

CICLO DE ESTUDOS
PSICOLOGIA

Qualidade de Vida no Cancro: Autocompaixão e Medo de Progressão da Doença

Ana Sofia de Sousa Cruz

M

2024



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO: AUTOCOMPAIXÃO E MEDO DE
PROGRESSÃO DA DOENÇA**

Ana Sofia de Sousa Cruz

maio 2024

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área da Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Leonor Mendes de Freitas Queirós e Lencastre*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o/a autor/a declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O/A autor/a declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação finda cinco anos de intensa aprendizagem, nesta tão nobre área que é a Psicologia. Tal só foi possível devido ao apoio de algumas pessoas, às quais endereço o meu profundo agradecimento:

À minha orientadora, a Professora Doutora Leonor Lencastre, que se demonstrou incansável, atenta e preocupada no processo de elaboração da presente dissertação. Pelo suporte fornecido, pela escuta dos desabaços e por todos os conhecimentos transmitidos, um muito obrigada! Foi um enorme privilégio tê-la ao meu lado neste meu percurso de vida.

À minha família que sempre acreditou em mim e me apoiou durante toda a minha vida. Muito obrigada por serem o meu porto seguro, por me permitirem tornar-me na melhor versão de mim e por me apoiarem no meu projeto de vida.

Aos meus amigos que sempre acompanharam as minhas experiências e aventuras, e que sempre estiveram presentes para uma gargalhada ou um desabaço.

A todos os Professores da FPCEUP, em especial à Professora Doutora Maria Catarina Grande por sempre ter acreditado nas minhas capacidades e ter incutido em mim o gosto pela investigação.

À minha orientadora de estágio curricular, a D^a. Susana Samico, que me possibilitou crescer pessoal e profissionalmente, e que me motivou na luta pelos meus sonhos e objetivos.

RESUMO

Este estudo caracterizou a autocompaixão, o MdP e a QdV de doentes oncológicas, analisou relações entre essas variáveis e com variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas, e explorou o papel da autocompaixão e do MdP como preditores da QdV. Participaram no estudo 93 doentes oncológicas, com 46.7 anos em média ($DP = 9.8$), que preencheram um questionário online com os instrumentos: Escala de Autocompaixão (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011); FoP-Q-SF (Silva et al., 2022); WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006); EADS-21 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Encontraram-se níveis superiores de autocompaixão no polo positivo e inferiores no polo negativo, comparativamente à população saudável, e níveis superiores de MdP, QdV geral, física e ambiental, comparativamente a populações doentes. As doentes com metástases e em tratamentos evidenciaram uma autocompaixão superior, as mais velhas uma tendência menor para a autocrítica e sobreidentificação e aquelas que tiveram acompanhamento psicológico um MdP superior. A ansiedade e a depressão encontraram-se inversamente relacionadas com a autocompaixão e diretamente com o seu polo negativo e com o MdP. Encontrou-se uma relação inversa entre a autocompaixão e o MdP, relacionando-se a autocompaixão diretamente com a QdV e o MdP inversamente. A autocompaixão e o MdP revelaram-se preditores significativos da QdV na maioria dos domínios, salientando-se o papel da autocompaixão na QdV psicológica.

Para além da necessidade de intervenção no MdP, estes resultados destacaram a importância da autocompaixão na adaptação ao cancro e na promoção da QdV, podendo exercer efeitos benéficos no MdP.

Palavras-chave: autocompaixão; medo de progressão da doença; qualidade de vida; depressão; ansiedade; cancro

ABSTRACT

This study characterized self-compassion, FoP and QoL of cancer patients, analyzed relationships between these variables and with others sociodemographic, clinical, and psychological variables, and explored the role of self-compassion and FoP as predictors of QoL. A sample of 93 cancer patients, aged 46.7 years on average ($SP = 9.8$), participated this study. These participants answered an online questionnaire with the instruments: Self-Compassion Scale (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011); FoP-Q-SF (Silva et al., 2022); WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006); EADS-21 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Higher levels of self-compassion were found in the positive pole while lower levels were observed in the negative pole, compared to the healthy population. Higher levels of FoP, general, physical and environmental QoL were found, compared to sick populations. Patients with metastases and undergoing treatments showed greater self-compassion. Older patients demonstrated a smaller tendency to self-criticism and over-identification and who had psychological support showed a higher FoP. Anxiety and depression were inversely related to self-compassion and directly related with its negative pole and with FoP. An inverse relationship was found between self-compassion and FoP, with self-compassion related directly to QoL and FoP related inversely. Self-compassion and FoP proved to be significant predictors of QoL in most domains, highlighting the role of self-compassion in psychological QoL.

Beyond the need for intervention in the FoP, these results highlighted the role of self-compassion in adaptation to cancer and promoting QoL. Self-compassion may have beneficial effects on FoP.

Keywords: self-compassion; fear of disease progression; quality of life; depression; anxiety; cancer

Índice

I. Enquadramento Concetual	1
1. Autocompaixão	1
2. Medo de Progressão da Doença	4
3. Qualidade de Vida, Autocompaixão e Medo de Progressão da Doença	7
II. Estudo Empírico	9
1. Objetivos e Hipóteses de Investigação	9
2. Metodologia.....	10
2.1. Participantes.....	10
2.2. Instrumentos	12
2.3. Procedimentos	13
III. Apresentação e discussão dos resultados	15
1. Caracterização das variáveis em estudo.....	15
2. Relações da Autocompaixão com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas.....	16
3. Relações do Medo de Progressão da Doença com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas.....	19
4. Relações da Autocompaixão com o Medo de Progressão da Doença	21
5. Relação da Autocompaixão e do Medo de Progressão da Doença com a Qualidade de Vida	22
IV. Conclusão	25
Referências Bibliográficas:	28
ANEXOS.....	35
Anexo A: Parecer favorável do projeto pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.....	36
Anexo B: Informação ao participante	37
Anexo C: Consentimento informado	38
Anexo D: Questionário Sociodemográfico e clínico	39

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	10
Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra	11
Tabela 3 - Análises descritivas da Autocompaixão, do MdP e da QdV	16
Tabela 4 - Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a Autocompaixão e a Idade	17
Tabela 5 - Diferenças na Autocompaixão, em função da existência de Metástases e da Fase da doença	18
Tabela 6 - Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a Autocompaixão e a Depressão e a Ansiedade	19
Tabela 7 - Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a Autocompaixão e o MdP	21
Tabela 8 - Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a QdV, Autocompaixão e o MdP	22
Tabela 9 - Modelos preditores da QdV	23
Tabela 10 - Modelos preditores dos domínios psicológico e ambiental da QdV	25

Lista de acrónimos e de abreviaturas

B: Coeficiente beta padronizado
cf.: Conforme
d: *d* de cohen
 $|d|$ = valor absoluto de *d* de Cohen
D.: domínio
df: graus de liberdade
DP: Desvio padrão
e.g.: Por exemplo
et al.: E outros colaboradores
F: Estatística descritiva do teste Anova
FoP: Fear of disease progression
H.: Hipótese
i.e.: Isto é
 $|ku|$: valor absoluto da curtose
M: Média
Max: Máximo
MdP: Medo de Progressão da Doença
Min: Mínimo
MR: Medo de Recorrência
N: Número de participantes
p: Nível de significância estatística
QoL: Quality of life
r: Coeficiente de correlação momento produto de Pearson
R: Coeficiente de correlação múltipla
 R^2 : Coeficiente de determinação
 R^2_{adj} : Coeficiente de determinação ajustado
s.d.: Sem data
 $|sk|$: valor absoluto da assimetria
t: Estatística descritiva do teste *t* de Student
QdV: Qualidade de Vida

WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life Bref

I. Enquadramento Concetual

1. Autocompaixão

O conceito de autocompaixão é relativamente recente na Psicologia Ocidental quando comparado com a sua existência, de há muitos séculos, no pensamento filosófico do Oriente. Neff iniciou o estudo deste constructo com base na sua prática de meditação budista defendendo que a concetualização de autocompaixão se relaciona com a de compaixão, distinguindo-se apenas no objeto a quem se dirige a compaixão, i.e., se é dirigida para os outros ou para o próprio (Neff, 2003a, b, 2016).

A autocompaixão significa ser-se sensível e aberto ao próprio sofrimento, não o evitando nem se desligando dele, mas gerando o desejo de o aliviar e de se curar com bondade. Implica uma compreensão que não julga a própria dor, insuficiências e falhas, mas as encara como experiência própria, parte integrante de uma experiência humana mais ampla, que implica o perdoar das próprias falhas e fraquezas, inerentes à condição imperfeita do ser humano (Neff, 2003a).

Não é sinónimo de ter pena de si próprio, tendendo a quebrar o ciclo de autoabsorção e de sobreidentificação característico dos indivíduos que têm pena de si. Portanto, permite a diminuição dos sentimentos egocêntricos de separação e o aumento dos sentimentos de interconexão, possibilitando a perceção das próprias experiências em conexão com as dos outros e o conhecimento de que o sofrimento é universal, não evitando nem reprimindo os sentimentos dolorosos (Neff, 2003a, b). Também não é sinónimo de autoestima, pois não implica julgamentos ou avaliações do valor próprio nem de superioridade face aos outros, constituindo uma forma de relação com bondade e aceitação com a experiência própria, reconhecendo a condição humana partilhada (Neff, 2023).

Segundo Neff a autocompaixão pode ser concetualizada como um continuum que varia entre a autorresposta não compassiva e compassiva. Compreende três componentes, cada um com um polo positivo e um negativo: 1. bondade amorosa vs. autocrítica (capacidade de ser bondoso e compreensivo para consigo, ao invés de se ser demasiado autocrítico e punitivo); 2. humanidade comum vs. isolamento (capacidade de ver as próprias experiências como parte integrante de uma experiência humana maior ao invés de as ver como experiências isoladas, considerando-se a única pessoa a falhar e/ou a sofrer); 3. *mindfulness* vs. sobreidentificação (capacidade de manter uma consciência equilibrada dos próprios pensamentos e sentimentos

dolorosos, ao invés de se sobreidentificar com eles) (Neff, 2003a, 2022). Estas componentes exploram diferentes formas de resposta emocional à dor e ao fracasso, a compreensão cognitiva das situações difíceis e a atenção dada ao sofrimento. A autocompaixão representa assim um sistema dinâmico, no qual os seus elementos interagem em conjunto de forma a diminuir o sofrimento, apesar de serem separáveis e de não variarem de forma sincronizada (Neff, 2023; Neff et al., 2018).

A autocompaixão deverá revelar-se central em diversas situações e eventos de vida potencialmente stressantes, podendo a doença oncológica identificar-se como uma dessas situações, dado constituir uma ameaça à própria vida (Wei et al., 2023).

Em 2020 o cancro foi responsável por aproximadamente 10 milhões de mortes (World Health Organization, 2022a), correspondendo a uma das principais causas de morte a nível mundial (Silva et al., 2022). É considerado uma doença crónica que pode afetar qualquer pessoa independentemente da sua idade, género e nível socioeconómico (World Health Organization, 2022b). Pode acarretar inúmeras consequências negativas a nível físico e psicológico (e.g., exaustão, dor, diminuição da qualidade de vida, sintomatologia ansiosa e depressiva) assim como provocar mudanças significativas em vários domínios do funcionamento diário e originar desafios abruptos (e.g., procedimentos médicos; questões financeiras e laborais; adaptação à dor; medo de progressão da doença), exigindo o ajuste às limitações emergentes e o enfrentar de potenciais perdas, ameaças e incertezas (Austin et al., 2021; Hughes et al., 2021; Kılıç et al., 2021; Misurya et al., 2020). Considerando esta diversidade de reações e efeitos adversos possíveis, a autocompaixão poderá constituir um fator importante na adaptação ao cancro ao permitir que os doentes lidem de forma consciente com o sofrimento e com a dor, percecionando-os como inevitáveis, e permitindo a experiência de sentimentos de autobondade, autocuidado e autopreocupação. Ser compassivo poderá ajudar a reformular as atitudes perante as dificuldades e consequentemente diminuir o seu impacto, tornando as pessoas capazes de aceitarem e de lidarem com a doença (Austin et al., 2021; Kılıç et al., 2021).

Alguns estudos sugeriram que a autocompaixão poderá funcionar como uma estratégia de regulação emocional e associar-se ao *coping* adaptativo à doença, a comportamentos de promoção de saúde, a menores níveis de *distress*, depressão e ansiedade, a maior qualidade e satisfação com a vida e a um bem-estar psicológico mais elevado em diversos tipos de cancro (Austin et al., 2021; Kılıç et al., 2021; Neff, 2003a, b; Neff et al., 2018; Wei et al., 2023; Zhu et al., 2020).

Autocompaixão e algumas variáveis sociodemográficas e psicológicas

No que se refere ao género os resultados parecem inconsistentes. Karakasidou e colaboradores (2020) referiram estudos que realçam níveis inferiores de autocompaixão nas mulheres e outros que não reportam nenhuma relação. Tóth-Király e Neff (2021) sugeriram que a diferença a favor das mulheres poderá dever-se ao facto de estas reportarem uma maior autocrítica e autojulgamento. Porém, segundo estes autores estas diferenças poderão dever-se mais à socialização do papel de género, que afeta a expressão da autocompaixão, encorajando-a ou impedindo-a, e não tanto ao sexo biológico. Influenciadas pelas normas sociais, as mulheres tendem a priorizar e a ser mais empáticas com os outros do que consigo próprias, ao passo que os homens priorizam o self, a independência e o autofoco (Karakasidou et al., 2020).

Quanto à idade, Karakasidou e colaboradores (2020) também reportaram inconsistências nos resultados, fazendo referência a estudos que sugerem uma ausência de relação (Neff & McGhee, 2010; Phillips & Ferguson, 2013) e a outros que reportam um aumento da autocompaixão com a idade, como é o caso do próprio estudo que englobou 291 participantes (18-72 anos), e do estudo de Tóth-Király e Neff (2021) realizado com 10 997 participantes (15-83 anos). Tal resultado poderá indicar que as experiências de vida e a maturidade emocional, que em geral aumentam com o envelhecimento, favorecem a compaixão face à dor e às dificuldades próprias e dos outros (Karakasidou et al., 2020).

Segundo Karakasidou e colaboradores (2020) existe uma relação inversa fraca entre a idade e uma das componentes da autocompaixão - a sobreidentificação -, sendo os níveis desta componente inferiores entre os 50-72 anos.

Quanto ao polo negativo da autocompaixão, um estudo realizado com idosos (≥ 65 anos) verificou que apenas esse polo se relaciona diretamente com a idade, sugerindo contrariamente a outras evidências (e.g., Karakasidou et al., 2020; Tóth-Király & Neff, 2021) que à medida que a idade avança existe uma maior propensão para a autocrítica, para o isolamento e para a sobreidentificação (Kim & Ko, 2018).

Em contexto oncológico existe uma grande escassez de estudos diferenciais da autocompaixão em relação ao género e à idade, sendo um dos poucos o estudo de Wei e colaboradores (2023). Estes autores constataram uma menor autocompaixão nas mulheres e uma relação direta entre a autocompaixão e a idade.

Sabe-se ainda que perante um diagnóstico de doença crónica os indivíduos podem experienciar altas prevalências de ansiedade e depressão comparativamente com a população saudável. A revisão sistemática de Hughes e colaboradores (2021) apresentou uma relação inversa entre a autocompaixão e a ansiedade e a depressão.

O estudo de Wei e colaboradores (2023), realizado com 289 doentes com diferentes tipos de cancro, constatou que um perfil de autocompaixão elevada se associa a níveis inferiores de sintomatologia ansiosa e depressiva, enquanto um perfil de autocompaixão média e alta autofrieza se associa a níveis superiores dessa sintomatologia. Encontraram uma correlação direta entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e o polo negativo da autocompaixão e uma correlação inversa com a bondade amorosa e o *mindfulness*. Relativamente apenas à sintomatologia depressiva, Van der Donk e colaboradores (2020) corroboraram a associação inversa entre esta e a autocompaixão bem como a relação direta da depressão com o polo negativo, acrescentando que o *mindfulness* prevê negativamente os sintomas depressivos, enquanto o isolamento os prevê positivamente. Analogamente, o estudo de Zhu e colaboradores (2020), e a meta análise de Muris e Petrochi (2017) também concluíram ser o polo negativo aquele que mais fortemente se relaciona com a psicopatologia. Assim ambos os polos parecem desempenhar um papel diferente ao nível do funcionamento psicológico, parecendo ser o polo negativo aquele com maior impacto nos sintomas psicológicos (Van der Donk et al., 2020; Wei et al., 2023). Neff e colaboradores (2018; 2019) discordaram desta opinião, concluindo que o polo negativo não inflaciona a relação da autocompaixão com a psicopatologia, visto integrar a definição do próprio constructo.

2. Medo de Progressão da Doença

Os doentes oncológicos experienciam com frequência medos e preocupações relacionados com a progressão da doença, que se diferenciam dos medos presentes nas perturbações de ansiedade por não poderem ser interpretados como irrealis ou irracionais (Dinkel & Herschbach, 2018; Silva et al., 2022).

Não é consensual se os constructos Medo de Progressão da Doença (MdP) e Medo de Recorrência (MR) do cancro são equivalentes. Segundo Dinkel e Herschabach (2018), os dois constructos são idênticos e partilham características definidoras, tendo os autores definido o MdP como o medo de progressão ou do ressurgimento da doença, aplicando-se a uma variedade de doenças, sendo exemplo o cancro, e o MR, que surge na Psico-oncologia, como o medo do regresso ou progressão do cancro, no mesmo local ou noutra parte do corpo. Analogamente Yang e colaboradores (2018) referiram que ambos os constructos são equiparáveis, havendo uma sobreposição entre eles. Já Coutts-Bain e colaboradores (2022) defenderam que os constructos não são sinónimos, apesar de identificarem preditores comuns.

No presente estudo, consideram-se os dois constructos equivalentes e utilizar-se-á o termo MdP.

Uma meta-análise de 46 estudos evidenciou que 59% dos doentes oncológicos (com e sem doença ativa) reportam níveis moderados e 19% níveis elevados de MdP (Luigjes-Huizer et al., 2022). O MdP pode considerar-se uma resposta reativa e apropriada às ameaças reais inerentes ao curso da doença, contudo pode também ser vivenciado de forma exagerada e duradoura, levando à necessidade de intervenção psicológica (Dinkel & Herschbach, 2018; Silva et al., 2022). Engloba um conjunto de medos que diferem de pessoa para pessoa e entre momentos distintos na mesma pessoa, constituindo-se como uma experiência humana complexa, intensa e difícil (Almeida et al., 2019). Os participantes da revisão sistemática e meta-análise do último estudo descreveram-no como estando sempre presente e existindo desde o diagnóstico, podendo ser ativado nas seguintes situações: notar algo diferente no corpo, esperar por exames médicos e seus resultados, ouvir/falar/pensar/lembrar a própria experiência de cancro ou a sua eventual recorrência.

O MdP apresenta-se como uma experiência emocional e uma preocupação com elevado impacto na vida dos doentes, percorrendo um continuum desde uma resposta normal e adaptativa até ao *distress* clínico significativo e desadaptativo, necessitando de intervenção quando os seus níveis se tornam elevados e disfuncionais, i.e., quando influenciam negativamente o *coping*, a adesão ao tratamento, o funcionamento social e a qualidade de vida destes doentes (Almeida et al., 2019; Dinkel & Herschbach, 2018; Pang & Humphris, 2021).

Avanços científicos, utilizando o método Delphi (Mutsaers et al., 2020), estabeleceram um consenso sobre as características definidoras do diagnóstico clínico do MdP: 1. níveis elevados de preocupação; 2. níveis elevados de ansiedade; 3. persistentes; 4. hipervigilância/hipersensibilidade a sintomas corporais, devendo, pelo menos, três destas características estar presentes por um período de três meses.

Medo de Progressão da Doença e algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas

Quanto ao género, Luigjes-Huizer e colaboradores (2022) encontraram uma maior prevalência de MdP no género feminino, evidenciando 64% das mulheres, sem doença ativa, um nível de MdP clínico e 28% um MdP severo com necessidade de intervenção, comparativamente a 46% e 12% dos homens sem doença ativa, respetivamente. Um padrão semelhante foi encontrado para os doentes com doença ativa (Luigjes-Huizer et al., 2022). Estes dados corroboraram os do estudo de Pang e Humphris (2021) que sugere duas explicações para estas diferenças: 1. as desigualdades sociais fazem com que as mulheres necessitem de um

maior suporte social e mental; 2. uma tendência superior para as mulheres com cancro expressarem os seus problemas e procurarem ajuda.

Quanto à idade, Luigjes-Huizer e colaboradores (2022) verificaram que 88% dos jovens (18-29 anos), sem doença ativa, reportam a possibilidade de um nível de MdP clínico e 48% dos jovens um MdP no nível severo com necessidade de intervenção. Ademais, 37% dos idosos (≥ 75 anos), sem doença ativa, reportam a possibilidade de um nível de MdP clínico e 9% dos idosos um MdP no nível severo com necessidade de intervenção (Luigjes-Huizer et al., 2022). O padrão foi semelhante para os doentes com doença ativa (Luidjes-Huizer et al., 2022). Lim e Humphris (2020) também mencionaram a existência de uma relação inversa entre a idade e o MdP, acrescentando que a força de associação diminuiu na última década, havendo uma menor disparidade entre os níveis de MdP dos doentes mais velhos e dos mais novos.

Segundo a revisão sistemática de Lebel e colaboradores (2020), a escolaridade pareceu não se associar à intensidade do MdP. Contrariamente, Calderon e colaboradores (2024), e Chen e colaboradores (2024), constataram que uma menor escolaridade se associa a níveis superiores de MdP, o que poderá dever-se ao facto de níveis inferiores de escolaridade, por se relacionarem a menor experiência e conhecimentos, poderem originar uma perceção de risco mais catastrófica. Bergerot e colaboradores (2023) afirmaram não haver ainda consenso sobre se a escolaridade se constitui num fator de risco para o MdP.

Relativamente a variáveis clínicas com impacto no nível de MdP alguns estudos debruçaram-se sobre o tipo de cancro. Luigjes-Huizer e colaboradores (2022) referiram que indivíduos com cancro do pulmão e colorretal reportam um nível superior de MdP ao dos doentes com cancro da mama. Já aqueles com cancro do endométrio, da próstata, leucemia e linfoma não Hodgkin revelam níveis mais baixos de MdP. Estes mesmos autores, referiram, no entanto, que algumas das diferenças observadas poderão ser explicadas por outras variáveis (e.g., idade) e ressaltaram que o estudo além de não incluir todos os cancros poderá apresentar um viés de amostragem.

Quanto ao tipo de tratamento Lebel e colaboradores (2020) referiram que este parece não se associar à intensidade do MdP, enquanto a revisão de literatura de Yang e colaboradores (2019) evidenciou que a mastectomia, radioterapia e quimioterapia se associam a um nível superior de MdP, não encontrando relação com a cirurgia. Assim os tratamentos mais intensos poderão relacionar-se com o aumento do MdP, pelo facto dos doentes possuírem uma maior consciência e conhecimento dos riscos e experienciarem efeitos colaterais (Yang et al., 2019). Götze e colaboradores (2019) corroboraram estas evidências, identificando um MdP superior naqueles que realizam radioterapia, quimioterapia ou hormonoterapia.

Outra característica relacionada com o nível de MdP é o tempo desde o diagnóstico, havendo resultados inconsistentes, que poderão dever-se à percepção dos doentes acerca do risco de recorrência, que por sua vez poderá ser influenciada pelo tipo de tratamento e pelo estágio do cancro (Götze et al., 2019).

Alguns estudos sugeriram que o tempo desde o diagnóstico parece não se associar à intensidade do MdP (Bergerot et al., 2023; James et al., 2022; Lebel et al., 2020; Luigjes-Huizer et al., 2022), enquanto outros referiram que este medo é elevado aquando do diagnóstico e do tratamento, e depois decresce para um nível de intensidade estável (James et al., 2022; Lebel et al., 2020). Há, ainda, estudos a salientarem que a maioria dos doentes, cinco ou mais anos após o diagnóstico, continua a preocupar-se com a progressão ou recorrência da doença (Götze et al., 2019).

Smith e colaboradores (2020) constataram, em 21 estudos, uma relação inversa entre o tempo desde o diagnóstico e os resultados da versão original do questionário de MdP. Porém também encontraram, em 25 estudos que utilizaram a versão curta desse mesmo questionário, uma relação direta, mas fraca, entre a intensidade do MdP e o tempo desde o diagnóstico, refutando a estabilidade do MdP ao longo do tempo (Smith et al., 2020).

Um MdP elevado encontra-se, frequentemente, relacionado com um maior sofrimento psicológico, podendo associar-se à psicopatologia (e.g., Götze et al., 2019). A revisão sistemática de Yang e colaboradores (2019) fez referência a estudos que sugerem uma relação direta e moderada entre o MdP e a ansiedade generalizada e a hipocondria, e uma relação forte com a depressão e os sintomas de *distress*, em doentes com diversos tipos de cancros (15-39 anos). Götze e colaboradores (2019), englobando uma população mais ampla (18-85 anos), confirmaram a relação direta entre o MdP e a depressão e a ansiedade.

3. Qualidade de Vida, Autocompaixão e Medo de Progressão da Doença

A qualidade de vida (QdV) foi definida pela Organização Mundial de Saúde como *a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Em contexto oncológico a QdV caracteriza-se como uma sensação de bem-estar, que engloba várias dimensões - física, psicológica, social e espiritual -, podendo qualquer alteração numa das componentes afetar a percepção de outra (Jitender et al., 2018).

Recentemente, o estudo de Garcia e colaboradores (2021) constatou uma relação direta entre a autocompaixão e a QdV, evidenciando que os doentes submetidos a quimioterapia

antineoplásica com mais autocompaixão tinham uma melhor QdV. Acrescem-se os estudos de Abdollahi e colaboradores (2020), e de Zhu e colaboradores (2019), que corroboraram a relação direta entre estes dois construtos, em doentes com cancro da mama e numa amostra heterogénea de doentes oncológicos. Elahi e colaboradores (2022) também encontraram esta mesma relação direta, em doentes oncológicos, sugerindo que a autocompaixão parece funcionar como uma espécie de tampão face aos eventos negativos, favorecendo uma atitude saudável face a si, sem críticas e julgamentos.

Quanto ao MdP parece que níveis elevados se podem tornar disfuncionais e diminuir a QdV (Dinkel & Herschbach, 2018; Silva et al., 2022), sendo exemplo a revisão sistemática de Yang e colaboradores (2019) que demonstrou uma relação inversa entre as variáveis, em doentes oncológicos (15-39 anos). Relação essa que também foi evidenciada por James e colaboradores (2022), e por Chen e colaboradores (2022), que constatarem que níveis elevados de MdP em doentes com cancro da próstata e da mama, respetivamente, se relacionam com uma menor QdV. Em 2022, um estudo realizado com 333 doentes com cancro da mama diagnosticados, em média, aos 45 anos, e que tinham obtido o diagnóstico entre 9 a 16 anos antes da participação no estudo, concluiu que o MdP pode persistir anos após o tratamento e em níveis clínicos deteriorar a QdV (Tran et al., 2022).

No que se refere à relação entre a autocompaixão e o MdP, o estudo de Zhu e colaboradores (2022), realizado com 304 pessoas com cancro da mama, revelou-se pioneiro na análise da associação entre as variáveis. Os autores encontraram uma relação inversa entre as variáveis, concluindo que uma maior autocompaixão se associa a níveis inferiores de MdP. Encontraram, ainda, uma relação direta entre o polo negativo da autocompaixão e o MdP e uma ausência de relação entre o polo positivo e o MdP. Denotou-se uma grande escassez de estudos sobre a relação entre a autocompaixão e o MdP em contexto oncológico, tornando-se evidente a necessidade de um maior investimento neste campo de modo a testar o efeito benéfico da autocompaixão sobre o MdP (Zhu et al., 2022)

Em contexto oncológico evidenciou-se também uma escassez de estudos que integrem simultaneamente os três constructos: autocompaixão, MdP e QdV, salientando-se assim a pertinência de estudos relativos à associação conjunta da autocompaixão e do MdP na QdV destes doentes.

II. Estudo Empírico

1. Objetivos e Hipóteses de Investigação

O presente estudo tem como objetivos caracterizar a autocompaixão, o MdP e a QdV de doentes oncológicos, analisar a relação da autocompaixão e do MdP com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas (idade, escolaridade, tempo desde o diagnóstico, número de tratamentos realizados, existência de metástases, fase da doença, acompanhamento psicológico/psiquiátrico, depressão, ansiedade), analisar a relação da autocompaixão com o MdP, e explorar a relação da autocompaixão e do MdP na QdV, analisando o seu papel como preditores da QdV.

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada sugerem-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1. Espera-se que o nível de autocompaixão de doentes oncológicos aumente com a idade (e.g., estudo em contexto oncológico de Wei et al., 2023; estudos com populações saudáveis de Karakasidou et al., 2020; e de Tóth-Király & Neff, 2021).

H2. Espera-se que doentes oncológicos com níveis elevados de autocompaixão apresentem níveis baixos de ansiedade e de depressão (e.g., Hughes et al. 2021; Wei et al., 2023).

H3. Espera-se que o polo negativo da autocompaixão, medido através da autocrítica, do isolamento e da sobreidentificação, se associe a níveis elevados de ansiedade e de depressão (e.g., Van der Donk et al., 2020; Wei et al., 2023; Zhu et al., 2020).

H4. Espera-se que doentes oncológicos com um maior número de anos de escolaridade apresentem níveis mais baixos de MdP (e.g., Calderon et al., 2024; Chen et al., 2024).

H5. Espera-se que doentes oncológicos com níveis elevados de MdP evidenciem níveis elevados de ansiedade e de depressão (e.g., Götze et al., 2019; Yang et al., 2019).

H6. Espera-se que doentes oncológicos com níveis elevados de autocompaixão apresentem níveis baixos de MdP (Zhu et al., 2022).

H7. Espera-se que quanto mais elevado o nível de autocompaixão mais elevada a QdV de doentes oncológicos (e.g., Abdollahi et al., 2020; Elahi et al., 2022; Garcia et al., 2021; Zhu et al., 2019).

H8. Espera-se que quanto mais elevado o MdP menor a QdV de doentes oncológicos. (e.g., Chen et al., 2022; Dinkel & Herschbach, 2018; Tran et al., 2022; Yang et al., 2019).

2. Metodologia

2.1. Participantes

O presente estudo incluiu participantes com idade igual ou superior a 18 anos, de nacionalidade portuguesa e que têm ou tiveram um diagnóstico oncológico.

A Tabela 1 apresenta informações sociodemográficas da amostra. Esta é constituída exclusivamente por mulheres, com idades compreendidas entre os 26 e os 76 anos, na sua maioria casada ou a viver em união de facto (62.4%). A maioria possui a licenciatura completa (46.2%) e quanto à situação profissional, metade das participantes atualmente encontra-se no ativo (50.5%).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 93)

Variável	N (%)	Mínimo – Máximo	M (DP)
Idade (em anos)	92 (98.9)	26 – 76	46.66 (9.76)
Estado civil	93 (100)		
Solteiro(a)	19 (20.4)		
Casado(a)/União de facto	58 (62.4)		
Divorciado(a)/Separado(a)	12 (12.9)		
Viúvo(a)	4 (4.3)		
Anos de escolaridade	78 (83.9)	10 – 21.50	15.28 (2.83)
Nível de escolaridade	93 (100)		
3º ciclo completo (9º ano)	7 (7.5)		
Ensino Secundário completo (12º ano)	33 (35.5)		
Ensino Superior Licenciatura completa	43 (46.2)		
Ensino Superior Mestrado completa	10 (10.8)		
Situação profissional	93 (100)		
Ativo(a)	47 (50.5)		
De baixa médica	28 (30.1)		
Desempregado(a)	9 (9.7)		
Reformado(a)	9 (9.7)		

Quanto às características clínicas (ver Tabela 2), o tempo passado desde o diagnóstico variou entre 1 e 23 anos, sendo o diagnóstico mais prevalente o cancro da mama (52.7%), encontrando-se a maioria das doentes a realizar tratamentos (46.2%) ou em pós tratamento (41.9%), sendo aqueles mais realizados: a cirurgia (81.7%), a quimioterapia (65.6%), a radioterapia (57%) e a hormonoterapia (43%). A maioria das participantes realizou 4 tipos de

tratamentos diferentes (24.7%), não apresenta metástases (69.9%) e não beneficiou de acompanhamento psicológico/psiquiátrico (65.6%).

Tabela 2

Caracterização clínica da amostra (N = 93)

Variável	N (%)	Mínimo – Máximo	M (DP)
Tipo de cancro	92 (98.9)		
Colorretal	3 (3.2)		
Gástrico	2 (2.2)		
Ginecológico	7 (7.5)		
Hematológico	3 (3.2)		
Mama	49 (52.7)		
Pulmão	3 (3.2)		
Tiroide	11 (11.8)		
Tumores múltiplos	6 (6.5)		
Outros	8 (8.6)		
Tempo desde o diagnóstico (em anos)	91 (97.8)	1 – 23	4.01 (4.08)
Fase da doença	93 (100)		
Diagnóstico	4 (4.3)		
Tratamento	43 (46.2)		
Pós tratamento	39 (41.9)		
Recidiva	7 (7.5)		
Metástases	93 (100)		
Sim	28 (30.1)		
Não	65 (69.9)		
Número de tratamentos realizados	93 (100)		
1	20 (21.5)		
2	22 (23.7)		
3	22 (23.7)		
4	23 (24.7)		
5	6 (6.5)		
Tratamentos realizados			
Cirurgia	76 (81.7)		
Braquiterapia	3 (3.2)		
Hormonoterapia	40 (43.0)		
Imunoterapia	8 (8.6)		
Iodoterapia	5 (5.4)		
Quimioterapia	61 (65.6)		
Radioterapia	53 (57.0)		
Terapia Alvo	2 (2.2)		
Outros	4 (4.3)		

Acompanhamento Psicológico / Psiquiátrico	93 (100)
Sim	32 (34.4)
Não	61 (65.6)

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico e clínico. (cf. Anexo D) para recolher dados sobre variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade, profissão, situação profissional, estado civil e concelho de residência) e clínicas (tipo de diagnóstico e de tratamento, ano do diagnóstico, presença de metástases, fase da doença, se teve acompanhamento psicológico/psiquiátrico no período da doença oncológica).

2.2.2. Escala de Autocompaixão. (Neff, 2003b; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011) é uma escala de autorrelato constituída por 26 itens avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “quase nunca” e 5 a “quase sempre”. É constituída por seis subescalas, três integram o polo positivo [bondade amorosa (5 itens), humanidade comum (4 itens), *mindfulness* (4 itens)] e outras três o negativo [autocrítica (5 itens), isolamento (4 itens), sobreidentificação (4 itens)]. O instrumento permite obter pontuações parciais, que correspondem à pontuação média de cada subescala. A pontuação total da autocompaixão diz respeito à média das pontuações parciais, após recodificação dos itens integrantes do polo negativo. Pontuações totais mais elevadas correspondem a uma maior autocompaixão. A escala revela uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach para a escala total de .89 e para as subescalas da bondade amorosa, autocrítica, humanidade comum, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação de .84, .82, .77, .75, .73, .78, respetivamente (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

2.2.3. Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF). (Mehnert et al., 2006; versão portuguesa de Silva et al., 2022), inclui 12 dos 43 itens da versão original de Herschabch e colaboradores (2005). Este instrumento tem como objetivo avaliar o medo de progressão da doença crónica e integra 12 itens, dos quais 6 pertencem à subescala das reações afetivas, 2 à subescala do relacionamento e família, 2 à subescala ocupação e os restantes 2 à subescala da perda de autonomia. A resposta é realizada através de uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “nunca”; e 5 a “muito frequentemente”. A pontuação total obtém-se através da soma das pontuações de cada subescala, variando de 12 a 60. Quanto maior a soma obtida, maior o MdP evidenciado. Este questionário revela uma boa consistência interna, sendo o alfa de Cronbach de .86 (Silva et al., 2022).

2.2.4. World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref). (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006) integra 26 itens, dos quais 2 se relacionam com a percepção geral da qualidade de vida e da saúde e os restantes 24 itens correspondem às 24 facetas propostas no instrumento original. A resposta aos itens é dada numa escala de Likert de 5 pontos (1 corresponde a “nada” ou “muito má” ou “muito insatisfeito” ou “nunca”; e 5 a “completamente” ou “muito boa” ou “muito satisfeito” ou “sempre”). Os itens encontram-se organizados em quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e ambiente (8 itens). A cotação é realizada por domínios, correspondendo à média dos itens de cada um, após recodificação dos itens 3, 4 e 26. Pontuações mais elevadas correspondem a maior QdV. Quanto à consistência interna, Vaz Serra e colaboradores (2006) reportaram uma boa consistência interna, correspondendo o alfa de Cronbach para os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente respetivamente a .87, .84, .64, .78. A consistência interna também se revela boa no conjunto dos domínios (.79) e nos 26 itens integrantes (.92).

2.2.5. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 (EADS-21). (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) num total de 21 itens, constituída por três subescalas com 7 itens cada, que avaliam a ansiedade, a depressão e o stress. Na sua aplicação é solicitado ao indivíduo que se foque na última semana, respondendo numa escala de Likert de 4 pontos (0 corresponde a “não se aplicou nada a mim”; e 3 a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). A pontuação de cada subescala corresponde à soma das pontuações dos itens integrantes, podendo variar entre 0 e 21. Pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos. Quanto às qualidades psicométricas estas evidenciaram-se boas, sendo o alfa de Cronbach para as subescalas da depressão, ansiedade e stress respetivamente .85, .74, .81 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados. Após a obtenção de parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (cf. Anexo A) procedeu-se entre novembro de 2023 e janeiro de 2024 à recolha de dados. A administração do questionário, de duração média estimada de 15 minutos, realizou-se com recurso à plataforma *Qualtrics*. Os participantes receberam informação específica sobre o projeto de investigação (cf. Anexo B) assim como uma declaração de

consentimento informado (cf. Anexo C). Do protocolo do estudo constava um questionário sociodemográfico e clínico (cf. Anexo D).

2.3.2. Procedimentos de análise de dados. Para a análise dos dados recolhidos utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.

Inicialmente foram eliminados 15 participantes, um por não atender aos critérios de inclusão, três por apresentarem vários valores omissos nos instrumentos e onze por serem do género masculino (dado o seu reduzido número em relação ao género feminino).

Não foram identificados *outliers*. Em relação aos valores omissos foram mantidos 5 participantes que apresentaram apenas um valor omissos na escala do MdP ou um valor omissos no WHOQOL-Bref, não tendo esses valores omissos sido substituídos, tendo em conta o seu reduzido número (5.4%) no total de dados. De acordo com Bennet (2001) dado tratar-se de uma percentagem inferior a 10% não será provável que produza viés nas análises.

Realizaram-se análises descritivas e inferenciais: testes *t* de *Student* para comparação de médias para amostras independentes, cálculo do *d* de Cohen, coeficiente de correlação de produto-momento de Pearson e análises de regressão múltiplas.

Assegurou-se o cumprimento dos pressupostos estatísticos para todas as análises. A normalidade foi avaliada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov ($p > .05$) e da assimetria e curtose, ($|sk| \leq 2$; $|ku| \leq 7$; Kline, 2016). Foi utilizado o teste de Levene para a homogeneidade de variâncias entre os grupos.

Recorreu-se também ao *d* de Cohen para avaliar o tamanho do efeito das diferenças, considerando-se: $|d| = 0.20$ como efeito pequeno; $|d| = 0.50$ como efeito moderado; e $|d| = 0.80$ como efeito elevado (Cohen, 1988).

Para explorar a relação entre as variáveis, recorreu-se ao coeficiente de correlação momento produto de Pearson. A força das associações baseou-se nas diretrizes apresentadas por Cohen (1988), nomeadamente: $.10 < r < .20$ traduz uma associação fraca, $.30 < r < .49$ indica uma associação moderada e $r > .50$ designa uma associação forte.

Finalmente, foi realizada a regressão linear múltipla, para identificar preditores da QdV. Foram cumpridos todos os pressupostos, nomeadamente a independência de resíduos (teste de Durbin-Watson entre 1.7 e 2.3, $d = 2.12$), a ausência da multicolinearidade ($t > .20$), a homocedasticidade e a distribuição normal dos resíduos (Tabachnick & Fidell, 2019). O critério para a seleção dos preditores dos modelos foi o de apresentar um valor de $r \geq .30$ (Pallant, 2016).

Para todas as análises foi considerado o valor de significância de .05.

Para facilitar a interpretação dos resultados individuais de cada uma das três subescalas do polo negativo da autocompaixão foram utilizados os seus valores originais não recodificados.

III. Apresentação e discussão dos resultados

1. Caracterização das variáveis em estudo

O nível global de autocompaixão das participantes desta amostra foi semelhante ao valor de referência do estudo de validação de Castilho e Pinto-Gouveia (2011) para a população saudável, mas superior nas componentes do polo positivo e inferior nas componentes do polo negativo (ver tabela 3).

O MdP foi superior ao dos doentes oncológicos do estudo de Silva e colaboradores (2022) (ver tabela 3), que apresentam características sociodemográficas semelhantes às do presente estudo (i.e., a maioria dos doentes são mulheres, possuem o ensino superior, encontram-se casados e no ativo, tendo 48.8 anos em média, e como diagnóstico mais comum o cancro da mama). Porém, a maioria dos doentes do estudo de Silva e colaboradores (2022) encontram-se em fase de pós tratamento (58.2%), ao passo que, no presente estudo, na sua maioria, se encontram em tratamento (46.2%), o que pode justificar o valor superior de MdP encontrado, pelo facto de no período de tratamentos, em geral, os doentes manifestarem efeitos secundários complicados (National Cancer Institute, s.d.).

Quanto à QdV, as participantes deste estudo apresentaram níveis superiores na faceta geral e nos domínios físico e ambiente comparados com os valores médios dos doentes do estudo de Vaz Serra e colaboradores (2006) (ver tabela 3). Já quanto ao domínio psicológico e das relações sociais não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Apesar das doentes oncológicas em estudo evidenciarem MdP, apresentaram valores elevados no polo positivo da autocompaixão e baixos no polo negativo, bem como valores elevados de QdV geral e em alguns dos seus domínios. Estes resultados poderão indicar que apesar do MdP evidenciado, estas doentes vivenciam o próprio sofrimento com bondade e compreensão, integrado dentro da experiência humana comum, sem o evitar, sem julgamentos e sem sobreidentificação com pensamentos e sentimentos acerca da própria dor (Neff, 2003a), o que poderá contribuir para os valores superiores de QdV.

Tabela 3*Análises descritivas da Autocompaixão, do MdP e da QdV*

Variável	N (%)	Mín – Máx	M (DP)	M de referência	Comparação com valores de referência		
					t	df	p
Autocompaixão (1-5)	93 (100)	1.67 – 4.81	3.31 (0.65)	3.23	1.21	92	.228
Bondade amorosa	93 (100)	1 – 5	3.17 (0.85)	2.95	2.56	92	.012
Humanidade comum	93 (100)	1.25 – 5	3.60 (0.74)	3.11	6.42	92	<.001
<i>Mindfulness</i>	93 (100)	1.50 – 5	3.45 (0.78)	3.03	5.12	92	<.001
Autocrítica	93 (100)	1.40 – 5	2.78 (0.81)	3.50	-8.64	92	<.001
Isolamento	93 (100)	1 – 5	2.78 (0.89)	3.41	-6.82	92	<.001
Sobreidentificação	93 (100)	1.25 – 5	2.80 (0.81)	3.40	-7.19	92	<.001
MdP (12-60)	90 (96.8)	24 – 60	43.16 (9.17)	40.40	2.85	89	.005
QdV (0-100)							
Faceta Geral	92 (98.9)	0 – 100	58.56 (22.92)	49.09	3.96	91	<.001
D. Físico	93 (100)	0 – 100	60.60 (21.31)	54.99	2.54	92	.013
D. Psicológico	93 (100)	0 – 95.83	64.34 (18.17)	64.41	-0.04	92	.969
D. Relações sociais	93 (100)	0 – 100	60.48 (21.56)	64.47	-1.78	92	.078
D. Ambiente	92 (98.9)	12.50 – 93.75	63.99 (16.22)	58.79	3.08	91	.003

2. Relações da Autocompaixão com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas

Relativamente à relação da autocompaixão com a idade não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa, $r(92) = .16$, $p = .127$, o que leva à refutação da **Hipótese 1**, que previa que o nível de autocompaixão aumentasse com a idade, à semelhança do que acontece na população saudável (e.g., Karakasidou et al., 2020; Tóth-Király & Neff, 2021). Esta ausência de associação pode justificar-se pelo facto de as participantes serem unicamente do género feminino, o que, segundo Karakasidou e colaboradores (2020), se associa a níveis inferiores de autocompaixão. Ademais, não se pode deixar de realçar que existem estudos que também referiram a ausência da relação aqui verificada (e.g., Karakasidou et al., 2020; Neff & McGehee, 2010; Phillips & Ferguson, 2013) e que o número de estudos que analisaram esta relação em doentes oncológicos é muito escasso.

Aprofundou-se o estudo dessa relação analisando cada uma das componentes da autocompaixão, tendo-se encontrado relações inversas e significativas entre a idade e a autocrítica, $r(92) = -.24$, $p = .024$ e entre a idade e a sobreidentificação, $r(92) = -.21$, $p = .041$, corroborando esta última análise os resultados do estudo de Karakasidou e colaboradores (2020). Esta propensão para a diminuição de algumas componentes do polo negativo da autocompaixão - autocrítica e sobreidentificação - com a idade, poderá ser explicada por uma

maior experiência de vida e maturidade emocional das doentes com mais idade (Karakasidou et al., 2020).

Quanto às restantes 4 componentes da autocompaixão não se encontraram valores de correlação com a idade estatisticamente significativos (ver tabela 4).

Tabela 4

Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a Autocompaixão e a Idade (N = 92)

	Idade
Autocompaixão Total	.16
Bondade Amorosa	.01
Humanidade Comum	.11
<i>Mindfulness</i>	.06
Autocrítica	-.24*
Isolamento	-.14
Sobreidentificação	-.21*

Nota: Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a bold. **p* < .05; ***p* < .01

Foram também determinados os valores da correlação da autocompaixão com o número de anos de escolaridade, o tempo desde o diagnóstico e o número de tratamentos realizados, não se encontrando valores estatisticamente significativos.

Analísaram-se de seguida diferenças de médias na autocompaixão relativas às seguintes variáveis clínicas: existência de metástases, fase da doença (em tratamento vs. pós tratamento) e ter beneficiado de acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na autocompaixão das doentes que possuem metástases, e naquelas que se encontram na fase de realização de tratamentos, que apresentaram valores superiores de autocompaixão (ver tabela 5). Revelou-se curioso que um pior prognóstico [e.g., presença de metástases (Lyden et al., 2022)] e o encontrar-se em fase de realização de tratamentos, que em geral se associa a efeitos secundários complicados, se associe também a mais autocompaixão, o que poderá significar que o sofrimento, e a experiência de eventos traumáticos e/ou stressantes poderá potenciar o desenvolvimento da autocompaixão, cuja definição compreende o estar-se sensível e aberto ao próprio sofrimento, sem julgamentos da própria dor e falhas. Assim a autocompaixão poderá revelar-se essencial perante a dor e o sofrimento, podendo potenciar o equilíbrio e a aceitação destes eventos stressantes e/ou traumáticos, como é o caso da presença de metástases e do encontrar-se a realizar tratamentos.

Quanto ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5

Diferenças na Autocompaixão em função da existência de Metástases e da Fase da doença (N = 93)

		Metástases					Fase da Doença				
		Sim	Não	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Em	Pós	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
							Tratamento	tratamento			
	N	28	65				43	39			
Autocompaixão	<i>M</i>	3.55	3.21	2.40	.019	0.54	3.44	3.14	2.02	.046	0.45
	(<i>DP</i>)	0.56	0.66				0.62	0.71			

Analizou-se a relação da autocompaixão global com a ansiedade e a depressão, tendo-se encontrado associações significativas inversas e fortes: $r(93) = -.50, p = < .001$; $r(93) = -.53, p = < .001$ (ver tabela 6). Estes resultados permitiram confirmar a **Hipótese 2**, segundo a qual doentes com níveis superiores de autocompaixão apresentariam níveis inferiores de ansiedade e de depressão (e.g., Hughes et al., 2021; Wei et al., 2023). Assim poder-se-á sugerir que a autocompaixão poderá funcionar como um fator positivo na gestão de problemas de foro psicopatológico e por consequência no ajustamento psicológico à doença, podendo contribuir para uma menor perceção das consequências negativas associadas ao cancro, para um maior controlo pessoal e para uma menor imprevisibilidade dos sintomas ao longo do tempo, características estas que se relacionam com menor sintomatologia ansiosa e depressiva (Zhu et al., 2020).

Analizou-se também a relação das componentes da autocompaixão com estas duas variáveis – depressão e ansiedade – tendo-se encontrado para ambas uma associação inversa com as componentes do polo positivo da autocompaixão e direta com as componentes do polo negativo (ver tabela 6). A associação mais fraca encontrada para a depressão foi com a humanidade comum, $r(93) = -.25, p = .017$ e a mais forte com o isolamento, $r(93) = .60, p = < .001$. A associação mais fraca encontrada para a ansiedade foi também com a humanidade comum, $r(93) = -.22, p = .035$ e a mais forte com a autocrítica, $r(93) = .53, p = < .001$. Confirmou-se assim a **Hipótese 3**, que previa que o polo negativo da autocompaixão, medido através da autocrítica, do isolamento e da sobreidentificação, se associasse a níveis elevados de

ansiedade e depressão, corroborando os estudos de Van der Donk e colaboradores (2020), de Wei e colaboradores (2023) e de Zhu e colaboradores (2020).

As doentes que evidenciaram níveis superiores de bondade amorosa, humanidade comum e *mindfulness* demonstraram também níveis inferiores de depressão e de ansiedade, à semelhança do estudo de Wei e colaboradores (2023) no que se refere à bondade amorosa e ao *mindfulness*.

O polo negativo da autocompaixão apresentou, em geral, valores de correlação com a depressão e a ansiedade mais fortes do que o polo positivo, corroborando estudos prévios (e.g., Muris & Petrochi, 2017; Van der Donk et al., 2020; Wei et al., 2023; Zhu et al., 2020) que referem que o polo negativo tem um maior impacto nos sintomas psicológicos, relacionando-se mais fortemente com a psicopatologia. Assim o facto dos itens integrantes do polo negativo avaliarem características que se relacionam com a psicopatologia (e.g., solidão, ruminação, autoabsorção), poderá sugerir que estes itens exploram uma maior vulnerabilidade para problemas de foro mental, explicando a relação aqui evidenciada.

Tabela 6

Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a Autocompaixão e a Depressão e a Ansiedade ($N = 93$)

	Depressão	Ansiedade
Autocompaixão Total	-.53**	-.50**
Bondade Amorosa	-.37**	-.40**
Humanidade Comum	-.25*	-.22*
<i>Mindfulness</i>	-.33**	-.37**
Autocrítica	.52**	.53**
Isolamento	.60**	.49**
Sobreidentificação	.44**	.36**

Nota: Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold. * $p < .05$; ** $p < .01$

3. Relações do Medo de Progressão da Doença com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas

Para testar a **Hipótese 4** que previa que doentes oncológicos com um maior número de anos de escolaridade apresentassem níveis mais baixos de MdP, analisou-se essa relação, não se encontrando um valor estatisticamente significativo, $r(76) = -.09$, $p = .423$, o que levou à sua refutação. Este resultado também foi encontrado na revisão sistemática de Lebel e colaboradores (2020), e no estudo de Bergerot e colaboradores (2023), mantendo-se assim uma certa inconsistência nos resultados dos estudos dedicados à análise desta relação.

Analizou-se também a relação do MdP com outras variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, tempo desde o diagnóstico e número de tratamentos realizados, não se encontrando valores estatisticamente significativos.

Analisaram-se ainda as diferenças de médias no MdP quanto às seguintes variáveis clínicas: existência de metástases, fase da doença (em tratamento vs. pós tratamento) e ter beneficiado de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, tendo-se encontrado valores estatisticamente significativos apenas para quem beneficiou de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, que apresentou um nível superior de MdP ($t(88) = 2.39, p = .019, d = .53; M = 46.19, DP = 9.28; M = 41, 48, DP = 8.74$), o que poderá dever-se ao facto de quem recebeu intervenção ser quem apresentaria um MdP superior, e de ainda não ter passado tempo suficiente de intervenção que permita diminuir esse MdP. Porém, não foram recolhidos dados comparativos do MdP no pré e pós intervenção psicológica nem sobre quando esta se iniciou, o que impossibilitou interpretar de forma mais clara estes resultados.

Por fim, analisou-se a relação do MdP com a ansiedade e a depressão, tendo-se encontrado uma associação direta e moderada entre o MdP e a ansiedade, $r(90) = .38, p < .001$, bem como entre o MdP e a depressão, $r(90) = .44, p < .001$. Estes resultados confirmaram a **Hipótese 5**, que previa que os doentes oncológicos com níveis elevados de MdP evidenciassem níveis elevados de ansiedade e de depressão, corroborando estudos prévios (e.g., Götze et al., 2019; Yang et al., 2019). Apesar da força de associação tanto para a ansiedade como para a depressão ser moderada (Cohen, 1988), verificou-se ser um pouco mais forte para a depressão, o que se coaduna com as evidências reportadas na revisão sistemática de Yang e colaboradores (2019). Assim poderá sugerir-se que o MdP, por ser uma experiência intensa, complexa e difícil, e por poder encontrar-se presente durante todo o curso da doença, poderá contribuir para a diminuição do humor, originando consequentemente sintomatologia depressiva. Frequentemente a depressão e o MdP associam-se à ruminação sobre pensamentos negativos, o que poderá fazer com que os sintomas depressivos se perpetuem e intensifiquem (Liu et al., 2018), explicando assim uma força de associação elevada entre o MdP e a depressão. Esta interação conjunta não parece explicar a exacerbação da sintomatologia ansiosa (Liu et al., 2018). Dado que a ansiedade é uma característica diagnóstica do MdP (Mutsaers et al., 2020), o seu diagnóstico poderá confundir-se com o de MdP, podendo isto justificar a menor força de associação entre estas variáveis.

4. Relações da Autocompaixão com o Medo de Progressão da Doença

Através da análise da relação da autocompaixão com o MdP confirmou-se a **Hipótese 6**, que previa que doentes oncológicos com níveis elevados de autocompaixão apresentassem níveis inferiores de MdP, constatando-se uma associação inversa e moderada entre estas variáveis, $r(90) = -.49$, $p = < .001$, à semelhança do estudo de Zhu e colaboradores (2022). Explorou-se ainda a relação entre as componentes da autocompaixão e o MdP, apresentando todas as componentes valores estatisticamente significativos à exceção da componente humanidade comum (ver tabela 7). Encontrou-se uma relação direta entre o polo negativo da autocompaixão e o MdP, indicando que as doentes com níveis superiores de autocrítica, isolamento e sobreidentificação evidenciam também níveis superiores de MdP. Verificou-se ainda a existência de uma relação significativa inversa com a bondade amorosa e com o *mindfulness*, relações essas não encontradas por Zhu e colaboradores (2022), significando que as doentes que mantêm uma consciência equilibrada perante os próprios pensamentos e sentimentos dolorosos e que compreendem o próprio sofrimento, demonstrando uma atitude sem julgamentos e de aceitação para consigo, apresentam níveis inferiores de MdP.

Estes resultados parecem sugerir, mais uma vez, que a autocompaixão poderá funcionar como um fator protetor e potenciador do ajustamento psicológico à doença. Porém, o ver a própria experiência como parte de uma experiência maior não parece contribuir para o nível de MdP, podendo isto dever-se ao facto desta ser uma doença que ameaça a própria vida.

Tabela 7

Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a Autocompaixão e o MdP (N = 90)

	MdP
Autocompaixão Total	-.49**
Bondade Amorosa	-.27*
Humanidade Comum	-.20
<i>Mindfulness</i>	-.37**
Autocrítica	.38**
Isolamento	.58**
Sobreidentificação	.50**

Nota: Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold. * $p < .05$; ** $p < .01$

5. Relação da Autocompaixão e do Medo de Progressão da Doença com a Qualidade de Vida

No que se refere à QdV constatou-se a existência de uma associação direta da autocompaixão com a faceta geral da QdV bem como com todos os seus domínios (ver tabela 8), indicando que as doentes com níveis superiores de autocompaixão também possuem níveis superiores de QdV. Destas associações a mais fraca foi entre a autocompaixão e o domínio das relações sociais, $r(93) = .33, p = < .001$, e a mais forte com o domínio psicológico, $r(93) = .69, p = < .001$. Através destes resultados tornou-se possível confirmar a **Hipótese 7**, que previa que quanto mais elevado o nível de autocompaixão mais elevada a QdV, corroborando assim as evidências de estudos prévios (e.g., Abdollahi et al., 2020; Elahi et al., 2022; Garcia et al., 2021; Zhu et al., 2019).

Quanto ao MdP verificou-se a existência de uma associação inversa com a faceta geral da QdV e com todos os seus domínios (ver tabela 8), sugerindo que as doentes que possuem um nível de MdP superior também possuem níveis inferiores de QdV. A associação mais fraca foi encontrada com o domínio do ambiente, $r(89) = -.33, p = .001$, e a mais forte com a faceta geral, $r(89) = -.49, p = < .001$. Estes resultados confirmaram a **Hipótese 8**, que previa que quanto mais elevado o MdP menor a QdV, e coadunam-se com os estudos de Dinkel e Herschbach (2018), Silva e colaboradores (2022) e Yang e colaboradores (2019).

Tabela 8

Valores do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson (r) entre a QdV, Autocompaixão e o MdP

	N	Autocompaixão	N	MdP
QdV				
Faceta Geral	92	.50**	89	-.49**
D. Físico	93	.43**	90	-.42**
D. Psicológico	93	.69**	90	-.38**
D. Relações sociais	93	.33**	90	-.43**
D. Ambiente	92	.45**	89	-.33**

Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold. * $p < .05$; ** $p < .01$

Por fim, para aprofundar estas relações e com o objetivo de perceber quais os preditores da QdV, através da regressão linear múltipla, analisaram-se modelos para a predição da QdV geral e para cada um dos seus domínios (ver tabela 9). Os modelos analisados tiveram como preditores a autocompaixão total e o MdP, e mostraram ser todos estatisticamente

significativos, sendo o modelo da QdV psicológica aquele que apresentou uma maior percentagem de variância explicada – cerca de 46% – e tendo apenas a autocompaixão mostrado ser um preditor significativo, apresentando uma contribuição única de 32% da variância explicada pelo modelo. Os modelos para a faceta geral da QdV e para os seus domínios físico, das relações sociais e do ambiente explicaram 32%, 23%, 18% e 20% da variância, respetivamente.

Para a faceta geral da QdV e para o domínio físico quer a autocompaixão quer o MdP mostraram ser preditores significativos, sendo em ambos os modelos a autocompaixão o preditor com maior impacto, apresentando contribuições únicas, respetivamente, de 9% e 7%.

Para o domínio ambiente, a autocompaixão foi o único preditor significativo, podendo-lhe ser atribuído 11% da variância da QdV explicada pelo modelo.

Para o domínio das relações sociais constatou-se que apenas o MdP foi um preditor significativo, explicando 10% da variância total do modelo.

Tabela 9

Modelos preditores da QdV

Variáveis	R ²	R ² _{adj}	B	t	p	Correlação parcelar	Correlação Parcelar ² (%)
Modelo Faceta Geral: R = .58, F (2, 88) = 21.20, p < .001							
	.33	.32					
Autocompaixão			.34	3.39	.001	.30	.09 (9%)
MdP			-.32	-3.21	.002	-.28	.08 (8%)
Modelo Domínio Físico: R = .49, F (2, 89) = 14.07, p < .001							
	.24	.23					
Autocompaixão			.30	2.83	.006	.26	.07 (7%)
MdP			-.27	-2.56	.012	-.24	.06 (6%)
Modelo Domínio Psicológico: R = .69, F (2, 89) = 39.12, p < .001							
	.47	.46					
Autocompaixão			.66	7.38	<.001	.57	.32 (32%)
MdP			-.06	-0.69	.494	-.05	.003 (0.3%)
Modelo Domínio Relações Sociais: R = .45, F (2, 89) = 10.92, p < .001							
	.20	.18					
Autocompaixão			.15	1.40	.164	.13	.02 (2%)
MdP			-.35	-3.22	.002	-.31	.10 (10%)
Modelo Domínio Ambiente: R = .47, F (2, 88) = 12.02, p < .001							
	.22	.20					
Autocompaixão			.38	3.45	<.001	.33	.11 (11%)
MdP			-.15	-1.38	.171	-.13	.02 (2%)

A autocompaixão aparece assim como um preditor estatisticamente significativo da QdV geral e de todos os seus domínios, com exceção do domínio das relações sociais. A ausência de

predição no domínio das relações sociais poderá eventualmente dever-se ao conteúdo dos itens que avaliam este domínio da QdV, e que integra questões relacionadas com os “outros”, como a satisfação com as relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio recebido dos amigos. De facto, as relações sociais resultam de interações e de relações interpessoais que ocorrem entre indivíduos, grupos e/ou comunidades (Bagnall et al., 2017), no entanto a autocompaixão é um constructo psicológico mais direccionado para o “eu”, ou seja, relativo à capacidade de ser bondoso para consigo, de gerir o próprio sofrimento através de uma atitude não julgadora da própria dor, percecionando as próprias experiências em conexão com as experiências dos outros. Realça-se ainda a importância da autocompaixão para a promoção da QdV psicológica nestas doentes ($B = .66$, $t = 7.38$, $p < .001$), uma vez que o diagnóstico oncológico tem frequentemente diversas consequências psicológicas negativas, que exigem a adaptação a potenciais perdas, ameaças e incertezas. Ao diminuir o impacto das potenciais dificuldades, a autocompaixão poderá potenciar a QdV destas doentes, promovendo não só a QdV psicológica como também a QdV geral, física e ambiental, como revelado pelo seu poder preditivo.

O MdP predisse a faceta geral da QdV e os domínios físico e das relações sociais, excetuando-se os domínios psicológico e ambiente. Assim o MdP, por poder encontrar-se presente em doenças de origem física, e não psicológicas, poderá relacionar-se mais com a percepção de saúde física e com aspetos físicos inerentes à vivência do cancro. Assim o possível autofoco excessivo nos aspetos físicos poderá explicar o facto do MdP não predizer a QdV psicológica, visto este medo se relacionar mais com esses aspetos físicos, os quais se constituem como ameaças reais e visíveis para os doentes e podem originar preocupações frequentes que funcionam como lembretes da possível recorrência ou progressão da doença. Já a ausência de predição ao nível da QdV ambiental poderá dever-se ao conteúdo dos itens que avaliam este domínio, os quais integram questões relacionadas, por exemplo, com a satisfação com os meios de transportes e com o local de habitação. O MdP parece não abranger as questões ambientais, direccionando-se mais para aspetos relacionados com a própria doença.

Para os domínios da QdV – psicológico e ambiente – em que só a autocompaixão se revelou um preditor significativo, analisaram-se mais dois modelos para aprofundar a contribuição de cada uma das componentes da autocompaixão para a QdV (ver tabela 10). Os dois modelos mostraram ser estatisticamente significativos, explicando o conjunto dos seis preditores 48% da variação da QdV do domínio psicológico e 26% da variação da QdV do domínio ambiente. No domínio psicológico a autocritica e o isolamento mostraram ser preditores com contribuições únicas estatisticamente significativa, explicando respetivamente 4% e 3% da variância total do modelo. Analogamente, ao nível do domínio ambiente apenas a

autocrítica e o isolamento mostraram ser preditores com contribuições únicas significativas, encontrando-se o isolamento no limite da significância estatística. A autocrítica explicou 6% e o isolamento 3% da variância total do modelo. Assim, as doentes que revelaram uma maior autocrítica e isolamento evidenciaram uma QdV psicológica e ambiental pior, revelando a necessidade de se potenciar a autorresposta compassiva, que visa que as doentes se apoiem através de uma atitude de autobondade, autopreocupação e de conexão com os outros, e diminuam o próprio sofrimento ao serem menos autocríticas e ao experienciarem menos sentimentos de isolamento e de sobreidentificação com a própria dor.

Tabela 10

Modelos preditores dos domínios psicológico e ambiental da QdV

Variáveis	R ²	R ² _{adj}	B	t	p	Correlação parcelar	(Correlação parcelar) ² (%)
Modelo Domínio Psicológico: R = .72, F (6, 92) = 15.37, p < .001							
	.52	.48					
Bondade amorosa			.14	1.21	.230	.09	.01 (1%)
Humanidade comum			-.03	-0.26	.799	-.02	.0004 (.04%)
<i>Mindfulness</i>			.10	0.77	.443	.06	.004 (.4%)
Autocrítica			-.33	-2.59	.011	-.19	.04 (4%)
Isolamento			-.27	-2.12	.037	-.16	.03 (3%)
Sobreidentificação			-.02	-0.17	.867	-.01	.0001 (.01%)
Modelo Domínio Ambiente: R = .54, F (5,91) = 7.19, p < .001							
	.30	.25					
Bondade amorosa			.03	0.25	.807	.02	.0004 (.04%)
<i>Mindfulness</i>			.16	1.09	.278	.10	.01 (1%)
Autocrítica			-.42	-2.72	.008	-.25	.06 (6%)
Isolamento			-.30	-1.99	.050	-.18	.03 (3%)
Sobreidentificação			.34	1.97	.053	.18	.03 (3%)

IV. Conclusão

O presente estudo pretendeu aprofundar conhecimentos na área da Psico-oncologia, especificamente sobre a QdV de doentes oncológicas e sua relação com a autocompaixão e o MdP. Concluiu-se que estas doentes apresentam níveis elevados de MdP, apresentam também níveis elevados de autocompaixão no polo positivo e baixos no polo negativo, comparativamente aos valores da população saudável, bem como níveis mais elevados de QdV geral e nos domínios físico e ambiente do que a população doente em geral. Portanto, apesar do medo que sentem relativo à possibilidade de progressão da sua doença, estas doentes conseguem mesmo assim ser compreensivas e bondosas consigo próprias, integrando o

sofrimento como uma experiência humana comum, sem se sobreidentificarem com os pensamentos e sentimentos relacionados com as próprias dores, mobilizando uma resposta autocompassiva que contribui para a sua QdV.

No âmbito das relações da autocompaixão e do MdP com variáveis sociodemográficas e clínicas encontraram-se diferenças significativas nas doentes que apresentam metástases e que se encontram em tratamentos, que evidenciaram uma autocompaixão mais elevada sugerindo curiosamente que a vivência do sofrimento, inerente à presença de metástases e à fase de tratamentos, poderá contribuir para o desenvolvimento da autocompaixão. Ademais, constatou-se que as doentes mais velhas evidenciam uma menor tendência para a autocrítica e para a sobreidentificação, podendo esta tendência dever-se à sua maior experiência de vida e maturidade emocional. Também se verificou um MdP superior nas doentes que receberam acompanhamento psicológico/psiquiátrico, podendo este resultado ser eventualmente explicado pelo facto das doentes que recorrem à intervenção serem as que apresentariam mais MdP, e de ainda poder não ter decorrido tempo de intervenção suficiente para fazer diminuir esse medo, sendo no entanto necessário um aprofundamento futuro desta possível explicação. Dada a escassez de estudos ao nível da relação da autocompaixão e do MdP com variáveis sociodemográficas e clínicas realça-se a necessidade de mais estudos, para se reforçar resultados e esclarecer algumas inconsistências com estudos anteriores

Neste estudo as doentes com níveis elevados de autocompaixão apresentaram níveis baixos de ansiedade e de depressão e as doentes com níveis elevados de MdP evidenciaram níveis elevados destas mesmas psicopatologias, corroborando estudos prévios e sugerindo que a autocompaixão poderá contribuir para a gestão de problemas de foro psicopatológico, como a ansiedade e a depressão, enquanto o MdP como experiência intensa, complexa e difícil poderá exacerbá-los. Também se constatou que o polo negativo da autocompaixão se associa a indicadores de funcionamento psicológico negativo, i.e., a níveis superiores de ansiedade e de depressão, o que poderá dever-se ao facto dos itens integrantes do polo negativo medirem características relacionadas com a psicopatologia. Ademais constatou-se que a depressão apresenta uma correlação mais forte com o MdP, comparativamente à ansiedade.

Este estudo revelou ainda que as doentes com níveis elevados de autocompaixão revelam níveis inferiores de MdP, podendo sugerir-se um potencial efeito “protetor” da autocompaixão sobre o MdP. Porém, dada a escassez de estudos sobre esta relação salienta-se a necessidade de um maior aprofundamento da relação entre estas variáveis.

Verificou-se ainda que a autocompaixão parece contribuir para uma maior QdV, tendo um peso mais significativo ao nível do seu domínio psicológico, e que as doentes com níveis

mais elevados de MdP evidenciaram uma menor QdV, revelando desta forma o potencial efeito nefasto do MdP na QdV. Ao nível da identificação de preditores nas diversas dimensões da QdV constatou-se que a autocompaixão revela contribuições únicas em quase todas as dimensões da QdV – em especial no domínio psicológico -, constituindo-se num recurso importante para a promoção da QdV ao contribuir para o ajustamento psicológico.

O MdP também predisse a maioria dos domínios da QdV, excetuando-se os domínios psicológico e do ambiente, que foi apenas predito pela autocompaixão. Quanto a esses domínios - psicológico e ambiente -, constatou-se que, ao nível das componentes da autocompaixão, a autocrítica e o isolamento são os únicos preditores de ambos estes domínios, sublinhando mais uma vez a necessidade do desenvolvimento de uma atitude autocompassiva.

Este estudo apresentou algumas limitações relacionadas com a amostra e com o procedimento de recolha de dados, nomeadamente: ter incluído apenas doentes do género feminino; não se terem recolhido dados sobre outras doenças crónicas comórbidas; e não se ter podido controlar algumas características clínicas dos participantes (e.g., tipo de cancro, tipo de tratamento realizado, tempo desde o diagnóstico).

Em estudos futuros seria importante a realização de análises longitudinais, que permitissem estudar a autocompaixão e o MdP ao longo do tempo; e alargar as análises a outro tipo de doenças crónicas, de modo a permitir o estudo comparativo com outras doenças crónicas.

Por fim, realça-se o carácter inovador deste estudo ao analisar a relação conjunta da autocompaixão e do MdP na QdV de doentes oncológicas. Tendo as participantes deste estudo revelado que o MdP parece coexistir com uma elevada Autocompaixão e QdV, salienta-se a importância de uma atitude autocompassiva sobre o MdP e sobre a QdV. Não deixando de referir a necessidade de minimizar o MdP, sublinha-se a importância da promoção de estratégias de autocompaixão na intervenção em Psico-oncologia, dado o seu impacto na adaptação à doença oncológica e na promoção da QdV.

Referências Bibliográficas:

- Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 29(5), 927-933. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>
- Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., & Sales, C. M. (2019). Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical psychology review*, 68, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.001>
- Austin, J., Drossaert, C. H. C., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Kirby, J. N., & Bohlmeijer, E. T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: A mixed methods systematic review. *Psychology & health*, 36(1), 16-42. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699090>
- Bagnall, A., South, J., Di Martino, S., Mitchell, B., Pilkington, G., & Newton, R. (2017). Systematic scoping review of reviews of the evidence for “what works to boost social relations” and its relationship to community wellbeing. *European Journal of Public Health*, 27(3), 1-70. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.157>
- Bennett D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study?. *Australian and New Zealand journal of public health*, 25(5), 464–469. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x>
- Bergerot, C. D., Ferreira, L. N., Molina, L. N. M., Pagung, L. B., Pedersen, B. D. S., de Andrade, T. G., Machado, R. H. I., Freitas, A. N. S., Barreto, L. H. C. T., de Araujo, L. L., Tumeh, I. B. R. G., Vieira, N. B. S., Lee, D., Philip, E. J., Neto, J. N. M., Buso, M. M., Simard, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Bergerot, P. G., ... Smith, A. B. (2023). Fear of cancer recurrence among Brazilian patients with cancer: Translation and cultural adaptation of FCR4/7 and FCRI-SF measures. *Journal of psychosomatic research*, 165, 111125. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111125>
- Calderon, C., Gustems, M., Galán-Moral, R., Muñoz-Sánchez, M. M., Ostios-García, L., & Jiménez-Fonseca, P. (2024). Fear of Recurrence in Advanced Cancer Patients: Sociodemographic, Clinical, and Psychological Correlates. *Cancers*, 16(5), 909. <https://doi.org/10.3390/cancers16050909>
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas

- na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, (54), 203-230. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Chen, W. Y., Wang, S., Peng, X., & Zhu, Y. (2022). Trait emotional intelligence and quality of life among breast cancer patients: The mediating role of fear of cancer recurrence. *International journal of nursing practice*, 28(4), 1-9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12953>
- Chen, F., Ou, M., Xiao, Z., & Xu, X. (2024). Trajectories of fear of cancer recurrence and its influence factors: A longitudinal study on Chinese newly diagnosed cancer patients. *Psycho-Oncology*, 33(1), 1-9. <https://doi.org/10.1002/pon.6271>
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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>
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018). Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. In U. Goerling & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 13-33). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Elahi, A. A., Nouri, R., & Hazrati, S. (2022). Evaluation of quality of life prediction based on spiritual well being with the role of self-compassion modifier in patients with cancer in Isfahan Province, Iran. *International Journal of Body, Mind & Culture*, 9(special issue), 138–146. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v9isp.370>
- Garcia, A. C. M., Junior, J. B. C., Sarto, K. K., da Silva Marcelo, C. A., das Chagas Paiva, E. M., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2021). Quality of life, self-compassion and mindfulness in cancer patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *European Journal of oncology nursing*, 51, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101924>
- Götze, H., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2019). Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*, 28(10), 2033-2041. <https://doi.org/10.1002/pon.5188>
- 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: Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 505-511. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>

- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*, 12, 1597-1610. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01602-y>
- James, C., Brunckhorst, O., Eymech, O., Stewart, R., Dasgupta, P., & Ahmed, K. (2022). Fear of cancer recurrence and PSA anxiety in patients with prostate cancer: a systematic review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(7), 5577–5589. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06876-z>
- Jitender, S., Mahajan, R., Rathore, V., & Choudhary, R. (2018). Quality of life of cancer patients. *Journal of experimental therapeutics & oncology*, 12(3), 217–221.
- Karakasidou, E., Raftopoulou, G., & Stalikas, A. (2020). Investigating differences in self-compassion levels: Effects of gender and age in a Greek adult sample. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(1), 164-177. https://doi.org/10.12681/psy_hps.25344
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparel, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, 52(3), 607-625. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*, 39(6), 623-628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., Rutkowski, N., Ta, V., Trudel, G., Laflamme, S. Z., Lavigne, A. A., & Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PloS one*, 15(7), 1-48. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
- Lim, E., & Humphris, G. (2020). The relationship between fears of cancer recurrence and patient age: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Reports*, 3(3), 1-14. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1235>
- Liu, J., Peh, C. X., Simard, S., Griva, K., & Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: the interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression

- and anxiety symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 111, 120-126.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.004>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., & Afyanti, Y. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(6), 879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- Lyden, D., Ghajar, C. M., Correia, A. L., Aguirre-Ghiso, J. A., Cai, S., Rescigno, M., Zhang, P., Hu, G., Fendt, S. M., Boire, A., Weichselbaum, R. R., & Katipally, R. R. (2022). Metastasis. *Cancer cell*, 40(8), 787–791. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2022.07.010>
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., & Koch, U. (2006). Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen-Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF/Fear of progression in breast cancer patients–validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274-288. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.3.274>
- Misurya, I., Misurya, P., & Dutta, A. (2020). The effect of self-compassion on psychosocial and clinical outcomes in patients with medical conditions: A systematic review. *Cureus*, 12(10), 1-17. <https://doi.org/10.7759/cureus.10998>
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 373–383. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., & Thewes, B. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: an international Delphi study. *Psycho-Oncology*, 29(2), 430-436.
<https://doi.org/10.1002/pon.5283>
- National Cancer Institute. (s.d.). *Side effects of cancer treatment*.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects>
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D. (2022). The differential effects fallacy in the study of self-compassion: Misunderstanding the nature of bipolar continuums. *Mindfulness*, 13(3), 572-576. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01832-8>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., Williamson, Z., Rohleder, N., Tóth-Király, I., & Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and identity*, 17(6), 627-645. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1436587>
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L. M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., Guo, H. X., Hirsch, J. K., Hupfeld, J., Hutz, C. S., Kotsou, I., Lee, W. K., Montero-Marin, J., Sirois, F. M., de Souza, L. K., Svendsen, J. L., Wilkinson, R. B., & Mantzios, M. (2019). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 31(1), 27–45. <https://doi.org/10.1037/pas0000629>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>
- Pallant, J. (2016). *Spss survival manual: A step by step guide to data analysis using spss* (6th ed.). Mc Graw Hill Education.
- Pang, C., & Humphris, G. (2021). The relationship between fears of cancer recurrence and patient gender: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.640866>

- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: A resource for positive aging. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 529–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- 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), 1-10. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122466>
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., van Helmond, S. J., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the fear of cancer recurrence inventory (FCRI). *Psychology research and behavior management*, 1257-1268. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S231577>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). Pearson.
- Tóth-Kiraly, I., & Neff, K. D. (2021). Is self-compassion universal? Support for the measurement invariance of the Self-Compassion Scale across populations. *Assessment*, 28(1), 169-185. <https://doi.org/10.1177/1073191120926232>
- Tran, T. X. M., Jung, S.-Y., Lee, E.-G., Cho, H., Kim, N. Y., Shim, S., Kim, H. Y., Kang, D., Cho, J., & Lee, E. (2022). Fear of cancer recurrence and its negative impact on health-related quality of life in long-term breast cancer survivors. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*, 54(4), 1065-1073. <https://doi.org/10.4143/crt.2021.835>
- van der Donk, L. J., Fleer, J., Tovote, A., Ranchor, A. V., Smink, A., Mul, V. E., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2020). The role of mindfulness and self-compassion in depressive symptoms and affect: A Comparison between cancer patients and healthy controls. *Mindfulness*, 11, 883-894. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01298-1>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%c3%a9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Wei, L., Xie, J., Wu, L., Yao, J., Zhu, L., & Liu, A. (2023). Profiles of self-compassion and psychological outcomes in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 32(1), 25-33. <https://doi.org/10.1002/pon.5931>

- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- WHOQOL Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
<https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- World Health Organization. (2022a, fevereiro). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization. (2022b, fevereiro). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/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>
- Yang, Y., Li, W., Wen, Y., Wang, H., Sun, H., Liang, W., Zhang, B., & Humphris, G. (2019). Fear of cancer recurrence in adolescent and young adult cancer survivors: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 28(4), 675-686.
<https://doi.org/10.1002/pon.5013>
- Zhu, L., Yao, J., Wang, J., Wu, L., Gao, Y., Xie, J., Liu, A., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2019). The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1918-1925. <https://doi.org/10.1002/pon.5174>
- Zhu, L., Wang, J., Liu, S., Xie, H., Hu, Y., Yao, J., Ranchor, A. V., Schroevers, M. J., & Fleer, J. (2020). Self-compassion and symptoms of depression and anxiety in Chinese cancer patients: The mediating role of illness perceptions. *Mindfulness*, 11, 2386-2396.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01455-x>
- Zhu, L., Wei, L., Xiaomin, Y., Zhao, J., Yu, Y., Sun, S., Wang, X., Yao, J., & Xie, J. (2022). Self-compassion and fear of cancer recurrence in Chinese breast cancer patients: The mediating role of maladaptive cognitive styles. *Psycho-oncology*, 31(12), 2185–2192.
<https://doi.org/10.1002/pon.6070>

ANEXOS

Anexo A: Parecer favorável do projeto pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (Ref.º 2023/09-01)

A Comissão de Ética (CdE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo examinado os documentos do projeto de investigação denominado «*Qualidade de Vida em pacientes oncológicos: o papel da auto compaixão e do medo de progressão da doença*», submetidos para apreciação ética pela mestranda Ana Sofia Cruz e com orientação da Prof.ª Doutora Leonor Lencastre, emite um **parecer favorável** à realização da pesquisa. A CdE informa que não aprova projetos, mas emite pareceres. Pelo facto, solicita que:

Na Informação aos participantes, se altere a expressão “aprovado pela Comissão de Ética”, substituindo-a por “teve parecer favorável da Comissão de Ética”.

Sugere ainda que, à semelhança das restantes escalas, a escala de auto compaixão omita esta designação por extenso (podendo, à semelhança das restantes, ser identificada por sigla).

Parecer favorável

A CdE é favorável à realização do projeto.

FPCEUP, 08 de novembro de 2023

A Presidente da CdE,

Prof.ª Doutora Carlinda Leite

Anexo B: Informação ao participante

Por favor, leia a informação que se segue com atenção.

Caro/a Senhor/a,

O questionário que se segue insere-se num projeto de investigação cujo objetivo passa por explorar e analisar o papel da autocompaixão e do medo de progressão da doença na qualidade de vida de pessoas com diagnóstico oncológico/cancro. Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A participação no estudo envolve a resposta a um questionário que tem uma duração estimada de 15 minutos.

Para participar do mesmo deverá ter ou ter tido um diagnóstico de doença oncológica/cancro assim como uma idade igual ou superior a 18 anos e nacionalidade portuguesa. A sua participação é de carácter voluntário, dispondo de tempo para refletir sobre o pedido de participação e para solicitar a opinião de familiares e/ou amigos, se assim o entender. A participação não implica qualquer tipo de risco acrescido para si e poderá desistir a qualquer momento (fechando o browser da internet).

A informação por si transmitida será anónima e confidencial, sendo apenas usada no âmbito deste estudo. Os dados recolhidos serão armazenados numa base de dados para posterior tratamento estatístico, à qual apenas a equipa de investigação deste estudo terá acesso. Os dados serão tratados de forma agrupada (ou seja, integrando as respostas de todos os participantes) e só serão guardados durante o tempo em que a investigação em curso estiver a decorrer, finda a qual serão destruídos.

O objetivo do tratamento dos dados por si fornecidos prendem-se exclusivamente com os objetivos desta investigação. Posteriormente, os resultados obtidos podem ser publicados em revistas científicas, sendo sempre garantido o seu anonimato.

Se tiver alguma dúvida, quiser obter os resultados globais do estudo ou sentir a necessidade de apoio psicológico, por favor contacte as investigadoras do projeto, através do email up201904250@up.pt

Obrigada pela sua colaboração,
Ana Sofia Cruz

Anexo C: Consentimento informado

Ao prosseguir, estou a declarar que tenho uma idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade portuguesa e que tenho ou tive um diagnóstico de doença oncológica/cancro. Declaro, ainda, que li e compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a participação no estudo, o qual visa explorar e analisar o papel da autocompaixão e do medo de progressão da doença na qualidade de vida de pessoas com diagnóstico oncológico. Foi-me indicado que o tempo estimado para a resposta ao questionário é de aproximadamente 15 minutos e fui informado/a da possibilidade de solicitar informações adicionais, se assim o considerar necessário. Fui informado/a que a informação por mim fornecida é voluntária, confidencial e anónima. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar ou desistir de participar no estudo, a qualquer momento.

Deste modo, aceito participar neste estudo, permitindo a recolha, armazenamento e tratamento dos dados por mim fornecidos de forma voluntária, assim como a sua consequente divulgação na comunidade científica, estando assegurados os princípios de confidencialidade e anonimato.

Anexo D: Questionário Sociodemográfico e clínico

Concelho de residência _____

Idade: _____ anos

Sexo: Feminino ☐; Masculino ☐; Outro: _____

Estado civil: Solteiro(a) ☐; Casado/União de facto ☐; Divorciado/Separado ☐; Viúvo ☐

Nível de escolaridade:

- Menos de 4 anos de escolaridade ☐
- 1º Ciclo completo do ensino Básico (4º ano de escolaridade) ☐
- 2º Ciclo completo do ensino Básico (6º ano de escolaridade) ☐
- 3º Ciclo completo do ensino Básico (9º ano de escolaridade) ☐
- Ensino secundário completo (12º ano de escolaridade) ☐
- Ensino Superior Licenciatura completa ☐
- Ensino Superior Mestrado completo ☐
- Ensino Superior Doutoramento completo ☐

Número de anos de escolaridade _____ anos

Profissão: _____

Situação profissional:

- Ativo(a) ☐
- De baixa médica ☐
- Desempregado(a) ☐
- Reformado(a) ☐

Tipo de cancro diagnosticado: _____

Em que ano teve o diagnóstico de cancro: _____

Apresenta metástases? Sim ☐ Não ☐

Fase da doença: Diagnóstico ☐ Tratamento ☐ Pós tratamento ☐ Recidiva ☐

Tratamentos realizados:

- Cirurgia ☐ → Ainda em curso ☐ Finalizado ☐
- Quimioterapia ☐ → Ainda em curso ☐ Finalizado ☐
- Radioterapia ☐ → Ainda em curso ☐ Finalizado ☐
- Hormonoterapia ☐ → Ainda em curso ☐ Finalizado ☐
- Outro - Qual? _____ → Ainda em curso ☐ Finalizado ☐

Teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no período da doença oncológica? Sim ☐

Não ☐