar medicamentos para combater as células cancerígenas, contribuindo assim para a recuperação da doente. A hormonoterapia é um tipo de tratamento também utilizado, que tem como objetivo reduzir o valor hormonal no corpo da mulher. A imunoterapia consiste em utilizar medicamentos com o intuito do próprio sistema imunitário erradicar a doença (Cancer Research UK et al., 2023; Coelho et al., 2020; Traves & Cokenakes, 2021; World Health Organization, 2024). Qualquer tipo de tratamento apresenta maiores probabilidades de sucesso quando realizado na fase inicial da doença (World Health Organization, 2024).

A sobrevivência centra-se, essencialmente, no estado de saúde e na qualidade de vida do indivíduo após a conclusão do tratamento, prolongando-se até ao final da sua vida. Pode acarretar consequências a nível psicológico, emocional, espiritual e socioeconómico (Sociedade Portuguesa de Senologia, 2017).

Tanto a doença como o tratamento podem originar diversas comorbilidades nas sobreviventes, de natureza tanto física como psicológica (Partridge, 2013). Entre os efeitos secundários dos tratamentos destacam-se problemas cardiovasculares e ósseos, aumento do risco de desenvolvimento de neoplasias secundárias, linfedema, fadiga, menopausa precoce induzida farmacologicamente, alterações na sexualidade e da fertilidade, entre outros (Bodai & Tusso, 2015; Di Giacomo et al., 2019; Partridge, 2013). Entre as comorbilidades psicológicas observadas nas sobreviventes de CM, destacam-se disfunções cognitivas, tais como dificuldades ao recordar palavras ao longo do discurso, dificuldades em realizar diversas tarefas em simultâneo, problemas ao nível

da memória de curto prazo e na capacidade de atenção, que podem ocorrer ao longo do tratamento, ou após o mesmo. (Chopra & Kamal, 2012; Di Giacomo et al., 2019). Além disso, podem surgir perturbações do sono, depressão, ansiedade, medo da progressão ou recorrência da doença, alterações ao nível da autoimagem, pensamentos intrusivos relativamente à doença, preocupação recorrente sobre a morte, entre outros. (Chopra & Kamal, 2012; Di Giacomo et al., 2019). A doença e o tratamento podem afetar outras áreas da vida destas mulheres, como na vida conjugal, mais propriamente ao nível da comunicação de sentimentos e vulnerabilidades entre o casal (Di Giacomo et al., 2019). Portanto, tanto a doença como o seu tratamento apresentam efeitos negativos a nível físico e emocional que contribuem para o comprometimento da qualidade de vida destas sobreviventes (Chopra & Kamal, 2012; Lugtenberg et al., 2020)

Nos últimos anos, mesmo com o aumento de novos casos, a deteção e tratamento precoce têm contribuído para uma melhoria ao nível das taxas de sobrevivência de doentes com CM (Hopman & Rijken, 2014 ; Lyu et al., 2024; Magnani et al., 2022; Nardin et al., 2020; Safdari-Molan et al., 2023). Apesar dos avanços dos tratamentos na sobrevivência e dos efeitos físicos e psicológicos acima relatados, um sintoma bastante comum é o medo de que a doença volte ou possa piorar (Cohee et al., 2015; Crist & Grunfeld, 2012; De Vries et al., 2013; Magnani et al., 2022; Malgaroli et al., 2022). A percepção que os sujeitos têm relativamente à sua doença pode contribuir para o incremento deste medo, uma vez que as representações que os indivíduos têm das suas doenças (inofensiva ou ameaçadora) contribuem para o aumento ou diminuição do medo da progressão da doença, existindo por isso uma correlação entre estes dois constructos (Hosseini et al., 2023; Liu et al., 2021), o que pode vir a prejudicar a qualidade de vida destes indivíduos (Liu et al. 2021).

A percepção da doença (PD) é definida como a representação do senso comum que os indivíduos constroem relativamente às ameaças para com a sua saúde (Leventhal et al., 1998). Este conceito constitui a base do Modelo de Senso Comum (MSC) de Leventhal, desenvolvido com o objetivo de compreender os pensamentos dos indivíduos, e como estes atuam com base nas crenças relativamente a uma doença (De Castro & Remor, 2018).

Esta percepção pode ser interpretada pelo indivíduo como inofensiva ou ameaçadora, e encontra-se bastante associada com o MPD (Hosseini et al., 2023).

Características como a duração da doença e o tratamento podem influenciar as vivências do indivíduo, e com isso modificar também a sua PD e comportamentos ligados à saúde, que impactam tanto a adesão à terapêutica como a adoção de hábitos saudáveis (Hopman & Rijken, 2014). Estas perceções não são estáveis no tempo e podem ser modificadas a partir de conhecimentos, vivências ou intervenções psicológicas que irão alterar as crenças preestabelecidas (De Castro & Remor, 2018).

O MSC assenta em três princípios fundamentais. O primeiro estabelece que o indivíduo é considerado um agente ativo na resolução dos seus problemas, procurando ativamente por estratégias para o fazer (e.g. através de informação, teste de hipóteses, etc.). O segundo princípio refere-se às representações que os indivíduos constroem quanto à doença, entendidas como construções cognitivas que auxiliam na criação de estratégias de *coping* para com estas representações e consequentemente na avaliação dos resultados. Por fim, o terceiro princípio sublinha que estas representações são individualizadas e podem não se encontrar em concordância com a medicina (Diefenbach & Leventhal, 1996). Neste enquadramento, o MSC defende que os indivíduos desenvolvem esquemas mentais e perceções sobre as características das diferentes doenças, que por consequência influenciam os comportamentos ligados à saúde (De Castro & Remor, 2018). Este modelo pode ser aplicado para compreender a PD e comportamentos tanto de indivíduos doentes como saudáveis face a uma determinada doença (De Castro & Remor, 2018).

Segundo o MSC, a PD apresenta domínios tanto cognitivos como emocionais (Diefenbach & Leventhal, 1996). Os domínios relativamente à representação cognitiva referem-se aos estímulos tanto externos como internos que por consequência irão afetar as representações que os indivíduos têm relativamente às suas doenças. Estes podem ser categorizados por cinco domínios, sendo estes, a *identidade* (rótulo e sintomas da doença), *duração*, *consequências*, *causa* e *cura/controlo* da doença (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1998; Leventhal et al., 2016). Relativamente ao domínio emocional, que associado ao cognitivo, também pode contribuir para o desenvolvimento de respostas emocionais face a uma doença e, consequentemente, estratégias de coping são desenvolvidas conforme estas respostas desencadeadas pela própria doença (Diefenbach & Leventhal, 1996). Posto isto, de acordo com o presente modelo, os pacientes reagem à sua doença segundo uma ideia que se encontra conceptualizada de acordo com as suas vivências (Lee et al., 2019).

O MSC é um modelo teórico amplamente utilizado na área da oncologia para compreender a PD e o MPD, integrando domínios cognitivos e emocionais, nomeadamente no que diz respeito à perceção do risco de recidiva. Esta perceção pode desencadear estratégias de coping desadaptativas, como hipervigilância face a sintomas físicos, evitamento, entre outras (Fardell et al., 2016; Lebel et al., 2018; Liu et al., 2024; Shim et al., 2017).

A revisão sistemática de Kaptein et al. (2015) demonstrou que mulheres com CM que apresentaram níveis menos ameaçadores de PD tendem a desenvolver maior resiliência face à sua doença, dado que esta perceção se encontra relacionada com os desfechos da mesma. Os resultados apresentados estão de acordo com o MSC, segundo o qual, as perceções são moldadas e alteradas a partir da interpretação do indivíduo com base no que o rodeia e, conseqüentemente, influencia os comportamentos tanto na saúde como na doença (Chiu et al., 2022). Assim, se um doente perceciona a sua doença como curável e controlável, tende a apresentar resultados mais satisfatórios da doença, e o oposto observa-se se demonstrarem níveis desajustados de PD. Estes resultados demonstram que, as perceções são cruciais para compreender como os doentes enfrentam os seus problemas de saúde (Richardson et al., 2016). A PD ajustada contribui para estratégias de coping mais adaptativas face à doença, o que auxilia na gestão dos domínios tanto físicos como psicológicos desta (Chiu et al., 2022).

No estudo de Lee et al. (2019) é possível apurar que níveis de PD menos ameaçadoras ou crenças positivas face à doença encontram-se associados a cotações elevadas nas dimensões: controlo pessoal, controlo do tratamento e compreensibilidade da doença, que por sua vez contribuem para o bem-estar de doentes com CM. Já níveis considerados altamente ameaçadores, indicam cotações elevadas nas dimensões identidade, duração, consequências e resposta emocional, que são considerados como uma das principais causas de distress psicológico, depressão e ansiedade, estratégias de coping desadaptativas e piores resultados ao nível do tratamento em doentes oncológicos, que conseqüentemente resulta em menor qualidade de vida (Kus et al., 2017; Lee et al., 2019; McCorry et al., 2012; Ośmiałowska et al., 2022).

O medo da progressão da doença (MPD) é definido como a apreensão ou preocupação face à possibilidade de a doença regressar ou evoluir, quer no mesmo local, quer noutra parte do corpo (Bergerot et al., 2022; Hinz et al., 2024; Magnani et al.,

2022; Maheu et al., 2021; Park & Lim, 2022). Este conceito foi inicialmente formulado por Dankert et al. (2003), sendo caracterizado como o receio das consequências associadas à progressão ou recorrência da doença (He et al., 2023).

O MPD é considerado um termo multidimensional que desencadeia cognições/ cognições intrusivas (e.g. acontecimentos traumáticos, como a descoberta do cancro ou tratamentos que põe em risco a vida do indivíduo e medo relativamente ao futuro), emoções (e.g. medo, ansiedade), comportamentos (e.g. hipervigilância excessiva dos sintomas corporais), pensamentos, reações fisiológicas e estratégias de sobrevivência nos indivíduos. Trata-se das preocupações psicológicas mais identificadas em sobreviventes de cancro (Costa et al., 2015; Pijnappel et al., 2022; Mehnert et al., 2009; Shim et al., 2010).

Existe sobreposição entre os termos medo da recorrência e MPD (Dinkel & Herschbach, 2017; Mahendran et al., 2020). Ambos os termos são atualmente aceites, pois partilham a mesma definição: o medo de que a doença retorne ou progrida. Contudo, existe alguma divergência na literatura, no sentido de que alguns estudos os consideram sinónimos (Bergerot et al., 2022; Costa et al., 2015; Fardell et al., 2016; Hall et al., 2016; Koch et al., 2012; Maheu et al., 2021; Pijnappel et al., 2022), enquanto outros referem que estes são independentes e que não devem ser equiparados (Coutts-Bain et al., 2022; Peikert et al., 2021).

A maioria dos estudos existentes - conforme evidenciado em revisões sistemáticas da literatura (Fardell et al., 2016; Koch et al., 2012) - recorre predominantemente ao termo “medo da recorrência” (*fear of recurrence*, FCR) quando se refere a sobreviventes de cancro, em detrimento do conceito mais abrangente de medo da progressão da doença (MPD). Esta preferência terminológica tem resultado numa escassez de investigações centradas especificamente no MPD e nas estratégias mais apropriadas para a sua avaliação e intervenção, o que contribui para uma lacuna significativa na compreensão deste fenómeno, particularmente no contexto de sobreviventes de cancro (Coutts-Bain et al., 2022).

Segundo o estudo de Coutts-Bain et al. (2022), sobreviventes de cancro poderão apresentar, com maior frequência, níveis clinicamente significativos de medo da progressão da doença (MPD) do que de medo da recorrência. Neste estudo, 36,7% dos participantes demonstraram níveis clínicos de medo da recorrência e 42% níveis elevados de MPD. Os autores propõem que este acréscimo poderá estar associado aos

avanços nas técnicas médicas e às novas possibilidades terapêuticas, que prolongam a vida, mas mantêm a incerteza quanto à progressão da doença. Assim, na presente investigação, os dois conceitos serão tratados como distintos, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o MPD na população em análise.

O MPD é uma das principais respostas a nível psicológico em pacientes com CM (He et al., 2023). A literatura revela que 73% das pacientes diagnosticadas com CM apresentam MPD, que pode perdurar até 16 anos após o diagnóstico (He et al., 2023). A principal preocupação destas mulheres é a possibilidade de deteção da progressão da doença e quais as principais consequências desta mesma progressão, como, por exemplo, os tratamentos, perda de autonomia e dor (Mehnert et al., 2009).

Níveis baixos de MPD são esperados e considerados normais na literatura, pois indicam que os indivíduos estão atentos para a possível recidiva da doença, de modo a adotarem hábitos e comportamentos mais saudáveis nas suas rotinas diárias (Du et al., 2024; He et al., 2023; Koch et al., 2013; Melchior et al., 2013; Shim et al., 2017). Em contrapartida, níveis elevados de MPD- definidos, de acordo com Du et al. (2024), por pontuações iguais ou superiores a 34 na versão reduzida da escala *Fear of Progression Questionnaire* (FOP-Q-SF)- estão associados a sofrimento psicológico significativo e impactam negativamente diversos domínios da vida dos sobreviventes, incluindo o bem-estar físico, mental, espiritual, laboral e familiar (Du et al., 2024; He et al., 2023; Koch et al., 2013; Melchior et al., 2013; Shim et al., 2017).

Quando presente em níveis disfuncionais, o MPD tende a manifestar-se através de uma hipervigilância exacerbada aos sintomas físicos, o que pode conduzir a um uso excessivo dos serviços de saúde, aumentando o sofrimento emocional e contribuindo para a deterioração da qualidade de vida (He et al., 2023; Herzog et al., 2023; Liu et al., 2021). Estima-se que entre 40 a 50% dos sobreviventes oncológicos experienciem níveis moderados a elevados de MPD, sendo os valores acima dos 34 pontos na FOP-Q-SF considerados clinicamente significativos ou disfuncionais (Yang et al., 2018). Estes níveis mais acentuados têm sido igualmente associados a sintomas de ansiedade, pensamentos intrusivos e ruminantes, indicadores de stress pós-traumático e distress (Bergerot et al., 2022; Fardell et al., 2016; Hosseini et al., 2023; McGinty et al., 2015; Safdari-Molan et al., 2023).

A literatura revela que os principais fatores que contribuem para níveis elevados de MPD, são: a idade jovem (idade inferior a 50 anos), presença de filhos, ser mulher, apresentar menos habilitações literárias, baixos níveis de otimismo, recorrência e progressão da doença, tratamento com recurso à quimioterapia, pouco tempo desde o diagnóstico, estágios avançados da doença, níveis baixos relativamente à satisfação com os cuidados de saúde prestados, pouco apoio social, PD ameaçadora e dor (Freeman-Gibb et al., 2016; Melchior et al., 2013; Pinheiro et al., 2013; Safdari-Molan et al., 2023; Yang et al., 2018). Outros fatores que têm sido referidos encontram-se associados à personalidade de cada doente (como elevados níveis de neuroticismo e baixos níveis de otimismo), história de cancro no seio familiar, estratégias de coping desadaptativas no passado e história pessoal de psicopatologia (Herschbach & Dinkel, 2013; Yang et al., 2018). Alguns fatores que contribuem para níveis elevados de MPD são, ainda, a realização de exames de rotina para a monitorização de uma possível recorrência ou progressão da doença e também conviver com indivíduos que obtiveram tanto o diagnóstico como a progressão de uma doença oncológica, o que pode resultar numa revivência quanto às suas experiências passadas para com a doença (Bergerot et al., 2022).

A PD pode afetar os níveis de MPD, uma vez que este último pode ser considerado uma resposta emocional face à PD. Quanto mais ameaçadora for a PD, maiores os níveis de MPD, que consequentemente apresentam impactos negativos no ajustamento à vida ao longo da remissão, contribuindo assim para piores níveis de qualidade de vida (Liu et al., 2021; Liu et al., 2024; Ma et al., 2024; Shim et al., 2017). Existe uma correlação entre estas variáveis uma vez que estudos empíricos têm sugerido que quanto maior for a perceção de ameaça da doença, maiores serão os níveis de MPD (Liu et al., 2024; Shim et al., 2017).

O estudo empírico de Lee & Park (2020) demonstrou que, mulheres que se encontram em remissão do CM tendem a apresentar níveis baixos de qualidade de vida após os tratamentos, que se encontram bastante associados a fatores de cariz emocional, psicológico (autoimagem, sentimentos de incerteza, depressão e pouco respeito por si) e social (apoio social, familiar e do cônjuge).

A qualidade de vida (QDV) é um conceito multidimensional que abrange as dimensões física, social, emocional e espiritual da vida dos indivíduos (Ban et al., 2021; Hoseini et al., 2016). Na oncologia, a QDV inclui os resultados da doença oncológica, a

gestão da mesma, e por isso é vista como um termo que se encontra associado a uma sensação geral de bem-estar nos diversos domínios da vida destes doentes (Ban et al., 2021; Hoseini et al., 2016). Pacientes que se encontram tanto na fase ativa da doença e do tratamento demonstram comprometimento em diversas dimensões da QDV (a nível físico, psicológico e social) (Carreira et al., 2021; Voskanyan et al., 2024). Contudo, níveis desajustados de QDV tendem a diminuir ao longo do tempo, mas mesmo assim, algumas mulheres experienciam comprometimento da QDV ao longo da remissão (Carreira et al., 2021).

De acordo com a revisão sistemática de Haidari et al. (2020), alguns fatores têm sido associados a uma pior QDV nas mulheres sobreviventes de cancro. Entre estes fatores destacam-se: idade jovem, estado civil (nomeadamente ser casada), estatuto socioeconómico baixo, nível de habilitações literárias, ter filhos, dificuldades no contexto laboral, estágio clínico da doença, tempo decorrido desde o diagnóstico, duração da doença, presença de dor, níveis elevados de stress, fadiga, sintomas depressivos e de ansiedade, dificuldades nas relações interpessoais, bem como sentimentos de baixa autoconfiança e de reduzida autoeficácia.

A presente investigação procura analisar a relação entre a percepção da doença (PD), o medo da progressão da doença (MPD) e a qualidade de vida (QDV) em mulheres sobreviventes de cancro da mama (CM), procurando compreender em que medida a PD e o MPD podem constituir preditores significativos dos níveis de QDV. A articulação destas variáveis revela-se particularmente pertinente, dado o número reduzido de estudos que exploram esta relação de forma mais integrada, assume-se que as representações cognitivas e emocionais que os indivíduos desenvolvem relativamente à doença influenciam diretamente o MPD, o que poderá, por sua vez, afetar negativamente a QDV de sobreviventes de CM.

2. Método

2.1. Desenho do Estudo

O presente estudo utilizou um delineamento quantitativo, transversal e observacional.

2.2. Participantes

As técnicas de amostragem do presente estudo foram por conveniência e por bola de neve. A amostra inicial foi constituída por conveniência, uma vez que as participantes foram selecionadas devido à sua disponibilidade e acessibilidade, tendo sido recrutadas a partir de associações que prestam auxílio a indivíduos com CM e outras doenças oncológicas, como a Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama, Associação Vencer e Viver, Associação de Apoio a Pessoas com Cancro, entre outras. Adicionalmente, recorreu-se à amostragem por bola de neve, na qual as participantes iniciais auxiliaram no recrutamento de novas participantes. O estudo foi também divulgado nas redes sociais da investigadora e partilhado por outras pessoas (e.g. Instagram, Facebook e WhatsApp).

Os critérios de inclusão para a presente investigação foram: ser mulher, fluente em português, residir em Portugal, encontrar-se em remissão do CM há pelo menos seis meses e ter idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Não foram convidadas a participar mulheres que se encontrassem em fase ativa da doença e tratamento.

2.3. Instrumentos

No questionário sociodemográfico (Anexo A): foram recolhidas informações relativamente à idade das participantes, estado civil, nível de escolaridade, ocupação profissional, estado de saúde atual, bem como informações relativamente ao tempo decorrido desde diagnóstico (“Indique o mês e ano em que teve o diagnóstico de cancro”), e ao período em remissão (“Indique o mês e o ano em que finalizou o tratamento para o cancro”).

Medo da Progressão da Doença Versão Reduzida (FOP-Q-SF) (Anexo B): desenvolvida por Herschbach et al. (2005), e adaptada para Portugal por Silva et al. (2022) que tem como principal objetivo avaliar o MPD crónico. A escala é constituída por 12 itens que se encontram divididos em quatro subescalas: 1) “Afetiva”, constituída por seis itens; 2) “Ocupação”, composta por dois itens; 3) “Relações e Família”, com 2

itens; e 4) “Perda de Autonomia” com dois itens. A resposta aos itens é realizada segundo uma escala de Likert de cinco pontos, no qual 1 significa “Nunca” e 5 “Muito Frequentemente”. A pontuação total do presente instrumento varia entre 12 e 60 pontos, nas quais pontuações elevadas remetem para níveis elevados de MPD (Silva et al., 2022). No presente estudo, esta escala apresentou um bom nível de confiabilidade ($\alpha=0,87$).

Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) (Anexo C): desenvolvida por Broadbent et al. (2006) e adaptada para a população portuguesa por Figueiras et al. (2010), esta escala tem como objetivo avaliar as percepções que os sujeitos têm relativamente às suas doenças. A Brief-IPQ é composta por nove itens que medem diferentes dimensões da PD. Os cinco primeiros itens referem-se às representações cognitivas (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento e identidade da doença), dois itens (o sexto e o oitavo) avaliam as representações emocionais (preocupação e emoções), o sétimo item avalia a compreensibilidade da doença e, por fim, o nono item é um item causal, no qual o indivíduo identifica até três fatores que considera importantes para a causa da sua doença. Os oito primeiros itens são avaliados numa escala linear de 0 a 10 pontos, em que pontuações mais elevadas indicam percepções mais intensas. A resposta ao último item é organizada em categorias específicas da doença em estudo, tais como stress, estilo de vida, entre outras. Para o presente estudo, utilizaram-se as categorias já usadas em estudos anteriores com mulheres com CM, que foram adaptadas à presente investigação conforme as respostas das participantes (De Castro et al., 2016; Peuker et al., 2016). Os itens 3, 4 e 7 são apresentados de forma invertida, o que deverá ser tido em conta aquando da cotação dos resultados. Na presente escala, pontuações mais elevadas refletem uma percepção mais negativa da doença por parte do indivíduo.

EORTC-QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire (Anexo D): para avaliar a QDV foi utilizada a versão portuguesa do instrumento EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2008). O instrumento avalia a QDV em pacientes oncológicos e é constituído por 30 itens que se encontram divididos em cinco escalas funcionais, três sintomáticas, uma escala global de saúde e QDV, e por último, itens individuais que têm como objetivo avaliar os sintomas que foram relatados pelas participantes. As respostas a todas as subescalas

com exceção da subescala do estado global de saúde e QDV são realizadas segundo uma escala de Likert de quatro pontos, na qual o valor mínimo é “Não” e o máximo “Muito”. Já para as subescalas do estado global de saúde e QDV as respostas também são segundo uma escala de Likert, mas com sete possibilidades de resposta (em que o valor mínimo é “Péssimo” e o máximo é “Ótimo”). Resultados elevados nas subescalas funcionais e no estado global de saúde remetem para um melhor nível de funcionamento e, consequentemente, para uma melhor QDV. Se os valores para as subescalas sintomáticas forem elevados, remetem para uma maior sintomatologia e consequentemente para um menor nível de QDV. Neste estudo, a presente escala apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,903$).

2.4. Procedimentos Éticos e Recolha de Dados

A presente Dissertação de Mestrado foi conduzida de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia de 2024 e iniciada após a aprovação pela Comissão Científica da Egas Moniz School of Health and Science (Anexo F). O presente estudo encontra-se inserido num projeto maior “*A Relação Entre Qualidade de Vida, Medo da Recorrência e Fatores Psicológicos em Adultos Sobreviventes de Cancro*”, aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz sob o número, 1453 (Anexo E).

Para a realização do estudo, as participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo G), declarando que aceitavam a sua participação, estando cientes de que os seus dados seriam confidenciais, anonimizados e utilizados somente para fins de investigação.

No questionário sociodemográfico foi pedido que as participantes indicassem um número alfanumérico para o caso de quererem desistir, poderem fazer sem revelar a sua identidade, podendo por isso desistir a qualquer momento da execução da investigação. Foi explicado que os riscos de participação seriam mínimos, ou seja, poderia haver algum desconforto em responder a perguntas pessoais. Caso a participante se sentisse desconfortável, poderia desistir da participação no estudo.

Após a finalização do estudo, será disponibilizado um relatório com os seus resultados gerais às instituições que colaboraram na sua divulgação, bem como às participantes que manifestarem interesse e deixarem contacto no momento da recolha de dados. Adicionalmente, será oferecida a realização de palestras ou seminários

relacionados com os temas abordados, como forma de promover a divulgação científica e assegurar a devolução dos resultados à comunidade envolvida.

A recolha de dados deu início após contactos iniciais via telefone e email com diversas associações de doentes com cancro, com o objetivo de solicitar a colaboração na divulgação da investigação junto dos seus utentes. O convite para participação foi igualmente divulgado nas redes sociais, visando a captação de potenciais participantes para o estudo. A recolha de dados decorreu exclusivamente em formato online, mediante o preenchimento dos instrumentos através da plataforma Qualtrics. Antes do início do preenchimento dos instrumentos, foram apresentados por escrito os objetivos do estudo, com um link que continha o Termo de Consentimento Informado e o protocolo com os instrumentos anteriormente mencionados.

2.5. Análise e Tratamento de Dados

Os dados foram analisados no programa SPSS *Statistics* versão 30. Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados em geral e análise de fiabilidade dos instrumentos através do alfa de Cronbach.

Após a verificação dos pressupostos paramétricos, recorreu-se à estatística inferencial, nomeadamente à análise de correlação de Pearson, com o intuito de investigar as relações entre as variáveis medo da progressão da doença (MPD), perceção da doença (PD) e qualidade de vida (QDV). De igual modo, foram realizadas análises de regressão para avaliar o potencial papel preditor da PD e do MPD nos níveis de QDV em mulheres sobreviventes de CM. Considerou-se um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

Adicionalmente, foi aplicado o procedimento de *bootstrapping* nas análises de regressão, com o objetivo de reforçar a robustez das estimativas dos coeficientes, especialmente face a possíveis desvios relativamente à normalidade dos resíduos e ao tamanho da amostra. Esta técnica permite obter intervalos de confiança mais fiáveis e uma avaliação mais consistente dos efeitos preditores, garantindo maior rigor na interpretação dos resultados.

3. Resultados

3.1. Estatísticas Descritivas

Com base nas Análises Descritivas dos dados sociodemográficos (Tabela 1) constata-se que a amostra foi constituída por 101 mulheres sobreviventes de CM, com idade média de 49,43 anos, entre os 29 e os 65 anos, 93,1% da amostra tem nacionalidade portuguesa, sendo que a restante percentagem remete aos casos omissos.

Quanto ao Estado Civil, mais de metade da amostra (59,4%) é casada ou vive em união de facto, observou-se que 72,3% destas mulheres têm filhos, sendo que 31,7% apresentam dois filhos, 29,7% um filho, 9,9% três filhos e 1% quatro filhos. Segundo as respostas das participantes, 32,7% referem que o seu Agregado Familiar é constituído por duas pessoas, seguido por três pessoas (24,8%) e quatro (18,8%). De acordo com os dados das Habilitações Literárias, verifica-se que 45,5% da amostra concluiu a Licenciatura, 33,7% o Ensino Secundário, 9,9% o Mestrado e por último, 5% o Ciclo Básico. Relativamente ao Nível Socioeconómico, mais de 40% das participantes referem que no seu agregado familiar recebem entre três a quatro salários mínimos (42,6%). Quanto às Profissões desempenhadas pelas participantes, 20,8% destas exercem funções na Área da Saúde, seguidas pela Área da Educação (17,8%) e Área do Comércio e Serviços (12,9%), 4% encontram-se reformadas e 6% desempregadas.

Com base na Tabela 2 é possível apurar que relativamente ao Diagnóstico e Fim do Tratamento, em média as participantes obtiveram o diagnóstico de CM há cinco anos e terminaram os tratamentos há três anos. Foi também possível apurar que 66,3% das participantes não apresentam metástases, que 10,9% apresentam e que 15,8% não sabem se as têm.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos das Participantes (n = 101)

	<i>n (%) / Média (DP)</i>
Idade	49,43 (7,52) / 95 (94,6%)
Estado Civil	
Solteira	15 (14,9 %)
Divorciada	20 (19,8 %)
Casada/ União de facto	60 (59,4 %)
Não responderam	6 (5,9%)
Filhos	
Não responderam	6 (5,9%)
Não	22 (21,8 %)
Sim	73 (72,3%)
1 Filho	30 (29,7%)
2 Filhos	32 (31,7%)
3 Filhos	10 (9,9%)
4 Filhos	1 (1%)
Habilitações Literárias	
Ciclo Básico	5 (5%)
Ensino Secundário	34 (33,7%)
Licenciatura	46 (45,5%)
Mestrado	10 (9,9 %)
Não responderam	6 (5,9%)
Agregado Familiar	
0 Pessoas	4 (4%)
1 Pessoa	8 (7,9%)
2 Pessoas	33 (32,7%)
3 Pessoas	25 (24,8%)
4 Pessoas	19 (18,8%)
5 Pessoas	4 (4%)

(Continuação)

	<i>n (%) / Média (DP)</i>
6 Pessoas	1 (1%)
Não responderam	7 (6,9%)
Nível Socioeconómico do Agregado Familiar	
Até um salário mínimo	15 (14,9%)
1 a 2 salários mínimos	31 (30,7%)
3 a 4 salários mínimos	43 (42,6%)
5 ou mais salários mínimos	5 (5%)
Não responderam	7 (6,9%)
Profissão	
Área da Saúde	21 (20,8%)
Área da Educação	18 (17,8%)
Área do Comércio e Serviços	13 (12,9%)
Área de Gestão e Negócios	12 (11,9%)
Área de Administração Pública	9 (8,9%)
Área de Engenharia	3 (3%)
Reformada	4 (4%)
Desempregada	6 (6%)
Outros/Indefinido	8 (7,9%)
Não responderam	7 (6,9%)
Nacionalidade	
Portuguesa	94 (93,1%)
Não responderam	7 (6,9%)

Nota. Baseado em 101 pessoas que na íntegra responderam ao instrumento

Tabela 2

Dados Clínicos das Participantes (n=101)

	<i>Média (DP) / n (%)</i>
Tempo do Diagnóstico (anos)	5,58 (5,05) / 91 (90,1%)
Fim do Tratamento (anos)	3,62 (3,50) / 69 (69,3%)
Metástases	
Sim	11 (10,9%)
Não	67 (66,3%)
Não sei	16 (15,8%)
Não responderam	7 (6,9%)

Nota. Baseado em 101 pessoas que na íntegra responderam ao instrumento

3.2. Resultados Descritivos

Relativamente à *PD*, observou-se na Tabela 3 que a subescala Consequências apresenta um resultado médio de 5,11 e desvio padrão de 2,26, sugerindo um nível de ameaça moderado; quanto aos resultados obtidos na subescala Duração, é possível constar que a doença é vista como ameaçadora ($M=6,55$; $DP=3,19$); no que diz respeito ao Controlo Pessoal, existe um nível de ameaça moderado ($M=5,16$; $DP=2,98$); quanto ao Controlo do Tratamento, verifica-se que a doença é vista como ameaçadora ($M=8,28$; $DP=1,88$); face aos resultados do item correspondente à Identidade ($M=4,84$; $DP=2,50$) é possível observar que as participantes atribuem alguns dos sintomas listados como relacionados à doença; quanto à Preocupação ($M=7,15$; $DP=2,43$) os resultados demonstram que as participantes apresentaram níveis ameaçadores relativamente à doença; no item correspondente à Compreensão ($M=7,13$; $DP=2,51$) apurou-se um resultado considerado ameaçador; nos resultados referentes à Resposta Emocional ($M=6,47$; $DP=3,01$) verifica-se também um resultado ameaçador. Quando se agrupam os itens em duas dimensões, cognitiva e emocional, verifica-se que, face aos resultados da Representação Cognitiva da *PD* ($M=37,18$; $DP=7,03$), a representação cognitiva apresenta um nível ameaçador; os valores obtidos na Representação Emocional da *PD*

(M=13,61; DP=4,81), indicam que esta representação apresenta também índices ameaçadores.

Segundo o estudo de Du et al. (2024), pontuações iguais ou superiores a 34 na versão reduzida da escala *Fear of Progression Questionnaire* (FOP-Q-SF)- estão associados a sofrimento psicológico significativo. No presente estudo os resultados obtidos foram (M= 39,43), o que indica índices elevados de MPD e consequentemente de sofrimento psicológico.

Relativamente à QDV, os dados descritivos mostram que nas Subescalas Funcionais, em que valores elevados remetem para melhor QDV, as participantes na subescala Funcionamento Físico obtiveram uma média de 78,79 e um desvio padrão igual a 16,86, na subescala de Funcionamento Cognitivo uma média igual a 45,12 e desvio padrão de 28,89, no Funcionamento Emocional (M= 48,23; DP=25,18). Na dimensão Funcionamento Social é possível constatar uma média de 56,73 e um desvio padrão de 27,86, na subescala Função Papel uma média igual a 63,80 e desvio padrão de 25,87 e, por último na dimensão QDV Global (M= 66,16; DP= 18,40).

Por outro lado, nas Subescalas de Sintomas e Itens Únicos, nas quais pontuações elevadas remetem para uma maior sintomatologia e consequentemente para uma pior QDV, as participantes apresentaram: Náuseas (M=20,88; DP= 25,90), Diarreia (M=15,15; DP= 26,63), Dispneia (M=10,77; DP= 21,73), Obstipação (M= 29,63; DP= 33,30), Perda de Apetite (M= 26,26; DP= 33,76), Impacto Financeiro (M= 34,68; DP= 34,64), Fadiga (M= 56,53; DP= 27,10), Dor (M=43,94; DP=26,99) e Insónias (M=57,91; DP= 33,53).

Tabela 3

Dados descritivos (média, desvio padrão, mínimo e máximo) referentes ao Medo da Progressão da Doença, Perceção da Doença e Qualidade de Vida (n=101)

<i>Medida</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média (DP)</i>
Medo da Progressão da Doença	20,00	59,00	39,43 (8,64)
(FOP-Q-SF)			
Perceção da Doença (Brief-IPQ)			
Consequências	,00	10,00	5,11 (2,26)
Duração	,00	10,00	6,55 (3,19)

(Continuação)

<i>Medida</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média (DP)</i>
Controlo Pessoal	,00	10,00	5,16 (2,98)
Controlo do Tratamento	1,00	10,00	8,28 (1,88)
Identidade	,00	10,00	4,84 (2,50)
Preocupação	1,00	10,00	7,15 (2,43)
Compreensão	,00	10,00	7,13 (2,51)
Resposta Emocional	,00	10,00	6,47 (3,01)
Representação Cognitiva	23,00	54,00	37,18 (7,03)
Representação Emocional	2,00	20,00	13,61 (4,81)
Qualidade de Vida (EORC-QLQ-C30)			
Funcionamento Físico	26,67	100,00	78,79 (16,86)
Função Papel	,00	100,00	63,80 (25,87)
Funcionamento Emocional	,00	91,67	48,23 (25,18)
Funcionamento Cognitivo	,00	100,00	45,12 (28,89)
Funcionamento Social	,00	100,00	56,73 (27,86)
Fadiga	,00	100,00	56,53 (27,10)
Dor	,00	100,00	43,94 (26,99)
Náuseas	,00	100,00	20,88 (25,90)
QDV Global	8,33	100,00	66,16 (18,40)
Dispneia	,00	100,00	10,77 (21,73)
Insónias	,00	100,00	57,91 (33,53)
Obstipação	,00	100,00	29,63 (33,30)
Diarreia	,00	100,00	15,15 (26,63)
Impacto Financeiro	,00	100,00	34,68 (34,64)
Perda de Apetite	,00	100,00	26,26 (33,76)

Nota: Baseado em 101 pessoas que, na íntegra, responderam ao protocolo

A Tabela 4 representa as categorias das respostas dadas pelas participantes em relação à pergunta “Por favor coloque por ordem de importância os fatores que considera que causaram a sua doença” do instrumento Brief-IPQ, que avalia a atribuição causal do CM. Foi realizado um levantamento de todas as respostas que posteriormente

foram categorizadas pelo seu conteúdo. As categorias foram adaptadas dos estudos De Castro et al. (2016) e Peuker et al., (2016). As respostas obtidas pelas participantes foram distribuídas por categorias: Fatores Psicológicos; Fatores de Risco Biológicos; Fatores de Risco Comportamentais; Fatores de Trabalho/Carga Laboral; Fatores Relacionais; Fatores Ambientais; Fatores de Cuidados de Saúde; Fatores de Destino/Sorte/Espiritualidade; Desconhecidos; Outros.

De acordo com a presente tabela, foi possível apurar que como principal causa encontram-se os *Fatores Psicológicos*, sendo aquele que mais se destacou o *Stress/Ansiedade*, com uma percentagem de 40,6% ($F=41$), seguido pelos *Fatores de Risco Biológicos*, destacando-se os *Fatores Genéticos/Hereditários*, com 13% ($F= 13$) e *Fatores Hormonais* com 10% ($F= 10$). As *Causas Desconhecidas* também obtiveram uma percentagem significativa, com 10%, nos quais as participantes não atribuíam nenhuma causa específica ao desenvolvimento da doença ($F=10$). Com percentagens mais baixas, mas também relevantes, nos *Fatores Psicológicos* destacaram-se a *Tristeza* e *Outras Causas* não inseridas nas categorias preestabelecidas, com 5% ($F= 5$).

Como segunda principal causa, obtido a partir das segundas respostas espontâneas, foi possível verificar que os *Fatores Psicológicos* foram novamente os que mais se destacaram, tendo sido o *Stress/Ansiedade* aquele que obteve uma maior percentagem, 15,8% ($F= 16$). A segunda maior causa foram os *Fatores de Risco Comportamentais*, no qual se destacaram os *Hábitos de Alimentação*, com uma percentagem de 10% ($F= 10$). Foi possível observar nos *Fatores de Risco Biológicos*, que os *Fatores Genéticos/Hereditários* e *Fatores Hormonais*, também obtiveram percentagens relevantes, contudo um pouco mais baixas, com 5% ($F= 5$).

Por último, na terceira resposta espontânea, a maior causa apresentada pelas participantes encontrou-se inserida nos *Fatores de Risco Biológicos*, tendo-se destacado novamente os *Fatores Genéticos/Hereditários*, com 9% ($F= 9$), seguido por *Outras Causas* que não se inseriram nas categorias previamente estabelecidas, com uma percentagem também de 9% ($F= 9$). Foi possível verificar, que os *Fatores de Risco Comportamentais* também obtiveram percentagens relevantes, no qual os *Hábitos Alimentares* apresentaram maior percentagem, 5% ($F= 5$). Também os *Fatores de Trabalho/Carga Laboral*, apresentaram uma percentagem significativa, contudo mais baixa, de 5% ($F= 5$).

Tabela 4

Fatores considerados pelas participantes como causadores do cancro da mama, por ordem de resposta (N= 101)

<i>Categorias</i>	<i>Causa 1 n (%)</i>	<i>Causa 2 n (%)</i>	<i>Causa 3 n (%)</i>
Fatores Psicológicos			
Stress/ Ansiedade	41 (40,6%)	16 (15,8%)	5 (5% %)
Tristeza	5 (5%)	4 (4%)	4 (4%)
Trauma	0	3 (3%)	2 (2%)
Fatores de Risco Biológicos			
Genéticos/ Hereditários	13 (13%)	5 (5%)	9 (9%)
Hormonais	10 (10%)	5 (5%)	1 (1%)
Menopausa	0	0	1 (1%)
Gravidez/ Amamentação	1 (1%)	2 (2%)	0
Obesidade	1 (1%)	2 (2%)	0
Idade	0	1 (1%)	0
Baixa imunidade	0	0	1 (1%)
Fatores de Risco Comportamentais			
Alimentação	4 (4%)	10 (10%)	5 (5%)
Álcool/ Tabaco	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)
Sedentarismo	0	4 (4%)	2 (2%)
Hábitos de sono	2 (2%)	1 (1%)	2 (2%)
Fatores de Trabalho/ Carga Laboral			
	3 (3%)	2 (2%)	5 (5%)
Fatores Relacionais			
Separação/Divórcio	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
Perdas	0	1 (1%)	0
Conflitos relacionais	0	3 (3%)	0
Fatores Ambientais			
	2 (2%)	4 (4%)	0
Fatores de Cuidados de Saúde			
Falta de vigilância	0	2 (2%)	1 (1%)

(Continuação)

<i>Categorias</i>	<i>Causa 1</i> <i>n (%)</i>	<i>Causa 2</i> <i>n (%)</i>	<i>Causa 3</i> <i>n (%)</i>
Negligência médica	0	2 (2%)	1 (1%)
Fatores de Destino/Sorte/ Espiritualidade	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
Desconhecido	10 (10%)	0	0
Outros	5 (5%)	4 (4%)	9 (9%)

3.3. Análises de Correlação de Pearson

Foram realizadas análises de correlação de Pearson (Tabela 5 e 6) entre as variáveis medo da progressão da doença (MPD), percepção da doença (PD) e qualidade de vida (QDV).

Na escala Medo da Progressão da Doença (MPD) observaram-se correlações negativas significativas com vários domínios da Qualidade de Vida (QDV), nomeadamente Funcionamento Físico ($r=-0,41$; $p<.001$), Função Papel ($r=-0,34$; $p=.002$), Funcionamento Emocional ($r=-0,50$; $p<.001$), Funcionamento Social ($r=-0,35$; $p=.002$) e Qualidade de Vida Global ($r=-0,35$; $p=.002$), indicando que níveis mais elevados de MPD se associam a pior QDV. Em relação aos domínios da Percepção da Doença (PD), o MPD correlacionou-se positivamente com Consequências ($r=0,47$; $p<.001$), Identidade ($r=0,50$; $p<.001$), Preocupação ($r=0,60$; $p<.001$), Resposta Emocional ($r=0,57$; $p<.001$) e Representação Emocional ($r=0,64$; $p<.001$), reforçando a ideia de que maior medo da progressão está ligado a percepções mais ameaçadoras da doença. Por outro lado, verificaram-se correlações negativas com Controlo do Tratamento ($r=-0,35$; $p=.001$) e Compreensão ($r=-0,22$; $p=.048$), sugerindo que níveis elevados de MPD reduzem a percepção de controlo e compreensão.

Nos domínios da QDV, o Funcionamento Físico destacou-se por apresentar correlações positivas com a Função Papel ($r=0,61$; $p<.001$), Funcionamento Cognitivo ($r=0,46$; $p<.001$) e QDV Global ($r=0,37$; $p<.001$), mostrando que melhor condição física se traduz em maior bem-estar global. Em contrapartida, associou-se negativamente a dimensões da PD como Consequências ($r=-0,45$; $p<.001$) e Identidade ($r=-0,50$; $p<.001$), confirmando que percepções mais negativas da doença se refletem em pior

funcionamento físico. Resultados semelhantes foram observados para a Função Papel, que se relacionou positivamente com o Funcionamento Emocional ($r=0,57$; $p<.001$) e Social ($r=0,60$; $p<.001$).

O Funcionamento Emocional apresentou correlações positivas com Funcionamento Social ($r=0,59$; $p<.001$) e QDV Global ($r=0,41$; $p<.001$), mas negativas com Preocupação ($r=-0,39$; $p<.001$), Resposta Emocional ($r=-0,45$; $p<.001$) e Representação Emocional ($r=-0,46$; $p<.001$), sugerindo que percepções mais negativas da doença comprometem diretamente a esfera emocional. Já o Funcionamento Cognitivo associou-se positivamente com o Controlo Pessoal ($r=0,29$; $p=.009$) e Controlo do Tratamento ($r=0,23$; $p=.038$), mas negativamente à Identidade ($r=-0,31$; $p=.006$). Finalmente, o Funcionamento Social esteve positivamente relacionado à QDV Global ($r=0,23$; $p=.042$), embora tenha apresentado correlações negativas com Identidade ($r=-0,31$; $p=.006$), Preocupação ($r=-0,30$; $p=.008$) e Representação Emocional ($r=-0,38$; $p<.001$).

A Qualidade de Vida Global apresentou correlações negativas com Consequências ($r=-0,40$; $p<.001$), Duração ($r=-0,39$; $p<.001$) e Identidade ($r=-0,39$; $p<.001$), e positiva com Controlo do Tratamento ($r=0,29$; $p=.010$). Assim, percepções mais negativas da doença associam-se a uma pior qualidade de vida global, enquanto maior percepção de controlo favorece melhores resultados.

No âmbito da PD, destacaram-se correlações robustas entre as dimensões mais ameaçadoras: Consequências associaram-se positivamente a Identidade ($r=0,50$; $p<.001$), Preocupação ($r=0,53$; $p<.001$) e Representação Emocional ($r=0,52$; $p<.001$), enquanto a Preocupação mostrou forte relação com a Resposta Emocional ($r=0,65$; $p<.001$) e Representação Emocional ($r=0,88$; $p<.001$). Estes resultados indicam que percepções mais negativas da doença tendem a reforçar-se mutuamente, ampliando o impacto emocional e a ameaça global.

Tabela 5

Correlações de Pearson entre as Variáveis Medo da Progressão da Doença, Percepção da Doença e Qualidade de Vida

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Total MPD	1	-,41***	-,34**	-,50***	-,16	-,35**	-,35**	,47***
2.Funcionamento Físico (QDV)	-,41***	1	,61***	,39***	,46***	,27*	,37***	-,45***
3. Função Papel (QDV)	-,34**	,61***	1	,57***	,37***	,60***	,31**	-,44***
4. Funcionamento Emocional (QDV)	-,50***	,39***	,57***	1	,46***	,59***	,41***	-,25*
5. Funcionamento Cognitivo (QDV)	-,16	,46***	,37***	,46***	1	,43***	,20	-,11
6. Funcionamento Social (QDV)	-,35**	,27*	,60***	,59***	,43***	1	,23*	-,26*
7. QDV Global	-,35**	,37***	,31**	,41***	,20	,23*	1	-,40***
8. Consequências (PD)	,47***	-,45***	-,44***	-,25*	-,11	-,26*	-,40***	1
9. Duração (PD)	,31**	-,29**	-,18	-,27*	-,22*	-,17	-,39***	,33**
10. Controle Pessoal (PD)	-,14	,17	,18	,13	,29**	,14	,18	-,18
11. Controle Tratamento (PD)	-,35**	,40***	,23*	,21	,23*	,11	,29*	-,22
12. Identidade (PD)	,50***	-,50***	-,37***	-,28*	-,31**	-,31**	-,39***	,50***
13. Preocupação (PD)	,60***	-,20	-,22	-,39***	-,12	-,30**	-,19	,53***
14. Compreensão (PD)	-,22*	-,15	-,16	-,07	-,19	-,11	,02	-,08
15. Resposta Emocional (PD)	,57***	-,19	-,23*	-,45***	-,17	-,38***	-,23*	,42***
16. Representação Cognitiva (PD)	,23*	-,33**	-,28*	-,22	-,13	-,23*	-,28*	,48***
17. Representação Emocional (PD)	,64***	-,21	-,25*	-,46***	-,16	-,38***	-,23*	,52***

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Tabela 6

Correlações de Pearson entre as Variáveis Medo da Progressão da Doença, Percepção da Doença e Qualidade de Vida (continuação)

	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Total MPD	,31**	-,14	-,35**	,50***	,60***	-,22*	,57***	,23*	,64***
2. Funcionamento Físico (QDV)	-,29**	,17	,40***	-,50***	-,20	-,15	-,19	-,33**	-,21
3. Função Papel (QDV)	-,18	,18	,23*	-,37***	-,22	-,16	-,23*	-,28*	-,25*
4. Funcionamento Emocional (QDV)	-,27*	,13	,21	-,28*	-,39***	-,07	-,45***	-,22	-,46***
5. Funcionamento Cognitivo (QDV)	-,22*	,29**	,23*	-,31**	-,12	-,19	-,17	-,13	-,16
6. Funcionamento Social (QDV)	-,17	,14	,11	-,31**	-,30**	-,11	-,38***	-,23*	-,38***
7. QDV Global	-,39***	,18	,29*	-,39***	-,19	,02	-,23*	-,28*	-,23*
8. Consequências (PD)	,33**	-,18	-,22	,50***	,53	-,08	,42***	,48***	,52***
9. Duração (PD)	1	-,11	-,33**	,39***	,22	-,09	,26*	,51***	,27*
10. Controle Pessoal (PD)	-,11	1	,30**	-,23*	-,08	,27*	-,12	,42***	-,11
11. Controle Tratamento (PD)	-,33**	,30**	1	-,27*	-,04	,38***	-,19	,23*	-,13
12. Identidade (PD)	,39***	-,23*	-,27*	1	,42***	-,06	,43***	,51***	,47***
13. Preocupação (PD)	,22	-,08	-,04	,42***	1	-,11	,65***	,34**	,88***
14. Compreensão (PD)	-,09	,27*	,38***	-,06	-,11	1	-,12	,51***	-,13
15. Resposta Emocional (PD)	,26*	-,12	-,19	,43***	,65***	-,12	1	,26*	,93**
16. Representação Cognitiva (PD)	,51***	,42***	,23*	,51***	,34**	,51***	,26*	1	,32**
17. Representação Emocional (PD)	,27*	-,11	-,13	,47***	,88***	-,13	,93***	,32**	1

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

3.4. Análises de Regressão Linear Múltipla

Foram realizadas regressões lineares múltiplas (método *stepwise*) para examinar os preditores do medo da progressão da doença (MPD) e da percepção da doença (PD) sobre as subescalas funcionais da qualidade de vida (QDV) em sobreviventes de cancro da mama (CM).

Relativamente ao Funcionamento Físico (Tabela 7), no Modelo 1, a dimensão Identidade foi incluída, este foi um modelo estatisticamente significativo [$F(1,77)=25,741$, $p < .001$] que explica 24,1% da variância do Funcionamento Físico ($R^2=0,251$; R^2 ajustado= 0,241). No Modelo 2 foi adicionada a dimensão Controlo do Tratamento. Este foi também um modelo estatisticamente significativo [$F(2,76)=18,322$, $p < .001$] e explica 30,8% da variância ($R^2=0,325$; R^2 ajustado= 0,308). No Modelo 3 foi adicionada a dimensão Compreensão. O presente modelo foi estatisticamente significativo [$F(3,75)=18,260$, $p < .001$] e o mesmo explica 39,9% da variância ($R^2=0,422$; R^2 ajustado= 0,399). No Modelo 4 foi adicionada a dimensão Consequências. Este foi um modelo estatisticamente significativo [$F(4,74)=16,091$, $p < .001$] que explica 43,6% da variância ($R^2=0,465$; R^2 ajustado= 0,436). Os resultados demonstram que uma maior percepção de sintomas da doença (Identidade) ($\beta = -0,292$; $p = .005$), maior percepção de Compreensão da Doença ($\beta = -0,341$; $p < .001$) e maior percepção de Consequências da doença ($\beta = -0,241$; $p = .017$) previam pior Funcionamento Físico, enquanto uma maior percepção de Controlo do Tratamento ($\beta = 0,397$; $p < .001$) associou-se a um melhor funcionamento.

Na subescala Função Papel (Tabela 8) a dimensão Consequências foi incluída. O presente modelo foi estatisticamente significativo [$F(1,77)=17,979$, $p < .001$], explicando 17,9% da variância ($R^2=0,189$; R^2 ajustado= 0,179). No modelo a dimensão Consequências foi um preditor negativo da Função Papel da QDV, demonstrando que quanto maior a percepção de Consequências associadas à doença ($\beta = -0,435$; $p < .001$) piores os níveis de Função Papel, indicando que percepções mais ameaçadoras da doença reduzem a capacidade de desempenhar atividades do quotidiano.

Quanto ao Funcionamento Emocional (Tabela 9) foi possível apurar: No Modelo 1, o MPD foi incluído, este foi um modelo estatisticamente significativo

[F(1,77)= 25,434, $p < .001$], e explica 23,9% da variância ($R^2 = 0,248$; R^2 ajustado= 0,239). No Modelo 2 foi adicionada a dimensão Resposta Emocional. Este foi também um modelo estatisticamente significativo [F(2,76)= 15,289, $p < .001$] e o mesmo explica 26,8% da variância ($R^2 = 0,287$; R^2 ajustado= 0,268). Níveis mais elevados de MPD ($\beta = -0,363$; $p = .003$) e maior percepção de impacto emocional da doença ($\beta = -0,239$; $p = .046$) encontram-se associados a um pior Funcionamento Emocional.

Na subescala Funcionamento Cognitivo (Tabela 10), no Modelo 1, a dimensão Identidade foi incluída, este foi um modelo estatisticamente significativo [F(1,77)= 8,044, $p = .006$], explicando 8,3% da variância ($R^2 = 0,095$; R^2 ajustado= 0,083). No Modelo 2 foi adicionada a dimensão Controlo Pessoal. Este foi também um modelo estatisticamente significativo [F(2,76)= 6,533, $p = .002$] e explica 12,4% da variância ($R^2 = 0,147$; R^2 ajustado= 0,124). No Modelo 3 foi acrescentada a variável Compreensão. O presente modelo foi estatisticamente significativo [F(3,75)= 7,170, $p < .001$] e o mesmo explica 19,2% da variância ($R^2 = 0,223$; R^2 ajustado= 0,192). Por último, no Modelo 4 foi adicionada a dimensão Controlo do Tratamento. Tendo este sido também um modelo estatisticamente significativo [F(4,74)= 6,649, $p < .001$] que explica 22,5% da variância ($R^2 = 0,264$; R^2 ajustado= 0,225). O Controlo Pessoal ($\beta = 0,271$; $p = .014$) e Controlo do Tratamento ($\beta = 0,232$; $p = .045$) foram preditores positivos do Funcionamento Cognitivo, enquanto a Compreensão ($\beta = -0,361$; $p = .002$) e a Identidade ($\beta = -0,205$; $p = .055$) demonstraram ser preditores negativos.

Na dimensão Funcionamento Social (Tabela 11), foi incluída a dimensão Resposta Emocional. O presente modelo foi estatisticamente significativo [F(1,77)=13,295, $p < .001$], e explica 13,6% da variância ($R^2 = 0,147$; R^2 ajustado= 0,136). Esta dimensão foi um preditor negativo do Funcionamento Social ($\beta = -0,384$; $p < .001$), na medida em que quanto maior a percepção de emoções negativas associadas à doença piores os níveis de Funcionamento Social.

Por fim, os valores da estatística de Durbin-Watson (1,919–2,201) indicaram ausência de autocorrelação nos resíduos, assegurando a independência dos erros.

Tabela 7

*Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala
Funcionamento Físico da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)*

<i>Modelo</i>	<i>Preditores</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2	R^2 <i>ajustado</i>	<i>DW</i>
Modelo 1	Identidade	-,501	-5,074	<.001	,251	,241	
Modelo 2	Identidade	-,423	-4,313	<.001			
	Controlo do tratamento	,285	2,905	.005	,325	,308	
Modelo 3	Identidade	-,408	-4,460	<.001			
	Controlo do tratamento	,417	4,225	<.001	,422	,399	
	Compreensão	-,336	-3,542	<.001			
Modelo 4	Identidade	-,292	-2,913	.005			
	Controlo do tratamento	,397	4,149	<.001	,465	,436	1,981
	Compreensão	-,341	-3,710	<.001			
	Consequências	-,241	-2,441	.017			

Nota: Regressões lineares múltiplas com o medo da progressão da doença e percepção da doença como variáveis preditoras e as subescalas funcionais do EORT-QLQ-C30 como variáveis dependentes. β = coeficiente de regressão padronizado. DW= estatística de Durbin-Watson. Todos os modelos foram estatisticamente significativos.

Tabela 8

*Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Função
Papel da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)*

<i>Modelo</i>	<i>Preditores</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2	R^2 <i>ajustado</i>	<i>DW</i>
Modelo 1	Consequências	-,435	-4,240	<.001	,189	,179	2,116

Nota: Regressões lineares múltiplas com o medo da progressão da doença e percepção da doença como variáveis preditoras e as subescalas funcionais do EORT-QLQ-C30 como variáveis dependentes. β = coeficiente de regressão padronizado. DW= estatística de Durbin-Watson. Todos os modelos foram estatisticamente significativos.

Tabela 9

Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Funcionamento Emocional da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Modelo	Preditores	β	t	p	R^2	R^2 ajustado	DW
Modelo 1	MPD	-,498	-5,043	<.001	,248	,239	
Modelo 2	MPD	-,363	-3,084	.003			
	Resposta Emocional	-,239	-2,029	.046	,287	,268	1,919

Nota: Regressões lineares múltiplas com o medo da progressão da doença e perceção da doença como variáveis predictoras e as subescalas funcionais do EORTC-QLQ-C30 como variáveis dependentes. β = coeficiente de regressão padronizado. DW= estatística de Durbin-Watson. Todos os modelos foram estatisticamente significativos.

Tabela 10

Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala Funcionamento Cognitivo da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)

Modelo	Preditores	β	t	p	R^2	R^2 ajustado	DW
Modelo 1	Identidade	-,308	-2,836	.006	,095	,083	
Modelo 2	Identidade	-,254	-2,338	.022			
	Controlo Pessoal	,234	2,154	.034	,147	,124	
Modelo 3	Identidade	-,255	-2,441	.017			
	Controlo Pessoal	,310	2,867	.005	,223	,192	
	Compreensão	-,286	-2,712	.008			
Modelo 4	Identidade	-,205	-1,947	.055			
	Controlo Pessoal	,271	2,517	.014	,264	,225	2,046

(Continuação)

<i>Modelo</i>	<i>Preditores</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2	R^2 <i>ajustado</i>	<i>DW</i>
	Compreensão	-,361	-3,292	.002			
	Controlo do Tratamento	,232	2,043	.045			

Nota: Regressões lineares múltiplas com o medo da progressão da doença e perceção da doença como variáveis preditoras e as subescalas funcionais do EORT-QLQ-C30 como variáveis dependentes. β = coeficiente de regressão padronizado. DW= estatística de Durbin-Watson. Todos os modelos foram estatisticamente significativos.

Tabela 11

*Resultados das Regressões Lineares (Método Stepwise) da Subescala
Funcionamento Social da Qualidade de Vida (EORTC-QLQ-C30)*

<i>Modelo</i>	<i>Preditores</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2	R^2 <i>ajustado</i>	<i>DW</i>
Modelo 1	Resposta Emocional	-,384	-3,646	<.001	,147	,136	2,201

Nota: Regressões lineares múltiplas com o medo da progressão da doença e perceção da doença como variáveis preditoras e as subescalas funcionais do EORT-QLQ-C30 como variáveis dependentes. β = coeficiente de regressão padronizado. DW= estatística de Durbin-Watson. Todos os modelos foram estatisticamente significativos.

4. Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos analisar a relação entre a percepção da doença (PD), o medo da progressão da doença (MPD) e a qualidade de vida (QDV) em mulheres sobreviventes de cancro da mama (CM), e compreender em que medida a PD e o MPD predizem os níveis de QDV nesta população. Os resultados indicaram que a PD é um forte preditor das diferentes dimensões da QDV. No que respeita ao funcionamento físico, uma percepção mais elevada de sintomas e de consequências, assim como uma maior percepção de compreensão da doença, associaram-se a pior funcionamento. Em contrapartida, uma percepção mais positiva do controlo do tratamento relacionou-se com melhor funcionamento físico.

De acordo com o Modelo de Senso Comum (MSC), uma percepção mais elevada de controlo — pessoal e do tratamento — tende a reduzir as emoções negativas face à doença, favorecendo um melhor ajustamento psicológico (Diefenbach & Leventhal, 1996). Todavia, a dimensão *Identidade*, definida como a percepção dos sintomas da doença, é igualmente central neste modelo, uma vez que constitui a base para a construção das percepções da doença (Diefenbach & Leventhal, 1996). Assim, quanto maior o número de sintomas percecionados, maior tende a ser o impacto negativo no funcionamento físico. O MSC postula ainda que a percepção das consequências associadas à doença pode modificar a PD e, consequentemente, influenciar a percepção de ameaça à saúde (Leventhal et al., 1998). Neste sentido, quanto maior a percepção de consequências e de ameaça, maior o impacto negativo na QDV, particularmente no domínio do funcionamento físico. De forma consistente, verificou-se também que percepções mais ameaçadoras da doença se associaram a uma menor capacidade para desempenhar atividades do quotidiano, refletindo-se na função papel.

No que respeita ao funcionamento emocional da QDV, verificou-se que tanto a PD como o MPD atuaram como preditores significativos. Níveis mais elevados de MPD e uma maior percepção do impacto emocional da doença associaram-se a piores resultados nesta dimensão. Percepções da doença mais ameaçadoras tendem a afetar negativamente a QDV, dificultando a adaptação psicológica à doença, favorecendo o aparecimento de sintomas depressivos e reduzindo a adesão ao tratamento. Assim, uma representação cognitiva disfuncional da doença contribui para percepções ameaçadoras que

comprometem o bem-estar emocional. Este resultado é consistente com o estudo de Mickevičienė et al. (2013), que demonstrou que as representações emocionais da doença influenciam o funcionamento emocional em doentes com cancro da próstata. De igual modo, Liu et al. (2021) identificaram uma relação entre a PD e o MPD em doentes com Doença Pulmonar Intersticial: uma PD menos ameaçadora associou-se a melhor saúde mental, maior uso de estratégias de coping adaptativas e melhor autogestão da doença, refletindo-se positivamente na QDV. Em contrapartida, uma PD mais ameaçadora contribuiu para reações emocionais desadaptativas, como ansiedade e sentimentos de baixa autoconfiança perante a doença e o tratamento.

No domínio do funcionamento cognitivo, apenas algumas dimensões da PD — nomeadamente Identidade, Controlo Pessoal, Compreensão e Controlo do Tratamento — se revelaram preditoras significativas. Uma maior perceção de controlo pessoal e controlo do tratamento associou-se a melhor desempenho cognitivo, enquanto uma perceção mais elevada de sintomas e uma maior compreensão da doença previram pior desempenho nesta dimensão. A dimensão *Controlo* refere-se à perceção ou crença do indivíduo relativamente ao controlo e à cura da doença (Diefenbach & Leventhal, 1996). Assim, o facto de a perceção de controlo pessoal e do tratamento se associar a melhor funcionamento cognitivo pode refletir a utilização de estratégias de coping adaptativas (Fischer et al., 2010). Relativamente à dimensão *Identidade*, Gercovich et al. (2011) demonstraram que níveis elevados de perceção de sintomas da doença estão associados a pior funcionamento cognitivo, contribuindo para uma menor QDV. Estes resultados sugerem que perceções mais ameaçadoras da doença podem comprometer não apenas a esfera física e emocional, mas também a capacidade cognitiva dos doentes oncológicos.

Por último, observou-se que perceções de emoções negativas relacionadas com a doença comprometeram o funcionamento social das participantes. A representação emocional da doença pode incluir tanto emoções negativas, como medo, raiva e distress, como emoções positivas (Broadbent et al., 2006). De forma consistente com o presente estudo, Schoormans et al. (2020) verificaram que sobreviventes de cancro da tiroide com elevado impacto emocional da doença apresentavam piores níveis de QDV, particularmente no domínio do funcionamento social. Assim, emoções negativas podem contribuir para maior isolamento social e dificuldades nas relações interpessoais, refletindo o impacto da experiência da doença na vida quotidiana das sobreviventes.

Uma maior perceção de compreensão da doença previu piores resultados nas dimensões física e cognitiva da QDV. Este resultado diverge parcialmente da literatura, por exemplo, Crumpei-Tanasă & Crumpei (2021) observaram que, em doentes com CM, uma maior perceção de compreensão da doença e dos seus sintomas se associa a melhores níveis de QDV em vários domínios. Contudo, a presente investigação é consistente com os resultados de Vollmann et al. (2020), que verificaram o mesmo efeito em doentes com cancro do pulmão. Segundo estes autores, compreender melhor a doença pode, em alguns casos, aumentar a perceção das suas implicações e consequências, levando a uma avaliação mais negativa da QDV. Em suma, estes resultados sugerem que, em determinadas situações, maior compreensão da doença pode paradoxalmente afetar negativamente a QDV física e cognitiva.

De forma geral, os resultados confirmam que a PD é um forte preditor da QDV em mulheres sobreviventes de CM. Perceções mais negativas da doença associaram-se a níveis mais baixos de QDV, enquanto perceções menos ameaçadoras, como o controlo pessoal e o controlo do tratamento, estiveram relacionadas com melhor QDV. Estes resultados reforçam a evidência de que a PD influencia significativamente a QDV, sendo que perceções mais ameaçadoras se associam a maior morbilidade psicológica e a pior ajustamento (Alhofaian et al., 2024; De Rooji et al., 2018; Ośmiałowska et al., 2022). Estes resultados corroboram o descrito por Lee et al. (2019), que verificaram que níveis menos ameaçadores de PD, ou crenças mais positivas face à doença, se associam a melhores perceções de controlo pessoal e do tratamento. Isto acontece porque uma perceção de controlo pessoal e do tratamento reflete a crença de que os tratamentos contribuem para a gestão e possível erradicação da doença. Ou seja, perceções de controlo mais elevadas são consideradas ajustadas ou menos ameaçadoras e contribuem para níveis positivos de QDV.

Em contrapartida, perceções mais ameaçadoras associam-se a crenças negativas sobre identidade, duração, consequências e resposta emocional da doença, traduzindo-se em maior distress psicológico, sintomas depressivos e ansiosos, e utilização de estratégias de coping desadaptativas (Lee et al., 2019). Assim, indivíduos que percecionam a sua doença como crónica, com múltiplos sintomas, impactando emocionalmente as suas vidas, desenvolvem perceções mais ameaçadoras, que posteriormente afetam negativamente a QDV. Contudo, é importante lembrar que o CM

é compreendido como uma doença crónica, e as mulheres apresentarem uma visão ajustada sobre a sua duração é importante no seu ajustamento à doença. Ainda, estes resultados alinham-se com o estudo de Leventhal et al. (1992), que utilizou o MSC para compreender a adesão à terapêutica e as cognições da doença. Este estudo mostra que, em doenças que colocam a vida em risco, como o CM, os indivíduos tendem a perceber a doença como crónica (duração), causada por fatores genéticos ou externos, com consequências significativas e sintomas (identidade) que a tornam incontrollável, invasiva e dolorosa.

O MPD não revelou ser preditor direto da QDV, ao contrário do descrito por Ban et al. (2021). Este resultado pode dever-se ao facto de o MPD influenciar a QDV de forma indireta, mediado por perceções mais ameaçadoras da doença. Esta hipótese é apoiada por Liu et al. (2021), que identificaram o MPD como mediador da relação entre PD e QDV em doentes oncológicos pediátricos. Este fenómeno pode ainda refletir características específicas da população portuguesa ou limitações metodológicas do estudo.

Apesar de não ser um preditor direto, o MPD apresentou correlações negativas com diversas dimensões da QDV. Níveis mais elevados de MPD associaram-se a pior funcionamento físico, emocional, social e de papel, assim como a menor QDV global. Verificou-se ainda que o MPD se correlacionou positivamente com várias dimensões da PD, como consequências, identidade, preocupação e resposta emocional, indicando que níveis mais elevados de MPD se associam a perceções mais ameaçadoras da doença. Em contrapartida, perceções mais positivas de controlo do tratamento e de compreensão da doença associaram-se a níveis mais baixos de MPD. De acordo com estes resultados e segundo o MSC (Diefenbach & Leventhal, 1996), perceções da doença relacionadas com consequências, sintomas, preocupação e impacto emocional contribuem para níveis desajustados de MPD, como evidenciado no estudo de Horwood et al. (2024), na medida em que perceções ameaçadoras ao nível das consequências, preocupação e representações emocionais, contribuem para níveis elevados de MPD. Estes níveis, por sua vez, comprometem diferentes dimensões da QDV, incluindo o funcionamento físico, emocional e a perceção do desempenho de funções e atividades quotidianas. Por outro lado, quando as sobreviventes apresentam perceções mais positivas ou menos ameaçadoras quanto ao controlo do tratamento e à compreensão da

doença, os níveis de MPD tendem a ser mais equilibrados, o que contribui para uma QDV mais favorável.

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira diz respeito ao recurso a métodos de amostragem não probabilísticos — por conveniência e por bola de neve — que compromete a representatividade dos resultados relativamente à população de mulheres sobreviventes de cancro da mama (CM). Além disso, o facto da recolha de dados ter sido realizada exclusivamente em formato online pode ter contribuído para a desistência de algumas participantes antes da conclusão do protocolo de avaliação, bem como para a ausência de controlo sobre o contexto de resposta.

Para futuras investigações, recomenda-se a realização de estudos com a mesma população e variáveis, porém com recolha de dados presencial de forma a avaliar a consistência dos resultados obtidos de modo a garantir maior taxa de resposta, permitir o esclarecimento de dúvidas durante o preenchimento dos questionários e promover maior rigor metodológico.

Adicionalmente, destaca-se a importância de desenvolver estudos longitudinais que permitam compreender a evolução das variáveis ao longo do tempo e aprofundar o estudo do MPD, utilizando outros instrumentos, para entender melhor a sua importância no contexto de sobreviventes que vivem em Portugal. Por fim, recomenda-se o aumento da dimensão amostral e a utilização de técnicas de amostragem probabilísticas, de modo a aumentar a validade externa e a representatividade dos resultados para a população de sobreviventes de CM.

Com base nos resultados da presente investigação, é possível afirmar que o Psicólogo Clínico e da Saúde desempenha um papel fundamental no ajustamento das sobreviventes à vida após a doença. Estes profissionais estão capacitados para avaliar e intervir no sofrimento destas mulheres quando se verificam dificuldades emocionais, cognitivas ou sociais associadas à doença. Podem ainda auxiliar as doentes a reformular crenças sobre a doença e o medo de recorrência ou progressão.

Deste modo, torna-se essencial que o acompanhamento psicológico e clínico não se limite ao período ativo de tratamento, mas se estenda à fase de remissão e

sobrevivência. Um seguimento contínuo favorece a detecção precoce de dificuldades psicológicas e promove o ajustamento emocional, social e existencial das sobreviventes de CM. Muitas doentes sentem-se desamparadas após o término do tratamento, assim, o acompanhamento na fase de remissão é crucial para apoiar a reintegração no mercado de trabalho e a participação social.

Os resultados do estudo demonstram que não apenas os psicólogos, mas também enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde devem estar atentos a sinais de medo da recidiva e a percepções desajustadas da doença. Devem adotar estilos de comunicação adaptados a cada doente, considerando sempre o seu estado emocional.

Há uma necessidade clara de acompanhamento e avaliação contínuos, focados nas percepções da doença e no medo da progressão, para evitar que estes fatores se tornem ameaçadores e comprometam os diversos domínios da QDV. Este estudo evidencia que muitas mulheres não têm acesso a seguimento psicológico nos serviços de saúde públicos e podem não dispor de recursos para atendimento privado. Por isso, é essencial que a Psicologia seja cada vez mais integrada e valorizada no Serviço Nacional de Saúde, garantindo cuidados de saúde mental durante e após os tratamentos.

Conclusões

Os resultados do presente estudo sugerem que a sobrevivência ao CM envolve múltiplos desafios que podem comprometer a QDV das mulheres, mesmo após o fim dos tratamentos. Estes impactos manifestam-se em diversos domínios da vida — psicológico, emocional, espiritual, físico, socioeconómico, social e cognitivo — e podem prolongar-se por longos períodos, dificultando a adaptação à vida pós-doença.

A PD revelou-se um forte preditor da QDV, sendo que percepções negativas ou ameaçadoras da doença se associaram a um comprometimento significativo da QDV. Por outro lado, o MPD não se apresentou como preditor direto da QDV, mas mostrou-se fortemente influenciado pelas percepções que as sobreviventes têm da sua doença, refletindo-se nos diferentes domínios da QDV. Uma percepção menos ameaçadora associou-se a níveis mais baixos de MPD, que, por sua vez, não comprometeram a QDV das participantes. Portanto, estes resultados reforçam a importância de compreender e intervir sobre as percepções da doença em sobreviventes de CM, uma vez que estas

percepções influenciam diretamente o sofrimento emocional e a adaptação à vida após a doença.

5. Referências Bibliográficas

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M. D., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Roife, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for use in international clinical trials in Oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Alhofaian, A., Alaamri, M. M., Abdalmajeed, M. A., Wadaah, L. S., Aljuhani, L. A., Amin, M. A., Tunsi, A., & Alharazi, R. (2024b). The Role of Illness Perception and Self-Efficacy in Determining Quality of Life among Cancer Patients. *Clinics and Practice*, 14(2), 498–507. <https://doi.org/10.3390/clinpract14020038>
- Ban, Y., Li, M., Yu, M., & Wu, H. (2021). The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01816-7>
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Bergerot, P. G., Siddiq, N., Tinianov, S., & Lustberg, M. (2022). Fear of cancer recurrence or progression: What is it and what can we do about it? *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 42, 18–27. https://doi.org/10.1200/edbk_100031
- Bodai, B. I., & Tusso, P. (2015). Breast Cancer Survivorship: A Comprehensive review of Long-Term Medical Issues and lifestyle recommendations. *The Permanente Journal*, 19(2), 48–79. <https://doi.org/10.7812/tpp/14-241>

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Brown, J. S., Amend, S. R., Austin, R. H., Gatenby, R. A., Hammarlund, E. U., & Pienta, K. J. (2023). Updating the definition of cancer. *Molecular Cancer Research*, 21(11), 1142–1147. <https://doi.org/10.1158/1541-7786.mcr-23-0411>
- Cancer Research UK, Cutress, R., Stevens, A., Anandadas, C., & Debnath, D. (2023). *Breast cancer*. Cancer Research UK. Retrieved December, 2024, from <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer>
- Cao, W., Qin, K., Li, F., & Chen, W. (2024). Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality: An analysis of GLOBOCAN 2022. *Chinese Medical Journal*, 137(12), 1407–1413. <https://doi.org/10.1097/cm9.00000000000003140>
- Carreira, H., Williams, R., Dempsey, H., Stanway, S., Smeeth, L., & Bhaskaran, K. (2021). Quality of life and mental health in breast cancer survivors compared with non-cancer controls: a study of patient-reported outcomes in the United Kingdom. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(4), 564–575. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00950-3>
- Chiu, H., Lin, C., Kuo, Y., Hou, W., & Shu, B. (2022). Resilience among women with breast cancer surviving longer than five years: The relationship with illness perception and body image. *European Journal of Oncology Nursing*, 62, 102254. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102254>

- Chopra, I., & Kamal, K. M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-14>
- Coelho, S., Rego, I. B., Dionísio, M. R., Cavaco-Silva, J., Semedo, P. M., Pavão, F., Leite, R. B., & Costa, L. (2020). 360 Health Analysis (H360) – a proposal for an integrated vision of breast cancer in Portugal. *Meme SağLıĝı Dergisi/Meme Sağlıĝı Dergisi*, 16(2), 91–98. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2020.5144>
- Cohee, A. A., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K. A., Fife, B. L., Monahan, P. O., Stump, T. E., Cella, D., & Champion, V. L. (2015). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psycho-Oncology*, 26(1), 22–28. <https://doi.org/10.1002/pon.4008>
- Costa, D. S. J., Smith, A. “., & Fardell, J. E. (2015). The sum of all fears: conceptual challenges with measuring fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2943-y>
- Coutts-Bain, D., Sharpe, L., Pradhan, P., Russell, H., Heathcote, L. C., & Costa, D. (2022). Are fear of cancer recurrence and fear of progression equivalent constructs? *Psycho-Oncology*, 31(8), 1381–1389. <https://doi.org/10.1002/pon.5944>
- Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2012). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978–986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>

- Crumpei-Tanasă, I., & Crumpei, I. (2021). A machine learning approach to predict stress hormones and inflammatory markers using illness perception and quality of life in breast cancer patients. *Current Oncology*, 28(4), 3150–3171. <https://doi.org/10.3390/curroncol28040275>
- Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich, G., & Herschbach, P. (2003). Progredienzangst bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 42(3), 155–163. <https://doi.org/10.1055/s-2003-40094>
- De Castro, E. K. K., Lawrenz, P., Romeiro, F., De Lima, N. B., & Haas, S. A. (2016). Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia Teoria E Pesquisa*, 32(3). <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32324>
- De Castro, E. K., & Remor, E. A. (2018). *Bases teóricas da Psicologia da Saúde* (1st ed.). Appris Editora.
- De Rooij, B. H., Thong, M. S., Van Rooij, J., Bonhof, C. S., Husson, O., & Ezendam, N. P. M. (2018). Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-based PROFILES registry. *Cancer*, 124(17), 3609–3617. <https://doi.org/10.1002/cncr.31634>
- De Vries, J., Oudsten, B. L. D., Jacobs, P. M. E. P., & Roukema, J. A. (2013). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 705–712. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2025-y>

- Di Giacomo, D., Ranieri, J., Perilli, E., Cannita, K., Passafiume, D., & Ficorella, C. (2019). Psychological impact of clinical treatment after breast cancer diagnosis in younger patients (38–50 age range): An explorative 3-year observational study. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 32, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.05.001>
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11–38. <https://doi.org/10.1007/bf02090456>
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2017). Fear of progression in cancer patients and survivors. *Recent Results in Cancer Research/Recent Results in Cancer Research*, 13–33. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Du, L., Cai, J., Yu, J., Chen, X., Yang, X., Xu, X., & Zhang, X. (2024). Relations Between Posttraumatic Growth and Fear of Progression Among Young and Middle-Aged Primary Brain Tumor Patients: The Parallel Mediating Role of Perceived Social Support and Illness Uncertainty. *World Neurosurgery*, 184, e794–e802. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2024.02.048>
- Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. ‘., Girgis, A., & Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663–673. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer today (Portugal)*. World Health Organization. Retrieved October, 2024,

from <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheet.pdf>

Figueiras, M. J., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M., Marôco, J., & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 25(4), 507–517.

<https://doi.org/10.1080/08870440802578961>

Fischer, M., Scharloo, M., Abbink, J., Van 't Hul, A., Van Ranst, D., Rudolphus, A., Weinman, J., Rabe, K., & Kaptein, A. A. (2010). The dynamics of illness perceptions: Testing assumptions of Leventhal's common-sense model in a pulmonary rehabilitation setting. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 887–903. <https://doi.org/10.1348/135910710x492693>

Freeman-Gibb, L. A., Janz, N. K., Katapodi, M. C., Zikmund-Fisher, B. J., & Northouse, L. (2016). The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1270–1277. <https://doi.org/10.1002/pon.4143>

Gercovich, D., Lopez, P., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Montiel, M., Abal, M., Danussi, I., Musini, S., Deza, E. G., Morgenfeld, E. L., Rivarola, E. G. J., & Gercovich, F. G. (2011). Illness perception and quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(15_suppl), e19567. https://doi.org/10.1200/jco.2011.29.15_suppl.e19567

Haidari, R. E., Abbas, L. A., Nerich, V., & Anot, A. (2020). Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in the Middle East:

- A Systematic Review. *Cancers*, 12(3), 696.
<https://doi.org/10.3390/cancers12030696>
- Hall, D. L., Lennes, I. T., Pirl, W. F., Friedman, E. R., & Park, E. R. (2016). Fear of recurrence or progression as a link between somatic symptoms and perceived stress among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 25(5), 1401–1407.
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3533-3>
- Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., Ruddy, K., Tsang, J., & Cardoso, F. (2019). Breast cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2>
- He, J. L., Xu, H. Q., Yang, J., Hou, D. J., Gong, X. Y., Lu, X. Y., Wang, W., Cai, M. J., Yu, Y. F., & Gao, J. (2023). Fear of disease progression among breast cancer patients in China: a meta-analysis of studies using the fear of progression questionnaire short form. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 14). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1222798>
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 505–511.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>
- Herschbach, P., & Dinkel, A. (2013). Fear of progression. *Recent Results in Cancer Research/Recent Results in Cancer Research*, 11–29.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-40187-9_2
- Herzog, K., Schepper, F., Pletschko, T., Herrmann, J., Budich, M., Christiansen, H., Suttorp, M., & Martini, J. (2023). Illness perceptions, fear of progression and health-related quality of life during acute treatment and follow-up care in

paediatric cancer patients and their parents: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01078-6>

Hinz, A., Schulte, T., Mehnert-Theuerkauf, A., Richter, D., Sender, A., Brock, H., Friedrich, M., & Briest, S. (2024). Fear of Cancer Progression: A Comparison between the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-12) and the Concerns about Recurrence Questionnaire (CARQ-4). *Healthcare*, 12(4), 435. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040435>

Hopman, P., & Rijken, M. (2014). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11–18. <https://doi.org/10.1002/pon.3591>

Horwood, M., Loades, M. E., Kosir, U., & Davis, C. (2023). Illness perceptions, fear of cancer recurrence, and mental health in teenage and young adult cancer survivors. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 41(1), 44–55. <https://doi.org/10.1177/27527530231190378>

Hoseini, L., Kashani, F. L., Akbari, S., Akbari, M. E., & Mehr, S. S. (2016). Model Development of illness perception and consequences in breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(sup3), 185–190. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.s3.185>

Hosseini, S., Salehi, M., Jadidi, M., & Aghili, M. (2023). A structural model explaining the effect of cognitive emotion regulation on the fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: The mediating roles of illness perception and psychological well-being. *Archives of Breast Cancer*, 138–147. <https://doi.org/10.32768/abc.2023102138-147>

- Jafari, S. H., Saadatpour, Z., Salmaninejad, A., Momeni, F., Mokhtari, M., Nahand, J. S., Rahmati, M., Mirzaei, H., & Kianmehr, M. (2017). Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. *Journal of Cellular Physiology*, 233(7), 5200–5213. <https://doi.org/10.1002/jcp.26379>
- Joint Research Centre. (2023). Breast cancer factsheet in EU-27 countries for 2022. In *European Commission*. Retrieved December 7, 2024, from https://ecis.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/2024-01/jrc_Breast_cancer_2022_Oct_2023.pdf
- Kaptein, A. A., Schoones, J. W., Fischer, M. J., Thong, M. S. Y., Kroep, J. R., & Van Der Hoeven, K. J. M. (2015). Illness Perceptions in Women with Breast Cancer—a Systematic Literature Review. *Current Breast Cancer Reports*, 7(3), 117–126. <https://doi.org/10.1007/s12609-015-0187-y>
- Katsura, C., Ogunmwonyi, I., Kankam, H. K., & Saha, S. (2022). Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 83(2), 1–7. <https://doi.org/10.12968/hmed.2021.0459>
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2012). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors - A systematic review of quantitative studies. In *Psycho-Oncology* (Vol. 22, Issue 1, pp. 1–11). <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Kus, T., Aktas, G., Ekici, H., Elboga, G., & Djamgoz, S. (2017). Illness perception is a strong parameter on anxiety and depression scores in early-stage breast cancer survivors: a single-center cross-sectional study of Turkish patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(11), 3347–3355. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3753-1>

- Lebel, S., Maheu, C., Tomei, C., Bernstein, L. J., Courbasson, C., Ferguson, S., Harris, C., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Muraca, L., Ramanakumar, A. V., Singh, M., Parrott, J., & Figueiredo, D. (2018). Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2594–2601. <https://doi.org/10.1002/pon.4880>
- Lee, Y., Baek, J.-M., Jeon, Y.-W., & Im, E.-O. (2019). Illness perception and sense of well-being in breast cancer patients. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1557–1567. <https://doi.org/10.2147/ppa.s225561>
- Lee, I., & Park, C. (2020). The mediating effect of social support on uncertainty in illness and quality of life of female cancer survivors: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01392-2>
- Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., Zeng, H., Zhou, J., & Wei, W. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Communications*, 41(11), 1183–1194. <https://doi.org/10.1002/cac2.12207>
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163. <https://doi.org/10.1007/bf01173486>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13(4), 717–733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>

Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946.

<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (n.d.). *O que é o cancro?* Liga Portuguesa Contra O Cancro. Retrieved December, 2024, from <https://www.ligacontracancro.pt/o-que-e-o-cancro/>

Liu, Q., Qin, T., Hu, B., Zhao, Y. ling, & Zhu, X. li. (2021). Relationship between illness perception, fear of progression and quality of life in interstitial lung disease patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3493–3505. <https://doi.org/10.1111/jocn.15852>

Liu, P., Wu, Q., Cheng, Y., Zhuo, Y., Li, Z., Ye, Q., & Yang, Q. (2024). Associations of illness perception and social support with fear of progression in young and middle-aged adults with digestive system cancer: A cross-sectional study.

European Journal of Oncology Nursing, 70.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102586>

Lugtenberg, R. T., De Groot, S., Kaptein, A. A., Fischer, M. J., Kranenbarg, E. M., Carpentier, M. D., Cohen, D., De Graaf, H., Heijns, J. B., Portielje, J. E. A., Van De Wouw, A. J., Imholz, A. L. T., Kessels, L. W., Vrijaldenhoven, S., Baars, A., Fiocco, M., Van Der Hoeven, J. J. M., Gelderblom, H., Longo, V. D., . . . Kroep, J. R. (2020). Quality of life and illness perceptions in patients with breast cancer using a fasting mimicking diet as an adjunct to neoadjuvant chemotherapy in the phase 2 DIRECT (BOOG 2013–14) trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 185(3), 741–758. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05991-x>

- Lyu, M.-M., Chiew-Jiat, R. S., & Cheng, K. K. F. (2024). The effects of physical symptoms, self-efficacy and social constraints on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: Examining the mediating role of illness representations. *Wiley*, 33(1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/pon.626>
- Ma, H., Hu, K., Wu, W., Wu, Q., Ye, Q., Jiang, X., Tang, L., He, Y., & Yang, Q. (2024). Illness perception profile among cancer patients and its influencing factors: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102526>
- Magnani, C., Smith, A. B., Rey, D., Sarradon-Eck, A., Préau, M., Bendiane, M., Bouhnik, A., & Mancini, J. (2022). Fear of cancer recurrence in young women 5 years after diagnosis with a good-prognosis cancer: the VICAN-5 national survey. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(5), 1359–1370. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01193-0>
- Mahendran, R., Liu, J., Kuparasundram, S., & Griva, K. (2020). Validation of the English and simplified Mandarin versions of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form in Chinese cancer survivors. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0374-0>
- Maheu, C., Singh, M., Tock, W. L., Eyrenci, A., Galica, J., Hébert, M., Frati, F., & Estapé, T. (2021). Fear of cancer recurrence, health anxiety, worry, and uncertainty: A scoping review about their conceptualization and measurement within breast cancer survivorship research. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644932>

- Malgaroli, M., Szuhany, K. L., Riley, G., Miron, C. D., Park, J. H., Rosenthal, J. K., Chachoua, A., Meyers, M., & Simon, N. M. (2022). Heterogeneity of posttraumatic stress, depression, and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A latent class analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(5), 1510–1521. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01195-y>
- McCorry, N. K., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., Kelly, S., & Kirk, S. J. (2012). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22(3), 692–698. <https://doi.org/10.1002/pon.3054>
- McGinty, H. L., Small, B. J., Laronga, C., & Jacobsen, P. B. (2015). Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/hea0000238>
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1273–1280. <https://doi.org/10.1002/pon.1481>
- Melchior, H., Büscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U., & Watzke, B. (2013). Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 39–45. <https://doi.org/10.1002/pon.2054>
- Mickevičienė, A., Vanagas, G., Jievaltas, M., & Ulys, A. (2013). Does illness perception explain quality of life of patients with prostate cancer? *Medicina*, 49(5), 38. <https://doi.org/10.3390/medicina49050038>
- Nardin, S., Mora, E., Varughese, F. M., D’Avanzo, F., Vachanaram, A. R., Rossi, V., Saggia, C., Rubinelli, S., & Gennari, A. (2020). Breast cancer survivorship,

quality of life, and late toxicities. *Frontiers in Oncology*, 10.

<https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00864>

Obeagu, E. I., & Obeagu, G. U. (2024). Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis. *Medicine*, 103(3),

36905. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000036905>

OECD. (2023). Perfil sobre o cancro por país: Portugal 2023.

<https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>

Ośmiałowska, E., Staś, J., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2022). Illness Perception and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Cancers*, 14(5),

1214. <https://doi.org/10.3390/cancers14051214>

Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLQ-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89–102.

Park, S., & Lim, J. (2022). Cognitive behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence (FCR) among breast cancer survivors: a systematic review of the literature. *BMC Cancer*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08909-y>

Partridge, A. H. (2013). Cancer survivorship and the young breast cancer patient:

Addressing the important issues. *The Oncologist*, 18(8), e19–e20.

<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0300>

Peikert, M. L., Inhestern, L., Krauth, K. A., Escherich, G., Rutkowski, S., Kandels, D.,

Schiekiera, L. J., & Bergelt, C. (2021). Fear of progression in parents of childhood cancer survivors: prevalence and associated factors. *Journal of*

Cancer Survivorship, 16(4), 823–833. [https://doi.org/10.1007/s11764-021-](https://doi.org/10.1007/s11764-021-01076-w)

01076-w

- Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., De Souza, L. V., & De Castro, E. K. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia Reflexão E Crítica*, 29(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y>
- Pijnappel, E. N., Dijksterhuis, W. P. M., Sprangers, M. a. G., Augustinus, S., De Vos-Geelen, J., De Hingh, I. H. J. T., Molenaar, I. Q., Busch, O. R., Besselink, M. G., Wilmink, J. W., & Van Laarhoven, H. W. M. (2022). The fear of cancer recurrence and progression in patients with pancreatic cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 4879–4887. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06887-w>
- Pinheiro, A. B., Lauter, D. S., Medeiros, G. C., Cardozo, I. R., Menezes, L. M., De Souza, R. M. B., Abrahão, K., Casado, L., Bergmann, A., & Thuler, L. C. S. (2013). Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 59(3), 351–359. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2013v59n3.500>
- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2016). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 26(6), 724–737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>
- Safdari-Molan, M., Mehrabi, E., Nourizadeh, R., & Eghdam-Zamiri, R. (2023). Predictors of the worry about cancer recurrence among women with breast cancer. *BMC Women S Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02296-1>
- Schoormans, D., Wijnberg, L., Haak, H., Husson, O., & Mols, F. (2020b). Negative illness perceptions are related to poorer health-related quality of life among

- thyroid cancer survivors: Results from the PROFILES registry. *Head & Neck*, 42(9), 2533–2541. <https://doi.org/10.1002/hed.26290>
- Shim, E., Lee, J. W., & Min, Y. H. (2017). Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-Oncology*, 27(2), 539–547. <https://doi.org/10.1002/pon.4532>
- Shim, E., Shin, Y., Oh, D., & Hahm, B. (2010). Increased fear of progression in cancer patients with recurrence. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.017>
- Silva, S., Bártoło, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FOP-Q-SF) in Portuguese cancer survivors. *Healthcare*, 10(12), 2466. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- SNS24. (2023). *Doenças Oncológicas- Cancro*. Retrieved October 16, 2024, from <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/cancro/#o-que-e-o-cancro>
- Sociedade Portuguesa de Senologia. (2017). *IX Consenso Nacional de Cancro da Mama*. Retrieved June 10, 2025, from https://www.spsenologia.pt/images/pdf/Consenso_9.pdf
- Trayes, K. P., & Cokenakes, S. E. H. (2021). Breast Cancer Treatment. *American Family Physician*, 104(2), 171–178.
- Uddin, K. M. M., Biswas, N., Rikta, S. T., & Dey, S. K. (2023). Machine learning-based diagnosis of breast cancer utilizing feature optimization technique. *Computer*

Methods and Programs in Biomedicine Update, 3, 100098.

<https://doi.org/10.1016/j.cmpbup.2023.100098>

Vollmann, M., Matsuda, A., Kroep, J. R., Kobayashi, K., Kubota, K., Inoue, K., Yamaoka, K., Putter, H., Ramai, R., Nortier, H. W. R., Fischer, M. J., & Kaptein, A. A. (2020b). <p>Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer: A 3-Month Follow-Up Pilot Study</p> *Patient Related Outcome Measures*, Volume 11, 67–71. <https://doi.org/10.2147/prom.s238009>

Voskanyan, V., Marzorati, C., Sala, D., Grasso, R., Pietrobon, R., Van Der Heide, I., Engelaar, M., Bos, N., Caraceni, A., Couspel, N., Ferrer, M., Groenvold, M., Kaasa, S., Lombardo, C., Sirven, A., Vachon, H., Velikova, G., Brunelli, C., Apolone, G., & Pravettoni, G. (2024). Psychosocial factors associated with quality of life in cancer survivors: umbrella review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 150(5). <https://doi.org/10.1007/s00432-024-05749-8>

World Health Organization. (2024). *Breast Cancer*. Retrieved December 6, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Yang, Y., Sun, H., Liu, T., Zhang, J., Wang, H., Liang, W., Chen, Y., & Zhang, B. (2018). Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.003>

Yao, H., Xiong, M., Cheng, Y., Zhang, Q., Luo, Y., Ding, X., & Zhang, C. (2024). The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411647>

Anexos

Anexo A- *Questionário Sociodemográfico*

Número de identificação da participante _____

1. **Idade:** _____

2. **Estado Civil:**

☐ Solteiro(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)

☐ Casado(a) / União de facto

3. **Tem filhos?**

☐ Não

☐ Sim. Quantos filhos?

4. **Habilidades literárias/Nível educacional:**

☐ Ciclo básico

☐ Secundário

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

5. **Número de pessoas que compõem o agregado familiar:**

6. **Nível socioeconómico do agregado familiar**

☐ até 1 salário mínimo

☐ 1 a 2 salários mínimos

☐ 3 a 4 salários mínimos

☐ 5 salários mínimos ou mais

7. **Qual sua profissão?** _____

8. **Nacionalidade:**

☐ Portuguesa

☐ Outra. Qual? _____

9. Tem metástase?

☐ Não

☐ Sim

☐ Não sei

10. Indique o mês e ano em que teve o diagnóstico de cancro:

11. Indique o mês e ano em que finalizou o tratamento para o cancro:

Anexo B- Escala Medo da Progressão da Doença Versão Reduzida (Herschbach et al., 2005; Silva et al., 2022)

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1	Fico ansioso se penso que a minha doença poderá progredir	1	2	3	4	5
2	Fico nervoso antes das consultas médicas ou exames periódicos	1	2	3	4	5
3	Tenho medo da dor	1	2	3	4	5
4	Tenho preocupações relativas ao alcance dos meus objetivos profissionais por causa da minha doença	1	2	3	4	5
5	Quando estou ansioso, tenho sintomas físicos. Ex: coração a bater rápido, dor no estômago, nervosismo	1	2	3	4	5
6	Perturba-me a possibilidade dos meus filhos terem a minha doença	1	2	3	4	5
7	Incomoda-me que possa ter que depender de estranhos para atividades do dia-a-dia	1	2	3	4	5
8	Estou preocupado que em algum momento da minha doença, eu não possa continuar com os meus hobbies	1	2	3	4	5
9	Tenho medo de tratamentos severos no curso da minha doença	1	2	3	4	5
10	Preocupa-me que a minha medicação possa prejudicar o meu organismo	1	2	3	4	5
11	Eu preocupo-me com o que será da minha família se alguma coisa me acontecer	1	2	3	4	5
12	O pensamento de que eu poderei não ser mais capaz de trabalhar devido à minha doença perturba-me	1	2	3	4	5

Anexo C- *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ)* (Broadbent et al., 2006; Figueiras et al., 2010).

	1.	Qual o grau em que a sua doença afeta a sua vida?										
Não me afeta nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Afeta gravemente a minha vida

	2.	Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?										
Muito pouco tempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Para sempre

	3.	Qual o grau de controlo que tem sobre a sua doença?										
Nenhum controlo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo controlo

	4.	Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?										
Não vai ajudar nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vai ajudar muitíssimo

	5.	Qual o grau em que sente os sintomas da sua doença?										
Nenhum sintoma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitos sintomas graves

	6.	Qual o grau de preocupação com a sua doença?										
Nada preocupado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente preocupado

	7.	Até que ponto sente que compreende a sua doença?										
Não compreendo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Compreendo muito bem

	8.	Até que ponto a sua doença o/a afeta emocionalmente? (ex; fá-lo sentir-se zangado, assustado)										
Não me afeta emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Afeta-me muitíssimo emocionalmente

Por favor, coloque por ordem de importância os fatores que considera que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo D- EORC-QLQ-C30- European Organization for Research and Treatment of Cancer (Aaronson et al., 1993; Pais-Ribeiro et al., 2008)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas, marcando o número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial

	Durante a última semana	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2	Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3	Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4	Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5	Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou ir à casa de banho?	1	2	3	4
6	Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho de suas atividades diárias?	1	2	3	4
7	Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8	Teve falta de ar?	1	2	3	4
9	Teve dores?	1	2	3	4
10	Precisou descansar?	1	2	3	4
11	Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12	Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13	Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14	Teve enjoos?	1	2	3	4
15	Vomitou?	1	2	3	4
16	Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17	Teve diarreia?	1	2	3	4
18	Sentiu-se cansado?	1	2	3	4
19	As dores perturbaram as suas atividades diárias?	1	2	3	4
20	Teve dificuldades em concentra-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver a televisão?	1	2	3	4
21	Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22	Teve preocupações?	1	2	3	4
23	Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24	Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25	Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26	O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar?	1	2	3	4
27	O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social?	1	2	3	4
28	O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem marque o número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29 Como classificaria a sua saúde geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30 Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

Anexo E- Aprovação do Projeto pela Comissão de Ética



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1453

Ex.ma Senhora
Elisa Kern de Castro

Monte de Caparica, 20 de novembro de 2024.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profa Doutora Cidália de Castro

Anexo F- Aprovação do Estudo pela Comissão Científica



Proposta de Tese

Dados do Aluno

Nome do proponente	Joana Rita Amador Felício		
Nº do Aluno	117626	Data do pedido	09/12/2024
Email do Aluno	117626@alunos.egasmoniz.edu.pt		
Nº do telemóvel	936740488	Nome do Curso	MPCS
Unidade Orgânica	IUEM	CNAEF	311 (Psicologia)

Dados da Tese

Ano letivo de defesa da tese	2024/2025		
Título da tese (PT)	Perceção da Doença, Medo da Progressão da Doença e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Cancro da Mama		
Título da tese (EN)	Illness Perception, Fear of Illness Progression and Quality of Life in Female Breast Cancer Survivors		

Resumo da tese

O número de pessoas com cancro da mama (CM) nas últimas décadas tem aumentado drasticamente. Na década de 2000, aproximadamente 10 milhões de mulheres foram diagnosticadas a nível mundial com CM, tendo este número aumentado significativamente em 2020, com 19,3 milhões de mulheres diagnosticadas com esta doença (WHO, 2021). Também o número de falecimentos tem aumentado, sendo este um dos cancros mais comuns e a segunda principal causa de morte no sexo feminino (Koçan & Gürsoy, 2016; WHO, 2021). Contudo, nos últimos anos apesar do aumento de novos casos e da mortalidade, a deteção e tratamento precoce tem melhorado significativamente as taxas de sobrevivência de doentes com esta patologia (Lyu et al., 2024; Nardin et al., 2020). Apesar dos avanços nos tratamentos e consequentemente dos índices de sobrevivência, estas mulheres apresentam frequentemente comorbilidades psicológicas devido à doença e ao seu tratamento (Lyu et al., 2024), como por exemplo o medo que a doença volte ou possa piorar (Cohee et al., 2015; Crist & Grunfeld, 2012; De Vries et al., 2013; Malgaroli et al., 2022). Um outro aspeto que contribui para este medo é a perceção que os sujeitos têm relativamente à sua doença (Hosseini et al., 2023). Posto isto, sobreviventes de doença oncológica que tenham uma perceção da doença (PD) negativa tendem a desenvolver níveis elevados de medo da progressão da doença (MPD) (Shim et al., 2017). A PD é definida como a perceção ou crença que um indivíduo tem relativamente a uma doença, podendo esta ser inofensiva ou ameaçadora (Hosseini et al., 2023). A PD em pacientes com CM tem sido considerada uma variável bastante importante para a determinação das causas do distress psicológico, estratégias de coping e conclusão do tratamento (Lee et al., 2019). Este conceito encontra-se na base do Modelo de Senso Comum de Leventhal (Chen et al., 2023; Leventhal et al., 1998). Segundo o estudo de Ośmiatowska e colaboradores (2022) existe uma associação entre a PD e a qualidade de vida, uma vez que a doença e o seu tratamento comprometem a qualidade de vida destes doentes (Lugtenberg et al., 2020). A investigação tem demonstrado também que as perceções que mulheres com CM têm da sua doença aumentam o risco de distress psicológico (Corter et al., 2012). O MPD é definido como o medo ou preocupação que a doença ocorra de novo ou possa piorar no mesmo local ou noutra (Bergerot et al., 2022; Hinz et al., 2024). Cerca de 50% dos sobreviventes de doença oncológica apresentam taxas moderadas a elevadas desta problemática (Yang et al., 2018). Doentes que apresentem níveis considerados clínicos de MPD adotam estratégias de coping desadaptativas tanto para com a doença como para com o tratamento (He et al., 2023). Posto isto, taxas de MPD elevadas contribuem para o desenvolvimento de distress psicológico nestes pacientes que por conseguinte contribuem para piores níveis de qualidade de vida (Ban et al., 2021). O presente estudo pretende examinar a relação entre a perceção da doença, o medo da progressão da doença, o distress e a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de cancro da mama e examinar o possível papel preditor da perceção da doença e do medo da progressão da doença nos níveis de distress e qualidade de vida destas mulheres. Posto isto, a presente investigação propõe que as representações que os indivíduos têm relativamente a uma doença vão afetar o medo da progressão da doença e com isso trazer efeitos negativos para a qualidade de vida e distress destas mulheres.

Metodologias

Participantes:



Proposta de Tese

As técnicas de amostragem do presente estudo serão por conveniência e por bola de neve. A amostra inicial será por conveniência, uma vez que as participantes serão selecionadas devido à sua disponibilidade e acessibilidade, será composta por mulheres que se encontram em remissão do cancro da mama há pelo menos 1 ano, estas serão recrutadas a partir de associações que apoiem mulheres com esta patologia, como a Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama, Associação Vencer e Viver, Associação de Apoio a Pessoas com Cancro, etc. A amostra por bola de neve será também utilizada uma vez que as participantes iniciais irão ajudar a recrutar novas participantes para a realização do estudo. O estudo será também divulgado nas plataformas Instagram, Facebook e WhatsApp de modo a promover o mesmo.

Os critérios de inclusão para a presente investigação são o ser mulher, ser fluente em português, residir em Portugal, encontrar-se em remissão do cancro da mama há pelo menos 1 ano e ter idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Não serão incluídas na amostra mulheres que se encontrem na fase ativa da doença e do tratamento.

Instrumentos:

- Questionário sociodemográfico e clínicos: inclui informações relativamente à idade das participantes, estado civil, nível de escolaridade, ocupação profissional bem como dados relativos ao cancro e ao seu estado de saúde atual.
- Escala Medo da Progressão da Doença Versão Reduzida (Herschbach et al., 2005; Silva et al., 2022): avalia o medo da progressão da doença crónica (Silva et al., 2022). É constituída por 12 itens que se encontram divididos em quatro subescalas, sendo estas a “Afetiva” constituída por seis itens, “Ocupação” que apresenta dois itens, “Relações e Família” que é constituída por também dois itens e por último a subescala “Perda de Autonomia” que é também composta por dois itens (Silva et al., 2022). Os itens são respondidos segundo uma escala de Likert de cinco pontos e a sua pontuação total varia entre 12 e 60 pontos, no qual pontuações elevadas remetem para maiores níveis de medo da progressão da doença (Silva et al., 2022).
- EORTC-QLQ-C30 - European Organization for Research and Treatment of Cancer (Aaronson et al., 1993; Pais-Ribeiro et al., 2008): avalia a qualidade de vida de pacientes oncológicos numa escala de 30 itens, que estão divididos em três subescalas: escala funcional, de sintomas gerais e sintomas específicos. As respostas aos itens, com exceção do estado global de saúde, são realizadas numa escala de Likert de quatro pontos.
- Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) (Broadbent et al., 2006; Figueiras et al., 2010): É constituída por nove itens que medem as dimensões cognitivas, emocionais e compreensão das perceções que os sujeitos têm relativamente às suas doenças. Os oito primeiros itens são respondidos segundo uma escala Likert de 0 a 10 pontos e o último item é respondido segundo uma resposta aberta.
- Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10) (Kessler et al., 2002; Pereira et al., 2017): É constituída por 10 questões com respostas do tipo Likert de 5 pontos e avalia o distress psicológico.

Procedimentos éticos

O presente estudo será conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia de 2013. Este encontra-se integrado num projeto maior, que já foi aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science.

As participantes serão informadas relativamente aos objetivos do estudo e assinarão o termo de Consentimento Informado, declarando que aceitam participar na investigação e que estão cientes que os seus dados serão utilizados para fins de investigação e que não serão divulgados. Todos os dados recolhidos serão anonimizados e será garantida a confidencialidade dos mesmos. No questionário sociodemográfico será pedido que as participantes escolham um número alfanumérico para o caso de quererem desistir o poderem fazer sem revelar a sua identidade, podendo por isso desistir a qualquer momento da execução do projeto. Serão explicados que os riscos de participação são mínimos, ou seja, poderá haver algum desconforto em responder a perguntas pessoais. Caso a participante se sinta desconfortável, poderá desistir da participação e será dado o apoio necessário no momento da recolha de dados.

Será oferecido às instituições que colaboraram na divulgação do estudo e às participantes que assim o desejarem um relatório dos resultados gerais do estudo, bem como a investigadora responsável e a sua equipa se disponibilizarão para a realização de palestras ou seminários sobre os temas tratados na investigação nas associações que assim o desejarem, como forma de divulgação científica e devolução dos resultados.

Procedimentos de recolha de dados:

Será estabelecido contacto com as associações de doentes com cancro para divulgação do estudo aos utentes. O convite para participação será, também, divulgado nas redes sociais a partir dos contactos da equipa com o intuito de convidar potenciais participantes para o estudo. A recolha de dados será realizada online, através do preenchimento dos instrumentos na plataforma Qualtrics no tablet, computador ou telefone. Antes da apresentação dos instrumentos, estará explicado por escrito os objetivos do estudo e será disponibilizado às interessadas um link que inclui o Termo de Consentimento Informado e os instrumentos mencionados



Proposta de Tese

anteriormente.

Análise de Dados

Os dados recolhidos serão depois analisados no SPSS Statistics versão 28.

Para a realização da análise estatística será feita inicialmente uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e dos resultados dos instrumentos em geral. Será também efetuada uma análise de fiabilidade dos instrumentos através do alfa de Cronbach e Ômega. Após comprovados os pressupostos paramétricos, será realizada estatística inferencial. Inicialmente, será feita uma análise de correlação entre as variáveis de interesse. Posteriormente, serão realizadas análises de regressões lineares ou análise multivariada para avaliar o possível papel preditor da perceção da doença e do medo da progressão da doença (variáveis independentes) nos níveis de distress e qualidade de vida (variáveis dependentes). Serão consideradas também, variáveis sociodemográficas como a idade, ou clínicas, como tempo de remissão e tipo de tratamento, na análise de subgrupos da amostra. Será considerado o nível de significância de $p > 0,05$.

Palavras-Chave Medo da progressão da doença; Perceção da Doença; Qualidade de vida; Distress; Cancro da mama; Sobreviventes

Bibliografia

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M. D., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for use in international clinical trials in Oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Ban, Y., Li, M., Yu, M., & Wu, H. (2021). The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01816-7>
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Bergerot, P. G., Siddiq, N., Tinianov, S., & Lustberg, M. (2022). Fear of cancer recurrence or progression: What is it and what can we do about it? *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 42, 18-27. https://doi.org/10.1200/edbk_100031
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Chen, J., Guo, Z., Luo, X., Zhang, Y., Zhang, X., Li, M., Xiong, C., Zhao, M., & Yan, J. (2023). Longitudinal trajectories of illness perception regarding breast cancer-related lymphedema among women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 170, 111344. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111344>
- Cohee, A. A., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K. A., Fife, B. L., Monahan, P. O., Stump, T. E., Cella, D., & Champion, V. L. (2015). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psycho-Oncology*, 26(1), 22-28. <https://doi.org/10.1002/pon.4008>
- Cortier, A., Findlay, M., Broom, R., Porter, D., & Petrie, K. J. (2012). Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 168-181. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12003>
- Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2012). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978-986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>
- De Vries, J., Oudsten, B. L. D., Jacobs, P. M. E. P., & Roukema, J. A. (2013). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 705-712. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2025-y>
- Figueiras, M. J., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M., Marôco, J., & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 25(4), 507-517. <https://doi.org/10.1080/08870440802578961>
- He, J. L., Xu, H. Q., Yang, J., Hou, D. J., Gong, X. Y., Lu, X. Y., Wang, W., Cai, M. J., Yu, Y. F., & Gao, J. (2023). Fear of disease progression among breast cancer patients in China: a meta-analysis of studies using the fear of progression questionnaire short form. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 14). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1222798>
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukati, R., & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 505-511. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>
- Hinz, A., Schulte, T., Mehnert-Theuerkauf, A., Richter, D., Sender, A., Brock, H., Friedrich, M., & Briest, S. (2024). Fear of Cancer Progression: A Comparison between the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-12) and the Concerns about Recurrence Questionnaire (CARQ-4). *Healthcare*, 12(4), 435. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040435>
- Hosseini, S., Salehi, M., Jadidi, M., & Aghili, M. (2023). A structural model explaining the effect of cognitive emotion regulation on the fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: The mediating roles of illness



Proposta de Tese

- perception and psychological well-being. *Archives of Breast Cancer*, 138-147. <https://doi.org/10.32768/abc.2023102138-147>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *The Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Lee, Y., Baek, J., Jeon, Y., & Im, E. (2019). Illness perception and sense of well-being in breast cancer patients. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1557-1567. <https://doi.org/10.2147/ppa.s225561>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13(4), 717-733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Lugtenberg, R. T., De Groot, S., Kaptein, A. A., Fischer, M. J., Kranenbarg, E. M., Carpentier, M. D., Cohen, D., De Graaf, H., Heijns, J. B., Portielje, J. E., Van De Wouw, A. J., Imholz, A. L., Kessels, L. W., Vrijaldenhoven, S., Baars, A., Fiocco, M., Van Der Hoeven, J., Gelderblom, H., Longo, V. D., . . . Kroep, J. R. (2020). Quality of life and illness perceptions in patients with breast cancer using a fasting mimicking diet as an adjunct to neoadjuvant chemotherapy in the phase 2 DIRECT (BOOG 2013-14) trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 185(3), 741-758. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05991-x>
- Lyu, M.-M., Chiew-Jiat, R. S., & Cheng, K. K. F. (2024). The effects of physical symptoms, self-efficacy and social constraints on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: Examining the mediating role of illness representations. *Wiley*, 33(1), 1-9. <https://doi.org/10.1002/pon.626>
- Malgaroli, M., Szuhany, K. L., Riley, G., Miron, C. D., Park, J. H., Rosenthal, J. K., Chachoua, A., Meyers, M., & Simon, N. M. (2022). Heterogeneity of posttraumatic stress, depression, and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A latent class analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(5), 1510-1521. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01195-y>
- Nardin, S., Mora, E., Varughese, F. M., D'Avanzo, F., Vachanaram, A. R., Rossi, V., Saggia, C., Rubinelli, S., & Gennari, A. (2020). Breast cancer survivorship, quality of life, and late toxicities. *Frontiers in Oncology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00864>
- Ośmiałowska, E., Staś, J., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2022). Illness Perception and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Cancers*, 14(5), 1214. <https://doi.org/10.3390/cancers14051214>
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLQ-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pereira, A., Oliveira, C., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 729-736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
- Shim, E., Lee, J. W., & Min, Y. H. (2017). Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-oncology*, 27(2), 539-547. <https://doi.org/10.1002/pon.4532>
- Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FOP-Q-SF) in Portuguese cancer survivors. *Healthcare*, 10(12), 2466. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- WHO. (2021). Câncer de mama agora forma mais comum de câncer: OMS tomando medidas. <https://www.who.int/pt/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- Yang, Y., Sun, H., Liu, T., Zhang, J., Wang, H., Liang, W., Chen, Y., & Zhang, B. (2018). Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.003>
- Local de Realização do Estudo** O estudo será realizado a partir do contacto com diferentes associações de doentes com cancro (Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama, Associação Vencer e Viver, Associação de Apoio a Pessoas com Cancro, etc.) e a procura ativa de pessoas nas redes sociais, em grupos de pessoas com cancro.

Notas/Observações

O projeto de dissertação faz parte do projeto "A Relação Entre Qualidade de Vida, Medo da Recorrência e Fatores Psicológicos em Adultos Sobreviventes de Cancro" que já está aprovado pela Comissão de Ética, processo interno nº 1453, investigador principal Elisa Kern de Castro.

Objetivo de trabalho



Proposta de Tese

Alinhamento estratégico da tese

Transferência de conhecimento pra sociedade

Dados da Instituição

Dados da Instituição Egas Moniz

Tipo de Trabalho

Tipo de investigação Primária Investigação primária Aplicada

Metodologia de investigação Quantitativa

Desenho estudo Descritivo

Grupo de investigação

Enquadramento nos ODS

- ☐ 1. Erradicar a pobreza
 - ☐ 2. Erradicar a fome
 - ☐ 3. Saúde de qualidade
 - ☐ 4. Educação de qualidade
 - ☐ 5. Igualdade de Género
 - ☐ 6. Água potável e saneamento
 - ☐ 7. Energias Renováveis e acessíveis
 - ☐ 8. Trabalho digno e crescimento económico
 - ☐ 9. Indústria, inovação e infraestruturas
 - ☐ 10. Reduzir as desigualdades
 - ☐ 11. Cidades e comunidades sustentáveis
 - ☐ 12. Produção e consumo sustentáveis
 - ☐ 13. Ação climática
 - ☐ 14. Proteger a vida marinha
 - ☐ 15. Proteger a vida terrestre
 - ☐ 16. Paz, justiça e instituições eficazes
 - ☐ 17. Parcerias para a implementação dos objetivos
-



Proposta de Tese

Comissão de Ética

O trabalho submetido nesta proposta requer aprovação pela Comissão de Ética? Não

Projeto Científico

Dissertação / Investigação Associada a Projeto Científico? Sim

Título do Projeto A Relação Entre Qualidade de Vida, Medo da Recorrência e Fatores Psicológicos em Adultos Sobreviventes de Cancro

Laboratório Associado

Área Temática do CiiEM Data registo Concursos CiiEM Data registo

Clínica Dentária

Necessita de utilizar a clínica dentária Egas Moniz? Não

Necessita de utilizar o banco de dentes? Não

Clínica Fisioterapia

Necessita de utilizar a clínica fisioterapia Egas Moniz? Não

Necessita de consultar os registos clínicos? Não

Clínica Almada

Necessita de utilizar a clínica Almada? Não

Necessita de consultar os registos clínicos? Não

Laboratórios Egas Moniz

O trabalho requer utilização de Laboratórios Internos? Sim

1- Nome: Clinical and Health Psychology Lab Responsável: Catarina Ramos

Cronograma

1- Atividade: Revisão de literatura Mês: Janeiro Ano: 2025

2- Atividade: Recolha de dados Mês: Fevereiro Ano: 2025

3- Atividade: Análise de dados Mês: Abril Ano: 2025



Proposta de Tese

4- Atividade:	Elaboração dos resultados e discussão	Mês:	Maio	Ano:	2025
5- Atividade:	Entrega da dissertação	Mês:	Junho	Ano:	2025

Financiamento

Custos	Não	Estimativa de Custos	0,00€	Fonte de Financiamento?	Não
--------	-----	----------------------	-------	-------------------------	-----

Dados dos Orientadores

Orientador Elisa Castro

Nº de Co-orientadores 0

Outros Membros da Equipa de Investigação

Professora Doutora Catarina Ramos

Professora Doutora Maria João Figueiras

Mestranda Joana Felício

Mestranda Laura Afonso

Mestranda Lauriane Bartier

☐ Tem co-orientador externo

Parecer Orientação

Lista de pareceres dos Orientadores

	Tipo de parecer	Orientador	Data	Atual	Estado
1-	Orientador	Elisa Castro	06/12/2024	Não	Proposta de melhoria
2-	Orientador	Elisa Castro	07/12/2024	Não	Proposta de melhoria
3-	Orientador	Elisa Castro	09/12/2024	Sim	Parecer positivo

PC

Aprovado por	José Grillo	Data	16/12/2024
Proposta aprovada?	Sim		

Anexo G- Termo de Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_03

Monte de Caparica, de de 2025

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Egas Moniz School of Health & Science, sob a responsabilidade da Professor(a) Doutor(a) Elisa Kern de Castro, solicita-se autorização para a participação no estudo “A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro” com pessoas que se encontram em remissão do tratamento de cancro. O objetivo do estudo é examinar fatores psicológicos que se relacionam com o medo da recorrência da doença e a qualidade de vida destes indivíduos. A participação no estudo consiste em responder a alguns questionários sobre o assunto supramencionado, como dados sociodemográficos, alguns dados sobre a doença (tipo de cancro, tratamentos realizados), bem como instrumentos psicológicos para medir qualidade de vida, medo da recorrência e sintomas psicológicos.

A participação neste estudo é voluntária e não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como conhecer mais aprofundadamente aspetos psicológicos que podem estar a contribuir ou prejudicar a qualidade de vida, o medo da recorrência, perceção da doença e rede de apoio de sobreviventes de cancro, contribuindo para o progresso do conhecimento.

Este estudo pode trazer potenciais riscos tais como sentir que as perguntas são pessoais e lhe tragam memórias ou sentimentos que não quer ter contacto. Nesse caso, o participante tem a total liberdade de interromper sua participação.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pela professora responsável e/ou pelos seus mandatados de forma anonimizada e confidencial. Os dados ficarão guardados em HD externo pelo período de cinco anos e apenas a professora responsável e seus mandatários terão acesso ao material.

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas. (Riscar o que não interessa)

(Assinatura do participante)