

Universidades Lusíada

Silva, Andreia Filipa Manuel, 1999-

Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama

<http://hdl.handle.net/11067/7585>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

O presente estudo pretende explorar três variáveis referentes ao cancro da mama, mais especificamente o medo face à Covid-19, o suporte social e a ansiedade, sendo estas o foco da investigação. O principal objetivo prende-se na compreensão do impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama. De modo a recolher os dados necessários foram utilizados três instrumentos, um referente ao medo face à Covid-19, a Escala de medo face à Covid-19, outro refere...

The present study aims to explore three variables related to breast cancer, more specifically fear in the face of Covid-19, social support, and anxiety, which are the focus of the investigation. The main objective is to understand the impact of fear in the face of Covid-19 on the social support and anxiety of women with breast cancer. In order to collect the necessary data, three instruments were used, one referring to fear of Covid-19, the Fear of Covid-19 Scale, another referring to social sup...

Palavras Chave

Mama - Cancro - Pacientes - Aspectos psicológicos, COVID-19 (Doença) - - Aspectos sociais, COVID-19 (Doença) - Aspectos psicológicos, Ansiedade na mulher

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-18T13:29:48Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social
e na ansiedade de mulheres com cancro da mama**

Realizado por:
Andreia Filipa Manuel Silva

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Dissertação aprovada em: 05 de setembro de 2024

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama

Andreia Filipa Manuel Silva

Lisboa

Abril 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de
mulheres com cancro da mama**

Andreia Filipa Manuel Silva

Lisboa

Abril 2024

Andreia Filipa Manuel Silva

Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Abril 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Andreia Filipa Manuel Silva
Orientadora Prof.^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SILVA, Andreia Filipa Manuel, 1999-

Impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama / Andreia Filipa Manuel Silva ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Mama - Cancro - Pacientes - Aspectos psicológicos
2. COVID-19 (Doença) - Aspectos sociais
3. COVID-19 (Doença) - Aspectos psicológicos
4. Ansiedade na mulher
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Breast - Cancer - Patients - Psychological aspects.
2. COVID-19 (Disease) - Social aspects
3. COVID-19 (Disease) - Psychological aspect
4. Anxiety in women
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC280.B8 S55 2024

Resumo

O presente estudo pretende explorar três variáveis referentes ao cancro da mama, mais especificamente o medo face à Covid-19, o suporte social e a ansiedade, sendo estas o foco da investigação. O principal objetivo prende-se na compreensão do impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama. De modo a recolher os dados necessários foram utilizados três instrumentos, um referente ao medo face à Covid-19, a Escala de medo face à Covid-19, outro referente ao suporte social, a escala de Satisfação com o Suporte Social, e por último outro referente à ansiedade, o Inventário de Ansiedade de Beck. A amostra (n=58) foi constituída por um conjunto de indivíduos do sexo feminino, entre os 20 e 65 anos de idade, detentores de doença oncológica, mais especificamente cancro da mama. Os resultados obtidos sugerem que a amostra em estudo revela níveis médios de medo face à Covid-19, explicados como resultado das consequências psicológicas da pandemia verificadas na saúde mental da população; níveis moderados de ansiedade, assim como níveis intermédios de satisfação com o suporte social percebido, interpretados mediante as suscetibilidades inerentes ao cancro da mama, o receio da exposição ao vírus, o isolamento social e o decréscimo de disposição e energia na realização de atividades.

Palavras-chave: Medo; Covid-19; Suporte Social; Ansiedade; Cancro da Mama; Mulheres.

Abstract

The present study aims to explore three variables related to breast cancer, more specifically fear in the face of Covid-19, social support, and anxiety, which are the focus of the investigation. The main objective is to understand the impact of fear in the face of Covid-19 on the social support and anxiety of women with breast cancer. In order to collect the necessary data, three instruments were used, one referring to fear of Covid-19, the Fear of Covid-19 Scale, another referring to social support, the Satisfaction with Social Support scale, and finally another referring to anxiety, the Beck Anxiety Inventory. The sample (n=58) consisted of a group of female individuals, between 20 and 65 years of age, with an oncological disease, more specifically breast cancer. The results obtained suggest that the sample under study reveals average levels of fear regarding Covid-19, explained as a result of the psychological consequences of the pandemic verified on the mental health of the population; moderate levels of anxiety, as well as intermediate levels of satisfaction with perceived social support, interpreted through the susceptibilities inherent to breast cancer, fear of exposure to the virus, social isolation and decreased disposition and energy when carrying out activities.

Keywords: Fear; Covid-19; Social Support; Anxiety; Breast Cancer; Women.

Lista de Tabelas

Tabela 1	64
Tabela 2	70
Tabela 3	72
Tabela 4	72
Tabela 5	73
Tabela 6	74
Tabela 7	75
Tabela 8	76
Tabela 9	77
Tabela 10	78
Tabela 11	79
Tabela 12	79
Tabela 13	80
Tabela 14	80
Tabela 15	81
Tabela 16	81

Lista de Figuras

Figura 1.....	86
---------------	----

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AS- Atividades Sociais

BAI- Beck Anxiety Inventory

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

IN- Intimidade

SA- Satisfação com os Amigos

SF- Satisfação com a Família

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Índice

<i>Introdução</i>	12
<i>Enquadramento Teórico</i>	15
Saúde Mental e Doença Oncológica.....	15
Fatores de Impacto na Doença Oncológica	26
<i>Fatores Contextuais</i>	26
<i>Fatores de Saúde Mental</i>	29
<i>Fatores Relacionais</i>	48
Modelo de Crenças na Saúde.....	58
<i>Objetivos</i>	62
<i>Método</i>	63
Participantes.....	63
Instrumentos	65
<i>Questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos</i>	65
<i>Questionário de Medo face à Covid-19</i>	65
<i>Questionário de Satisfação com o Suporte Social</i>	66
<i>Questionário de Ansiedade</i>	67
Procedimentos de recolha de dados	68
<i>Resultados</i>	70
Resultados Descritivos	70
Resultados do estudo da associação entre a Ansiedade e o Medo face à Covid-19	72
Resultados do estudo da associação entre o Suporte Social e o Medo face à Covid-19	72

Resultados do estudo da associação entre o Suporte Social e a Ansiedade	73
Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Estado civil	73
Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função da Situação Profissional.....	74
Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Tratamento	75
Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função da Idade.....	76
Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Estádio da doença	77
Resultados do estudo dos preditores da variável Medo face à Covid-19	78
Resultados do estudo dos preditores da variável Ansiedade	79
Resultados do estudo dos preditores da variável Suporte Social.....	81
<i>Discussão</i>	82
<i>Referências</i>	91

Introdução

A pandemia Covid-19 apareceu de uma forma inesperada, afetando a vida do ser humano em vários domínios, desencadeando medo, insegurança e ansiedade em toda a população, incluindo nos doentes oncológicos. Os mesmos são encarados com uma realidade dupla, lutar contra o cancro e lutar contra a Covid-19, sendo inegável o impacto da pandemia nos cuidados de saúde, mais especificamente no tratamento e diagnóstico da doença oncológica.

A rotina diária da população sofreu impacto, sendo necessário criar mecanismos adaptativos de forma a lidar com a mudança vivida, relacionada com a forte necessidade de proteção em relação ao vírus, a privação da autonomia e dos contactos sociais (LPCC, 2020). Os tempos de pandemia são caracterizados por preocupações excessivas com as circunstâncias diárias da rotina de vida, o que aumenta significativamente a ansiedade. Algumas destas preocupações encontram-se relacionadas com o medo relativo ao futuro, ao resultado do teste da Covid-19, ao isolamento, assim como ao risco de contágio (Moura et al., 2018).

A compreensão das emoções sentidas através do autoconhecimento, e comprometimento pessoal com o bem-estar, seleccionando por exemplo os conteúdos transmitidos pelos média e rede sociais, permite a adoção de comportamentos adaptativos, mediante eventos impulsionadores de ansiedade e medo na pandemia Covid-19 (Moretti, et. al., 2020).

A pandemia originou grande medo e impacto em diversos fatores da vida humana, fatores esses que incluem o suporte social e a ansiedade. No presente estudo será analisado o impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres portadoras de doença oncológica, mais especificamente o cancro da mama. As três variáveis referidas acima serão o foco do presente estudo e vão ser abordadas ao longo de todo o enquadramento teórico.

O cancro da mama é o cancro mais preeminente no mundo, tendo sido diagnosticadas no ano de 2020, 2,3 milhões de mulheres, comprovando-se que esta patologia oncológica apresenta maior incidência sobre a população feminina (IARC - WHO, 2020).

O estudo nacional realizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, no ano de 2020, com uma amostra constituída por 948 doentes oncológicos/sobreviventes de cancro, com o principal objetivo de avaliar a perceção do impacto da pandemia Covid-19 em vários domínios da vida de doentes/sobreviventes oncológicos, averiguou que a maioria, tanto em fase ativa como sobrevivente, considera-se um doente de risco para a Covid-19, pela maior probabilidade de contágio e maior vulnerabilidade a complicações. Este mesmo estudo, possibilitou a compreensão do impacto da pandemia no acesso aos cuidados de saúde, sendo que 1 a 2 em cada 10 doentes tiveram algum tratamento suspenso durante este período, 2 em cada 10 doentes ponderaram suspender, por iniciativa própria (receio de se dirigirem aos serviços hospitalares), e 6 em cada 10 doentes sentiram medo do contágio por outros doentes ou profissionais de saúde, sendo o medo um fator de risco condicionante aos tratamentos necessários. Foi possível apurar níveis de ansiedade significativa em 3 em cada 10 doentes, na medida em que entre 15% e 22% de doentes necessitaram de recorrer a medicação ou a apoio psiquiátrico/psicológico durante a pandemia (LPCC, 2020).

O papel da psicoterapia no acompanhamento de mulheres com cancro da mama, tanto em mulheres casadas como solteiras, possibilita o aumento do suporte social e a eficiência do tratamento oncológico, diminuindo a sintomatologia ansiosa experienciada (Hopko et al., 2015).

A ansiedade pode ser caracterizada como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, tensão e desconforto, podendo existir um objeto específico ou não que explique tal estado psicológico. A mesma nem sempre é negativa e tem uma função adaptativa ao ser humano diante de situações adversas. O que diferencia a ansiedade normal da ansiedade

patológica, é a sua correta avaliação no que diz respeito à reação ansiosa, mais especificamente a sua duração, autolimitação, consequências físicas e se está relacionada com algum estímulo ou não (Allen, 1995; Swedo, 1994).

A ansiedade pode ser relacionada a uma determinada situação ou estar presente de forma constante na vida dos doentes, constatando-se que os doentes oncológicos apresentam mais índices de ansiedade do que doentes com outras patologias (Pagano et al., 2004).

Os pacientes de cancro da mama com perturbações de ansiedade têm piores níveis do estado global de saúde, pior funcionamento global, maior insatisfação com a imagem corporal, menor prazer sexual e apresentam uma maior severidade da sintomatologia oncológica, nomeadamente fadiga, dor, insónia, perda de apetite e sintomas gastrointestinais (Fatiregun et al., 2017).

O elevado risco comprovado nos pacientes com cancro da mama, implica a adoção de medidas mais rígidas que o comum, no sentido em que o isolamento social deve ser considerado em qualquer circunstância que possibilite a transmissão do vírus, apesar da diminuição de casos reportados, diminuindo deste modo o suporte social necessário e contribuindo para o aparecimento de complicações psicossomáticas (Kassianos, et al. 2021; Nowikiewicz, et al. 2022).

Devido ao findar da pandemia mundial e aos efeitos que advém da mesma, bem como à escassez de investigações relacionadas com o tema do estudo em causa na atualidade pós-covid, ressaltasse a necessidade de averiguar os efeitos das variáveis referidas anteriormente nas mulheres com cancro da mama, sendo este considerado um atual grupo de risco, uma vez que mesmo tendo passado algum tempo após o período pandémico, este continua a gerar influência sobre as variáveis psicológicas estudadas.

Enquadramento Teórico

Saúde Mental e Doença Oncológica

Uma doença crónica é uma doença marcada pela sua duradoura presença ao longo do tempo, assim como pela incapacidade que induz, seja essa incapacidade intensa ou de menor magnitude, resultando em alterações patológicas irreversíveis (Moss-Moris, 2013). O cancro é uma das doenças crónicas mais comuns, sendo provavelmente uma das condições mais temidas na sociedade contemporânea devido à forte conotação negativa que lhe é atribuída (Pereira & Matos, 2002).

O cancro é um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo, este consiste na proliferação anormal e descontrolada de células novas, que não são necessárias para o funcionamento normal do organismo. Este fenómeno juntamente com as células já existentes, denominadas células velhas dá origem a um tumor. Os tumores benignos não representam nenhuma ameaça para o corpo humano, ao contrário dos tumores malignos que podem resultar em cancros. Os últimos são considerados os mais graves, pois apesar da existência da possibilidade da sua remoção quando detetados a tempo, os mesmos podem voltar a crescer, vivenciando-se o perigo de morte (National Cancer Institute, 2020).

O cancro da mama é o cancro mais preeminente no mundo, sendo este o alvo do presente estudo. Através da observação da distribuição dos diversos tipos de cancro na população mundial, é possível assumir que o cancro da mama é o mais frequente e tem maior incidência sobre o género feminino (Ferlay et al., 2014).

No ano de 2020, foram diagnosticadas com cancro da mama 2,3 milhões de mulheres no mundo, e cerca de 685 000 não sobreviveram a esta doença (IARC - WHO, 2020). Em Portugal, são detetados cerca de 7 000 novos casos de cancro da mama por ano, onde 1 800

correspondem ao número de mortes associadas a um órgão que simboliza tanto a maternidade como a feminilidade (National Cancer Institute, 2023).

O cancro da mama é a condição mais prevalente entre as mulheres, sendo imprescindível a disponibilização de informações relativas à doença oncológica, provenientes de fontes fidedignas e apoiadas na evidência científica, a fim de preencher lacunas e corrigir conceitos erróneos preexistentes. A definição e classificação do cancro da mama, os fatores de risco, as manifestações da doença, os sinais de alarme, o rastreio e a abordagem diagnóstica, são alguns exemplos de conceitos referentes a esta temática, e através do seu conhecimento é possível obter vantagens significativas a médio e longo prazo na saúde das comunidades, reduzir o impacto da doença nas famílias e na sociedade em geral, e ao mesmo tempo otimizar o acesso aos serviços de saúde disponíveis (Paraíso et al., 2022).

O carcinoma mamário pode ser classificado como não invasivo (carcinoma lobular in situ) ou invasivo (carcinoma ductal in situ), dependendo se o tumor apresenta ou não capacidade para invadir o tecido mamário circundante e espalhar-se localmente ou distantemente por outros tecidos ou órgãos. O mesmo também pode ser classificado segundo a sua avaliação microscópica da diferenciação dos tecidos tumorais, e segundo o seu estágio clínico (com base nas propriedades anatómicas do tumor) (American Cancer Society, 2019; Chuba et al., 2005).

A doença ocorre assim num determinado período, e este é variável de pessoa para pessoa, sendo denominado de ciclo psico-oncológico. Esta definição implica um conjunto de estádios que dizem respeito às diferentes fases da intervenção médica (Patrão, 2008). Podemos distinguir cinco estádios do cancro da mama, tais como o estágio 0, correspondente ao carcinoma lobular in-situ (normalmente é realizada a cirurgia e alguns exames regulares) ou ao carcinoma ductal in-situ (é realizada cirurgia conservadora, onde mantém a mama, seguida de radioterapia), o estágio I e II, sendo estes os estádios iniciais onde existe a possibilidade de cura, desde que o diagnóstico seja realizado a tempo e que a paciente responda bem ao

tratamento (muitas vezes são removidos os gânglios linfáticos axilares ou realizada mastectomia), no estágio III o cancro transpõe os nódulos linfáticos e outros tecidos mamários, mas não para outros locais do corpo (faz-se geralmente quimioterapia e mastectomia), por último o estágio IV, considerado avançado, denominado de cancro da mama metastático, é caracterizado pela propagação do cancro noutros locais do corpo como o fígado, pulmões, ossos, cérebro e outros tecidos (faz-se terapêutica hormonal, quimioterapia, imunoterapia, radiação e muitas pessoas recebem apenas cuidados paliativos) (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2020).

O cancro da mama metastático é uma doença crónica e terminal, que exige a superação de desafios únicos por parte da paciente, nomeadamente procedimentos médicos frequentes, um prognóstico incerto, sintomatologia aguda e crónica, sofrimento psicológico acrescido e despesas financeiras substanciais (Tometich et al., 2020). Sofrimento, angústia e vulnerabilidade, são conceitos inerentes ao cancro metastático, especialmente em mulheres com idades mais jovens, uma vez que são confrontadas com o término dos seus projetos de vida, dos seus papéis sociais, e a conceção de mortalidade precoce (Park et al., 2018).

A prevenção primária do cancro da mama ainda não é possível, posto isto o controlo da doença está ligado à prevenção secundária. Esta engloba um conjunto de ações de rastreio, mesmo antes de surgirem quaisquer sinais ou sintomas, que permitem o diagnóstico precoce e o seu tratamento imediato, como a mamografia e o exame clínico da mama, aumentando a possibilidade de cura e eficácia do tratamento, melhorando a qualidade de vida e diminuindo assim a mortalidade (Scowitz et al., 2005).

A mamografia deve ser realizada anualmente ou em cada dois anos, em mulheres com 40 ou mais anos de idade, funcionando em forma de raio-X, onde é possível identificar nódulos ou agregações de pequenas partículas de cálcio que podem ser sinais de cancro. Já no exame clínico da mama, o médico examina toda a mama palpando-a através das pontas dos dedos e

em diferentes posições, de modo a sentir qualquer alteração ou nódulo, tendo este exame uma duração aproximada de 10 minutos (National Cancer Institute, 2023). Atualmente o avanço na deteção e tratamento precoce do cancro, através das técnicas mencionadas, tornou-o controlável e curável (Guan, 2015).

O diagnóstico precoce do cancro da mama pode ser realizado através do exame clínico da mama, da mamografia, da ecografia, da ressonância magnética e também da biópsia, onde são retiradas células ou tecido da mama (se forem detetadas células cancerígenas o patologista procede à caracterização do tipo de cancro), por conseguinte é concebível aumentar a eficácia do tratamento, permitindo à equipa médica e à mulher a escolha do mesmo, dentro das possíveis opções (Schopper & Wolf, 2009).

A gravidez torna o diagnóstico mais complexo, dado que os seios podem duplicar de tamanho (ocasionando maior firmeza e densidade), aumentando o grau de dificuldade de interpretação do exame clínico e da mamografia. Consequentemente o cancro da mama em mulheres grávidas é frequentemente diagnosticado num estágio mais avançado, existindo uma maior probabilidade de apresentarem tumores de maior dimensão, nódulos positivos, metástases e invasão vascular. As mulheres grávidas requerem assim uma atenção especial, devido aos fatores mencionados e aos potenciais riscos associados à exposição à radiação ionizante para o feto (Durrani, Akbar & Heena, 2018). O diagnóstico precoce assume um papel fundamental na proteção do feto e da mãe, e na seleção do tratamento mais adequado, sendo necessária uma comunicação eficaz, e colaboração entre a equipa multidisciplinar e a grávida (Martinez et al., 2018).

O tratamento pode ser local ou sistémico, as terapias locais englobam a cirurgia e a radioterapia que apresentam como principal objetivo a remoção das células do cancro da mama, e as terapias sistémicas incluem a quimioterapia, a terapêutica hormonal e as terapias dirigidas

que ao entrarem na corrente sanguínea possibilitam a remoção e controlo do cancro em todo o corpo (Marsh & Liu, 2009).

A cirurgia é o tratamento mais comum no cancro da mama, podendo ser realizada como cirurgia conservadora ou mastectomia. Na cirurgia conservadora é removido apenas o cancro e por vezes os gânglios linfáticos axilares, sendo aconselhada para casos referentes a um tumor localizado, margens cirúrgicas livres, carcinoma não difuso e sem radioterapia prévia, por outro lado a mastectomia é uma cirurgia na qual é removida a mama na sua totalidade (Maughan et al., 2010).

A radioterapia é um tratamento caracterizado pela utilização de raios altamente energéticos que possuem como principal objetivo a remoção completa das células cancerígenas, esta pode ser aplicada antes ou após a cirurgia conservadora ou mastectomia, de modo a diminuir o tamanho do tumor ou destruir qualquer célula cancerígena que tenha permanecido após a intervenção. É possível distinguir dois tipos de radioterapia tais como a radioterapia de radiação externa que provém de uma máquina (o tratamento é realizado no hospital 5 dias por semana, durante várias semanas), e a radioterapia de radiação interna que provém de material radioativo contido em tubos finos inseridos diretamente na mama (o tratamento é realizado pelo internamento da paciente no hospital) (National Cancer Institute, 2023).

A quimioterapia é um tratamento assente na utilização de fármacos que permitem a eliminação das células cancerígenas, sendo estes administrados oralmente ou através de injeção intravenosa. É possível identificar dois tipos de quimioterapia para o tratamento do cancro da mama, tais como a quimioterapia adjuvante (administrada após a cirurgia, com o objetivo de eliminar as células cancerígenas) e a quimioterapia neoadjuvante (administrada antes de qualquer tratamento, com o intuito de diminuir a massa tumoral, sendo usualmente a primeira opção no caso de cancros da mama avançados) (Hassan et al., 2010).

A terapêutica hormonal apresenta como propósito o impedimento de acesso das células cancerígenas às hormonas naturais do organismo, através de medicamentos que bloqueiam os recetores hormonais, já as terapêuticas dirigidas atuam através da utilização de medicamentos que identificam alvos nas células cancerígenas, impedindo o crescimento das mesmas. Quando o cancro reaparece após o tratamento, é considerada a existência de recidiva, sendo necessário realizar novamente um tratamento que se encontre adequado à localização e extensão do cancro, assim como ao tratamento efetuado anteriormente. No caso de a recidiva do cancro localizar-se na mama, o tratamento passa por fazer uma mastectomia, no entanto se a sua localização pender noutras partes do organismo é necessário envolver tratamentos como a quimioterapia, terapêutica hormonal, imunoterapia, radioterapia ou cuidados paliativos, sendo possível receber adicionalmente medicação anticancerígena de modo a desacelerar a progressão da doença (National Cancer Institute, 2023).

O sistema imunológico desempenha um papel vital ao manter a homeostase e ao proteger o corpo contra agentes patogénicos. A imunoterapia é distinguida dos outros tratamentos pelo seu foco específico na ativação do sistema imunológico, ao invés do tumor em si (Lakkis, 2015). Esta abordagem terapêutica, através da sua capacidade em produzir memória imunológica, estimula o sistema imunológico de modo a identificar e extinguir as células tumorais (McNutt & Couzin-Frankel, 2013).

Os efeitos secundários associados aos tratamentos do cancro da mama, tanto durante como após esse período, são vivenciados por cerca de 75% dos pacientes e sobreviventes. No caso da cirurgia alguns dos efeitos secundários evidenciados consistem na dor a curto prazo, na sensibilidade aumentada na zona da intervenção, no desconforto no pescoço e nas costas, assim como na dormência e comichão no peito, já na radioterapia os efeitos secundários distinguidos baseiam-se no cansaço, na vermelhidão e comichão na pele. Por outro lado, na quimioterapia os efeitos secundários variam consoante os fármacos e doses administradas, sendo estes

maioritariamente a criação de hematomas constantes, aumento de fraqueza e cansaço, queda de cabelo e de pelos no corpo, falta de apetite, náuseas, vômitos, tal como diarreia. Na terapêutica hormonal os efeitos secundários são semelhantes aos sintomas de menopausa (afrontamentos, corrimento vaginal, dores de cabeça, fadiga, náuseas, vômitos, secura vaginal e comichão) (Heins et al., 2022; Mok et al., 2022).

A alopecia consiste na ausência ou queda (transitória ou definitiva), de pelos e cabelo, e é considerada pelas pacientes uma das consequências mais graves do tratamento, sendo que o cabelo é frequentemente apontado como um símbolo associado à feminilidade, e a perda deste pode resultar na diminuição da integração social por parte da mulher e até mesmo levantar preocupações sobre o estigma associado a essa perda, para além de que dificulta a tentativa de esconder o diagnóstico, pois é considerado um indicador da doença oncológica (Santos & Vieira, 2011).

Os tratamentos referentes ao cancro da mama, encontram-se também associados a uma perceção negativa, por parte da mulher, da sua aparência. A insatisfação com a imagem corporal é um problema comum em aproximadamente três quartos das mulheres que se encontram submetidas a tratamentos de cancro da mama (Guedes *et al.*, 2018). Cada mulher tem uma perspetiva individual da sua imagem corporal, podendo esta ser influenciada pelas suas expectativas ou mesmo pela cultura em que está inserida, essa perspetiva encontra-se intrinsecamente ligada à sua aparência física, sendo o corpo físico que frequentemente se torna o foco principal de mudança quando a perceção da imagem corporal não coincide com o ideal desejado pela pessoa (Midlarsky & Morin, 2017).

A mudança física decorrente de tratamentos médicos ou cirurgias, pode provocar uma redução na autoestima e na satisfação com o próprio corpo, afetando a sexualidade das mulheres, e conseqüentemente as suas relações íntimas. Este impacto pode derivar do significado atribuído ao seio feminino, uma vez que se encontra associado tanto à sexualidade,

como maternidade, deste modo qualquer ameaça ao mesmo pode causar danos físicos e psicológicos, influenciando a autoimagem da mulher (Villar et al., 2017).

O aumento da incidência do cancro da mama nas mulheres deve-se à introdução de técnicas de rastreio (como a mamografia) e a fatores de risco, como é o caso da idade, uma vez que a possibilidade de ter cancro da mama é diretamente proporcional à idade (sendo menos comum antes da menopausa); o sexo, dado que o cancro da mama atinge somente 1% de casos masculinos; a história pessoal de cancro da mama (uma mulher que já teve cancro da mama apresenta maior risco de recidiva); a história familiar, na medida em que mulheres com historial familiar de cancro da mama apresentam maior risco de aparecimento do mesmo; fatores genéticos, sendo que genes herdados (BRCA1, BRCA2, entre outros) tornam mais suscetível a probabilidade de desenvolvimento do cancro numa idade mais precoce; a densidade mamária, pois mulheres com mais idade e que apresentem um tecido com maior densidade numa mamografia têm um risco mais elevado para cancro da mama; a radioterapia em mulheres com idade inferior a 30 anos; a obesidade após a menopausa, uma vez que ao existir uma proporção elevada de gordura corporal, existem também níveis mais elevados de estrogénios; assim como a elevada ingestão de bebidas alcoólicas (Cardoso et al., 2019). Não obstante, como fatores protetores no cancro da mama podem ser considerados a atividade física e a amamentação (Momenimovahed et al., 2019; Kamińska et al., 2015).

A idade é um fator de risco preponderante no aparecimento do cancro da mama, é fundamental apelar à realização de exames de rastreio, nomeadamente mamografias, especialmente a partir dos 40 anos de idade, uma vez que é detetada uma maior ocorrência de casos em mulheres com idades compreendidas entre os 40 e 60 anos (Sun et al., 2017).

Os fatores reprodutivos, relacionados com a menarca precoce (quando a primeira menstruação ocorre antes dos oito anos de idade), devem ser considerados, uma vez que por cada ano de atraso da menarca existe uma diminuição de 5% ou 10% no risco de contrair cancro

da mama, e com menopausa tardia, sendo que o risco de contrair a doença oncológica aumenta cerca de 3% por cada ano de atraso da menopausa (Dall & Britt, 2017).

Os sintomas de alerta que requerem especial atenção na deteção precoce do cancro da mama, através do reconhecimento de alterações físicas visíveis, consistem em qualquer alteração na mama ou no mamilo (no aspeto e palpação), qualquer nódulo ou espessamento na mama, sensibilidade no mamilo, alteração do tamanho ou forma da mama, retração do mamilo, pele ou mamilo vermelho ou inchado, assim como qualquer secreção ou perda de líquido pelo mamilo (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2023).

As alterações e limitações impostas pela doença, tornam-se mais perceptíveis ao longo de todo o processo do cancro da mama, e estas associadas ao estado de vulnerabilidade da mulher, são promotoras de um desequilíbrio emocional marcado por níveis de ansiedade moderados ou graves, que podem sofrer oscilações (Albuquerque & Cabral, 2015).

Os exames associados ao diagnóstico de cancro da mama proporcionam elevados níveis de ansiedade nas mulheres, podendo ser agravados pela existência de história familiar de cancro da mama, a realização de exames anteriores inconclusivos, pouca informação acerca dos procedimentos necessários, bem como a carência de qualidade nos serviços prestados por parte dos profissionais de saúde (Grilo, 2013).

O diagnóstico do cancro da mama, leva à iniciação de um percurso de sofrimento íntimo. Tanto as dúvidas, como a ansiedade, o medo relativo aos tratamentos, as mudanças ao nível do corpo, da sexualidade e maternidade, são fatores constituintes desse percurso (Rebelo, 2007).

As reações que se encontram associadas ao processo de adaptação à doença oncológica, consistem, inicialmente após o diagnóstico, no choque, apatia e negação. Já algumas semanas após o diagnóstico, existem níveis elevados de stress, ansiedade e incerteza. E em último, após os tratamentos, é exequível a constatação de vulnerabilidade, medo e imprevisibilidade relativa

ao futuro. Todas as reações e emoções referidas exigem um ajustamento do indivíduo à doença oncológica (Ramos et al, 2018).

Emoções negativas, como a raiva, medo, frustração ou tristeza, integram um dos principais desafios na luta contra o cancro da mama, sendo crucial compreender e aceitar essas emoções, na medida em que, se não forem devidamente gerenciadas, podem proporcionar sintomatologia depressiva e ansiosa (Conley, Bishop & Andersen, 2016).

As pacientes frequentemente recorrem a vários mecanismos de defesa, de forma a enfrentar o impacto da doença oncológica, derivados do desconforto sentido (como negação, deslocamento, regressão, entre outros), que podem ser inadequados ou ineficazes, ocasionando um desajustamento emocional e afetando a autopercepção da mulher, assim como a forma como interage com as pessoas ao seu redor (Atinkson & Wade, 2012).

O momento do diagnóstico inicia um conjunto de repercussões na vida mulher, uma vez que esta evidencia mudanças na imagem corporal, mudanças nas relações interpessoais, assim como restrições em atividades da vida diária, afetando o seu domínio físico, social, emocional, sexual e familiar (Fangel et al., 2013). Deste modo, é evidente o impacto do cancro da mama tanto na vida da paciente, como na sua família, uma vez que o diagnóstico e o tratamento são considerados fatores influenciadores não só da trajetória da vida pessoal da mulher, como dos papéis familiares circundantes (Heins et al., 2022).

O impacto negativo das mudanças físicas, psicológicas e sociais experienciadas nas mulheres que enfrentam esta doença oncológica, pode ser reduzido mediante o fortalecimento da sua resiliência (indicador psicológico de capacidade de resistir às adversidades) e a promoção da adoção de comportamentos saudáveis que as ajudem a integrar essas mudanças de forma positiva nas suas vidas (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020).

A intervenção em grupo na doença oncológica, potencializa a partilha de experiências, sentimentos e emoções, tornando possível o esclarecimento de dúvidas, a diminuição de

pensamentos negativos, bem como a aprendizagem de novas estratégias relativas ao cancro da mama (Brandão & Matos, 2015).

O apoio da família, amigos e, possivelmente, de profissionais de saúde, apresenta extrema relevância na vida da mulher com cancro da mama, sendo que o suporte social é um fator que desempenha um papel significativo em encorajar a enfrentar os desafios impostos pela doença (Hajian et al., 2017).

As pessoas com cancro da mama na pandemia Covid-19 são obrigadas a lidar com a interrupção dos serviços, agravando conseqüentemente os problemas de diagnóstico em estágio final bem como a falta de acesso ao tratamento necessário, apresentando deste modo um maior risco de morte. No ano de 2020, foi possível detetar um aumento significativo de interrupções e abandono da terapia no cancro da mama, assim como uma diminuição de ensaios clínicos e produção de pesquisas (WHO, 2021).

O sistema imunológico das mulheres com cancro da mama na pandemia encontra-se em risco, sendo que para além de estarem expostas ao vírus também se encontram a realizar tratamentos agressivos (como é o caso da quimioterapia), o que pode ser comprovado pelo facto de a percentagem de mortes nesta população coincidir com cerca de 39%, ao contrário da população geral que corresponde a 8% (Corrêa et al., 2020).

O fácil acesso a notícias de carácter negativo relativo à Covid-19, contribui para o agravamento do quadro de saúde mental das mulheres, que por sua vez já pode estar afetado devido ao impacto psicológico do cancro da mama (Coimbra et al., 2022).

Os programas de rastreio de cancro da mama, que assumem um papel fundamental na prevenção desta doença oncológica, também sofreram adiamentos e reprogramações durante a pandemia Covid-19, posto isto vários estudos apontam a diminuição da realização de mamografias durante este período, bem como o encerramento de alguns centros de rastreio devido à fraca adesão e hesitação por parte dos utentes (Peng et al., 2020).

O rastreio, o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama, sofreram inegavelmente um impacto negativo da Covid-19, tendo sido constatados diversos relatos referentes a atrasos no diagnóstico devido à interrupção dos serviços, o que consequentemente, permitiu a deteção do cancro da mama num estágio mais avançado e de maior risco, afetando a obtenção do tratamento necessário no momento (Ferlay et al., 2021).

Fatores de Impacto na Doença Oncológica

Fatores Contextuais

Na cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019, foram detetados inúmeros casos de pneumonia atípica, de origem desconhecida, a qual mais tarde foi atribuída a um novo coronavírus, o Sars-Cov-2. O que distingue este vírus de outros já conhecidos, é a sua elevada transmissibilidade, bem como a sua capacidade letal, afetando maioritariamente o trato respiratório, o contágio advém deste modo de gotículas que derivam da boca e do nariz da pessoa infetada, quando a mesma tosse, espirra, ou conversa. Rapidamente o vírus espalhou-se pelo mundo, e em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde atribuiu ao COVID-19 o estatuto de pandemia, pois o número de casos de mortes e de pessoas infetadas aumentava exponencialmente, levando assim a um estado de alerta máximo onde vários países declararam emergência nacional, anunciando medidas de enfrentamento (WHO, 2020).

As medidas estabelecidas consistiram no isolamento social e/ou distanciamento físico, quarentena, incentivo da higienização correta das mãos, assim como o uso de máscara facial, tornando-se um elemento fundamental de proteção (Ornell et al., 2020). Os resultados das medidas referidas estiveram dependentes de vários aspetos socioeconómicos, culturais, políticos e de saúde, mas principalmente na forma como foram implementadas (Lemos et al., 2020).

A quarentena em contexto de pandemia, pode ser definida pela limitação do movimento de pessoas que possam ter estado em contacto com a doença contagiosa, de modo a compreender se contraíram o vírus, e consequentemente diminuindo o risco de transmissão (Brooks et al., 2020).

A urgência na prática de medidas excepcionais, nomeadamente o encerramento de diversas instituições, relativas ao comércio, restauração, ensino e política, ressaltou a necessidade de exercer, sempre que possível, algumas funções de forma remota, em teletrabalho (Maia & Dias, 2020).

A enorme evolução no caminho da testagem massiva da população, foi verificada através da criação de testes rápidos de antigénio, cujos resultados ficariam disponíveis em menos de uma hora, levando a uma maior rapidez no processo de isolamento dos casos positivos e contactos de risco, bem como pelas novidades no campo da vacinação, que tornaria a população menos predisposta a sintomas graves advindos da Covid-19 (Muccari et al., 2020).

Os sintomas referentes ao vírus Covid-19 podem atingir diferentes órgãos e variam significativamente de pessoa para pessoa, uma vez que alguns pacientes experienciam sintomas mais leves ou são assintomáticos, enquanto outros vivenciam sintomas com maior gravidade. Os sintomas mais comuns reportados pela maioria dos pacientes consistem em febres altas, perda de paladar ou olfato, dor de garganta, congestão nasal, tosse, falta de ar, dores musculares e fadiga (Zhou et al., 2020). Além dos sintomas mais comuns da COVID-19, também foram observados, embora com menos frequência, sintomas como diarreia, hemoptises (tosse com sangue), assim como o surgimento de sintomas neurológicos (Huang et al., 2020; Ma et al., 2020; Nath, 2020).

Os sintomas produzidos pelo vírus podem ser semelhantes aos sintomas comuns de uma gripe, este facto, foi apontado como um fator provocador de sofrimento mental na população, caracterizado por incerteza, medo e stress (Wang et al., 2020) (Park & Park, 2020). Na medida

em que, embora os sintomas sejam idênticos, a Covid-19 apresenta uma taxa de mortalidade significativamente eminente, comparativamente a outros tipos de doenças virais, como é o caso da gripe mencionada (Lipsitch et al., 2020).

A existência de uma maior probabilidade de desenvolver formas mais graves da doença, em pessoas mais velhas e em pacientes com condições médicas preexistentes, possibilita a distinção de alguns fatores de risco, referentes ao vírus Covid-19, como por exemplo a idade avançada, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas renais e sistemas imunológicos comprometidos, reforçando deste modo a relevância do presente estudo, uma vez que o mesmo incide sobre uma população de risco, nomeadamente doentes oncológicos (Bryson, 2021).

No início do ano de 2022, a Direção-Geral da Saúde anunciou um levantamento de restrições, mais especificamente cessar as recomendações de teletrabalho e confinamento de contactos de risco, pôr fim aos limites de lotação em estabelecimentos, equipamentos e outros locais abertos ao público, não exigir o certificado digital (salvo no controlo de fronteiras) e também deixar de exigir teste negativo para acesso a eventos, recintos, bares e discotecas. No entanto, mantiveram-se em vigor medidas como exigência de teste negativo, exceto para portadores de certificado de recuperação ou de certificado de vacinação completa com dose de reforço, para visitas a lares e pacientes que estejam internados ou em situação de risco, e uso de máscara obrigatório em estabelecimentos e serviços de saúde, incluindo farmácias comunitárias, em estruturas residenciais ou de acolhimento ou serviços de apoio domiciliário para populações vulneráveis, bem como em transportes públicos (DGS, 2022). O levantamento das restrições referidas pode ser um potencializador de medo e ansiedade nas mulheres com cancro da mama, sendo que existe uma maior exposição ao vírus e assim um maior risco de contágio, apesar da redução do número de casos de pessoas infetadas, atualmente este ainda é considerável.

A redução significativa do número de mortes por Covid-19, a diminuição das hospitalizações e admissões em unidades de cuidados intensivos associados à Covid-19, e o incremento de imunidade ao vírus por parte da população, proporcionou, em maio de 2023, a transição para uma gestão a longo prazo da pandemia, constatando-se deste modo que a Covid-19 já não representava uma emergência de saúde pública de interesse internacional. No entanto, apesar da vigilância e o número de mortes verificados semanalmente terem sido reduzidos, milhões de pessoas continuam a ser infetadas ou reinfectadas todas as semanas, centenas de milhares de pessoas estão hospitalizadas com COVID- 19 e milhares de pessoas morrem semanalmente em todo o mundo (WHO, 2023).

Fatores de Saúde Mental

Ansiedade.

A ansiedade e o medo são dois conceitos, frequentemente considerados equivalentes, no entanto, são muito distintos, uma vez que o medo, sendo uma das emoções básicas, apresenta-se como resposta a um estímulo externo identificado como uma ameaça, e a ansiedade, por sua vez, engloba um conjunto de emoções, sendo o medo uma delas. Deste modo, o medo é reconhecido como uma resposta automática momentânea a uma situação de risco, e a ansiedade como um estado emocional, com uma intensidade variável, que perdura ao longo do tempo (Crispim, 2023).

A ansiedade pode ser considerada vital quando o indivíduo garante o controlo saudável da mesma, estando consciente dos seus pensamentos e desejos, mantendo o seu bem-estar físico e mental, assim como o seu equilíbrio emocional, porém quando perde esse controlo, esta passa a ser apontada como patológica, potencializando a existência de crises (Cury, 2013).

A intensidade dos sintomas e a sua permanência, são dois fatores que permitem compreender se a ansiedade sentida é considerada normal ou patológica. A ansiedade identificada como normal, deve surgir de forma momentânea em situações potencializadoras de stresse e nervosismo, já a ansiedade patológica prolonga-se para além dessas situações (Crispim, 2023).

Spielberger (1972), faz uma distinção entre o estado e o traço de ansiedade. O estado de ansiedade consiste num estado emocional transitório, com uma intensidade variável resultante da perceção de ameaça por parte do individuo, assim como a sua capacidade de resposta às exigências da situação. Por outro lado, o traço de ansiedade baseia-se numa disposição estável e consistente ao longo do tempo, determinando o modo de avaliação das ameaças e o estado de ansiedade experienciado pelo individuo.

A origem da ansiedade pode encontrar-se associada tanto a fatores hereditários, como ambientais, na medida em que cada individuo tem uma forma de funcionamento que depende da sua biologia e do que herdou dos seus pais, mas as suas experiências negativas quotidianas, ou mesmo do seu passado, também influenciam a sua dinâmica cognitiva. Deste modo, um individuo com pais ansiosos, detém maior probabilidade de adquirir sintomatologia ansiosa, bem como por exemplo, um individuo que pode ter sofrido de bullying na infância, ou que vivencia atualmente situações stressantes no seu trabalho (Correia & Brites, 2020).

O corpo humano tende a reagir fisicamente, como consequência da ansiedade, com o intuito de lutar ou preparar uma fuga para a ameaça sentida, mesmo que não exista qualquer perigo concreto. A mente humana, tem a capacidade de controlar o corpo, e assim sendo mediante a existência de ansiedade, é possível verificar a presença de sintomas como batimento cardíaco acelerado, pressão no peito, dificuldade em respirar, tensão muscular, movimentos repetitivos, insónias, tremores, dores de cabeça, dificuldade em comer, comer em excesso, boca seca, náuseas, tonturas, diarreia, dor de estômago, entre outros (Crispim, 2023).

Os critérios de diagnóstico para o transtorno de ansiedade generalizada consistem em sintomas como a inquietação, fadiga, sudorese, dificuldade de concentração, memória prejudicada, irritabilidade, tensão ou dor muscular, perturbação do sono, tremores, falta de ar ou sensação de folego curto, palpitações aceleradas, boca seca, vertigens, tonturas, náuseas, diarreia, calafrios, polaciúria, impaciência, perda do controlo sobre a intensidade de preocupação. Constatando-se uma ansiedade excessiva sobre eventos ou atividades que ocorrem no quotidiano (American Psychiatric Association, 2013). De forma a realizar um diagnóstico preciso referente a uma perturbação de ansiedade, é necessário ocorrer um despiste de situações médicas que possivelmente justifiquem os sintomas experienciados (como é o caso de alterações hormonais). Comumente os pacientes tendem a acreditar que os sintomas físicos derivam apenas de problemas relacionados com o estômago, coração ou intestino, ao invés de aceitarem o diagnóstico inicial de ansiedade, recorrendo a vários médicos que não se inserem na especialidade devida (Correia, 2018).

Os ataques de pânico, são um dos sintomas mais frequentes da ansiedade, podendo estes estarem inseridos num quadro amplo de perturbações de ansiedade, ou apenas ocorrerem de um modo isolado. Os ataques de pânico por norma não derivam de um perigo real, nem apresentam um motivo específico, uma vez que podem ocorrer em situações quotidianas derivadas, proporcionadoras de stresse, ou mesmo em situações mais serenas, onde não é verificado um gatilho particular. São caracterizados essencialmente pela presença de sintomas físicos intensos, afetando a qualidade de vida do paciente, sendo indicado o recurso a medicamentos ou psicoterapia, como forma de intervenção e tratamento. Os sintomas físicos associados a um ataque de pânico, são descritos como reações físicas que originam uma sensação de morte iminente, alguns deles consistem em palpitações, tonturas, suores, dificuldade em respirar, sensação de falta de ar, sendo esta a sintomatologia ansiosa já referida anteriormente, conjuntamente com alguns sintomas cognitivos, nomeadamente desrealização e

despersonalização. Os episódios relativos a um ataque de pânico, variam na sua intensidade e geralmente são de curta duração, ocasionando, quando terminados, exaustão no paciente que vivenciou o medo de morrer e de perder o controlo (Correia & Brites, 2020).

O ataque de pânico difere de uma crise de ansiedade, na medida em que aparece de uma forma espontânea e engloba um conjunto de sintomas extremamente intensos que terminam geralmente passado uns minutos, enquanto que a crise de ansiedade ocorre após um período de preocupação excessiva, ou mesmo de uma situação específica stressante, e acarreta sintomas de menor intensidade, no entanto estes sintomas persistem durante um maior período. Tanto os ataques de pânico, como as crises de ansiedade, podem ocorrer a qualquer pessoa, mesmo na ausência de uma perturbação mental (Seromenho, 2022).

Os pensamentos resultantes da ansiedade, são maioritariamente inverídicos, comumente derivam de crenças formadas mediante experiências vividas, e em determinados cenários, essas crenças ativam certas emoções que influenciam a forma de comportar, dando assim origem a esquemas cognitivos (Crispim, 2023).

A origem de algumas perturbações de ansiedade, encontra-se relacionada com a formação de crenças centrais disfuncionais, sendo estas concebidas ao longo do desenvolvimento do indivíduo, às quais encontram-se associados diversos pensamentos automáticos disfuncionais, que não se enquadram de todo com a realidade e apresentam-se como uma resposta à ansiedade verificada, uma vez que com o surgimento destes pensamentos é frequente o impedimento da distinção entre o verdadeiro e o falso (Cunha, Ferreira & Batista, 2020).

O alto nível de intolerância à incerteza (que ocasiona a perceção incorreta de perigo em qualquer situação), o evitamento de qualquer pensamento ou emoção negativa (que aumenta o foco nessa ideia e conseqüentemente aumenta a intensidade dos pensamentos e emoções que estão a ser evitados), a adoção de estratégias de segurança excessivas (que contribuem para um

maior conforto a curto prazo, mas acabam por prolongar o pânico e a ansiedade a longo prazo), a vigilância máxima sobre as sensações do corpo (que aumenta a possibilidade de interpretar as sensações corporais equivocadamente), bem como a orientação desadaptativa para o problema (diálogo interno autocritico, supressão emocional, falta de assertividade, tensão muscular e falta de auto compaixão), são alguns dos fatores que tendem a potencializar a permanência constante de ansiedade (Seromenho, 2022).

Os grupos de risco, que possuem maior probabilidade de adquirir sintomatologia ansiosa, consistem em pessoas mais jovens, do sexo feminino, separados/divorciados, viúvos, e os de menor estatuto socioeconómico (Levin & Alici, 2010).

As perturbações de ansiedade encontram-se inúmeras vezes relacionadas com perturbações psiquiátricas, doenças cardiovasculares, e até doenças renais. Deste modo, é possível sustentar que a ansiedade proporciona consequências significativas na vida dos indivíduos, afetando a sua rotina diária, a sua qualidade de vida e diminuindo também o seu nível de independência, sendo que algumas atividades diárias podem ser impedidas pelo medo da existência de uma crise ou o aparecimento de sintomas que causam um enorme desconforto. Neste sentido, foi constatada a existência de uma associação entre perturbações de ansiedade e o aumento do consumo de álcool, como forma de minimizar a sintomatologia e aliviar a dificuldade na obtenção de confiança em situações que exigem contacto social, permitindo a realização de atividades diárias que ocasionam receio e aflição, no entanto, posteriormente este consumo encontra-se também associado ao agravamento da sintomatologia ansiosa e à criação de dependência (Costa et al., 2019).

A presença de ansiedade, origina a compreensão do mundo como um lugar ameaçador, sendo o isolamento uma das respostas a essa percepção. O isolamento, por sua vez, transmite uma falsa sensação de segurança, fortalecendo o medo resultante do perigo percebido e alimentando assim o aumento da ansiedade (Crispim, 2023).

Na permanência de elevados níveis de ansiedade é recomendada a procura de um tratamento específico, com o intuito de minimizar a sintomatologia verificada, o mesmo pode ser medicamentoso, na presença de ansiedade acentuada, ou deve-se recorrer ao uso de técnicas psicoterapêuticas, na presença de níveis de ansiedade mais moderados. A prática mais frequente é a psicoterapia de apoio, na qual é esclarecido ao paciente o que lhe está a acontecer, proporcionando-lhe serenidade, o que em certa medida, promove também a sua compreensão e recuperação. Na psicoterapia de apoio, existe uma relação entre terapeuta e paciente, direcionada para um clima positivo de segurança, e abertura, sem qualquer julgamento, o que possibilita a compreensão do indivíduo de si mesmo, uma melhor interpretação da sua realidade, a obtenção de um maior autocontrolo, a dominação dos seus impulsos, assim como o alcance de reações mais adaptativas, melhorando a relação estímulo-resposta (Rojas, 2019).

As formas de tratamento, mais reconhecidas consistem na psicoterapia e na psicofarmacologia. A psicofarmacologia pode ser exercida apenas por médicos psiquiátricos, enquanto que a psicoterapia pode ser exercida por médicos psicólogos. Atualmente, na presença de diversas medicinas alternativas, é necessário considerar que os pacientes apresentam um estado de vulnerabilidade acentuado, encontrando-se numa situação de fragilidade, e deste modo, estão mais suscetíveis a uma possível manipulação por parte dos médicos não formados, sendo essencial a obtenção da maior quantidade de informação possível acerca do técnico que o preconiza, a sua formação e experiência, na medida em que muitas das técnicas utilizadas não sustentam dados científicos robustos que as comprovem (Correia & Brites, 2020).

A psicofarmacologia usada no tratamento de perturbações de ansiedade, engloba os antidepressivos e os tranquilizantes. Os antidepressivos mais aplicados para a sintomatologia ansiosa consistem nos inibidores seletivos da recaptção de serotonina, sendo um medicamento eficaz e seguro no tratamento da ansiedade tanto a médio, como a longo prazo. Os seus efeitos só se manifestam geralmente passado umas três semanas desde a iniciação da medicação, sendo

estes a diminuição dos sintomas físicos e o aumento da capacidade de enfrentamento comportamental dos medos. Como efeitos secundários são reportados ligeiros enjoos nos primeiros dias, e para algumas pessoas também a redução da libido. Na administração de medicação psicofarmacológica é necessária especial atenção relativa à escolha do antidepressivo mais indicado e eficaz ao nível da ansiedade, uma vez que uma má escolha pode intensificar os sintomas ao invés do alívio esperado. Os exercícios de relaxamento podem diminuir significativamente os níveis de ansiedade sentidos, como por exemplo uma sequência de contração-relaxamento, direcionada para todos os grupos musculares, desde a face aos pés. Assim como o exercício físico, considerado essencial na diminuição dos sintomas, principalmente para pessoas que não apreciem atividades mais paradas, uma vez que este provoca boa disposição e aumenta os níveis de energia (Correia, 2018).

A prática de exercício físico foi associada à diminuição da ansiedade em diversos estudos, o que pode ser explicado pelo facto de o exercício físico diminuir a reatividade do sistema nervoso autónomo simpático e aumentar a intensidade de resposta do sistema nervoso autónomo parassimpático, assim como o facto de libertar endorfinas no sistema nervoso central, o que conseqüentemente proporciona uma sensação de bem estar e relaxamento. Ao praticar exercício físico o indivíduo encontra-se exposto a sensações que por vezes tenta evitar, como o coração acelerado, calor e suor, deste modo compreende que as sensações fisiológicas temidas, apesar de serem incómodas, não são uma verdadeira ameaça e acabam por desaparecer (Duarte, 2021).

As mulheres diagnosticadas com cancro da mama experienciam elevados níveis de ansiedade no decurso da doença, deste modo torna-se uma variável com extrema relevância no domínio do presente estudo (Costa & Chaves, 2014).

A ansiedade na forma de preocupação, em níveis moderados, pode ter efeitos positivos no aumento do rastreio do cancro da mama ou através do autoexame e mamografia. No entanto

elevados níveis de ansiedade, encontram-se associados a comportamentos de risco, sobretudo em pessoas com maior dificuldade na aceitação da doença e em períodos de grande sofrimento. Em situação extrema de desespero o suicídio apresenta-se incluído num desses comportamentos (Levin & Alici, 2010).

O cancro da mama tem inúmeras características próprias que podem afetar o equilíbrio mental e físico da mulher, potencializando um desequilíbrio emocional, assim como o seu desajustamento psicológico (Costa, Jimenéz, & Pais-Ribeiro, 2012).

Os fatores associados à sintomatologia ansiosa neste domínio, estão relacionados com a iminência de morte, a ausência da família nestes períodos, incertezas e pensamentos negativos após o diagnóstico, os tratamentos e os seus efeitos secundários, preocupações relativas aos resultados dos tratamentos, os internamentos hospitalares, a realização de cirurgias e o resultado das mesmas, as dificuldades em compreender a informação, a má compreensão dos planos dos tratamentos, as limitações na atividade diária, as alterações na capacidade física, as alterações no papel dentro da família, a mudança no emprego e mudanças nas relações sociais (Costa & Chaves, 2014).

A ansiedade, a depressão e o stress estão associados ao incremento dos sintomas físicos dos tratamentos. Deste modo, é de ressaltar a pertinência acerca da reflexão e atuação sobre este sintoma, sendo que a ansiedade tem um enorme impacto no processo de cura e tratamento do cancro da mama (Mcfarland, Shaffer, Tiersten, & Holland, 2018).

As perturbações de ansiedade apresentam um impacto significativo na vida das mulheres com cancro da mama, em diversos domínios. Este impacto foi analisado num estudo comparativo entre pacientes com cancro da mama com e sem sintomatologia ansiosa, onde foi possível constatar que a ansiedade prejudica o estado global de saúde, diminui a satisfação com a imagem corporal, afeta negativamente o prazer sexual, para além de que intensifica os sintomas oncológicos associados à doença, tais como fadiga, insónias, perda de apetite,

distúrbios gastrointestinais, entre outros, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida percebida. A presença de sintomatologia ansiosa associada a uma doença oncológica, que por si só já acarreta um elevado risco e predispõe a um estado de maior vulnerabilidade, aumenta a gravidade dos sintomas experienciados e dificulta a vida da mulher nas variadas vertentes que a englobam, prejudicando os seus níveis de funcionalidade (Fatiregun et al., 2017; Carreira et al., 2020).

As perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas apresentam origens e tratamentos distintos, no entanto, existe uma ligação entre as mesmas, encontrando-se associadas aos sintomas manifestados regularmente por pacientes e sobreviventes de cancro da mama (Ribeiro et al., 2020; Heins et al., 2022; Mok et al., 2022). Tal como a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva também corresponde a uns dos fatores que interfere tanto na adesão como nos resultados dos tratamentos relativos ao cancro da mama, agravando a resposta ao tratamento, aumentando as taxas de hospitalização e debilitando o estado nutricional dos pacientes, principalmente no período pandémico (Yildirim et al., 2021).

A vivência de uma situação inesperada, como o aparecimento da pandemia ocasionou um elevado estado de alerta, assim como um sentimento de pânico na população. Pessoas que tinham rotinas aceleradas, experienciaram uma mudança drástica através da imobilização mundial e o isolamento social imposto, originando incertezas acerca do futuro, medos excessivos relativos à contaminação e transmissão do vírus, bem como o aumento dos níveis de ansiedade, depressão, stresse e angústia. A vulnerabilidade detetada na maioria da população, levou ao aumento da procura de acompanhamento psicológico, com o intuito de minimizar os efeitos adversos da solidão, incerteza e desespero sentido (Rolim et al., 2020).

No período pandémico ocorrido, a ansiedade foi identificada como um fator promotor de comportamentos preventivos relativos à contaminação pelo vírus, através da adoção de medidas protetoras, sendo que a mesma potencializa um estado de alerta eminente no ser

humano. Por outro lado, atingindo níveis transcendentais, a ansiedade proporciona um mal-estar intenso e interfere de forma negativa no funcionamento social, profissional e ocupacional da população, ocasionando o aparecimento de medos irracionais, angústia e confusão (Salvaterra & Chora, 2021; Correia & Brites, 2020).

Pacientes com Covid-19 em todo o mundo, confirmados ou suspeitos, apresentam maior probabilidade na detenção de problemas psicológicos, como transtornos de ansiedade (Arora *et al.*, 2022).

A intensa reportagem de mídia pode ser promotora de uma atmosfera de antecipação e ansiedade social. Do mesmo modo que o Covid-19 é considerado um fator de risco na saúde mental da população, a saúde mental também é considerada como fator promotor de risco na gravidade atribuída ao vírus (Vai *et al.*, 2021).

A Covid-19 proporcionou inúmeras alterações nas rotinas diárias das pessoas, potencializadoras de sintomas de ansiedade, uma delas prende-se com o facto de já não existir uma fronteira bem definida entre trabalho remunerado e vida pessoal, devido ao teletrabalho bem como a aulas remotas (Pais-Ribeiro *et al.*, 2022).

A criação de equipas multidisciplinares, canais de comunicação seguros e claros, bem como o aconselhamento em saúde mental online, constituem etapas necessárias para prevenir ou tratar alguns dos efeitos negativos da Covid-19 (Xiang *et al.*, 2020).

Num estudo realizado com 595 pacientes oncológicos, foi possível constatar que os níveis de depressão e ansiedade aumentaram durante a pandemia, estando este aumento positivamente correlacionado com a interrupção do tratamento por preferência dos pacientes. Na análise dos resultados obtidos evidenciou-se que os níveis de depressão, ansiedade e os atrasos no tratamento referidos, foram significativamente elevados em pacientes com mais idade e do sexo feminino. Esta elevação destacada na população feminina pode estar relacionada com algumas desvantagens vivenciadas pelas mulheres relativas ao apoio social e

estabilidade financeira atribuída, assim como o facto de assumirem mais compromissos na educação dos filhos e nas responsabilidades domésticas. Já a elevação associada aos participantes com mais idade integrantes na amostra do estudo mencionado, pode derivar-se da informação divulgada de que a população idosa corre um risco significativamente superior de infeção por Covid-19. O adiamento dos tratamentos verificado no estudo encontra-se relacionado com o medo de contrair o vírus, podendo este ser agravado pelo comportamento da imprensa e pelas graves restrições sociais impostas pelo governo, bem como pela obrigação em alguns pacientes de utilizar o transporte público. É importante salientar que nos pacientes em tratamento, a prioridade dos cuidados continuados deve ser assegurada, através de múltiplas medidas de isolamento e higiene, assim como adaptações no local de trabalho, de modo a manter o atendimento dos pacientes no ambiente mais seguro possível (Yildirim et al., 2021).

Num outro estudo realizado com 18 pacientes com cancro submetidos a tratamentos como a quimioterapia e a cirurgia, verificou-se que pacientes oncológicos infetados com o vírus Covid-19, apresentam um risco 3,5 vezes maior de carecer de ventilação ou internação hospitalar intensiva, comparativamente com a população em geral. Deste modo, o aumento de risco de mortalidade e o prognóstico agravado nestes pacientes, potencializa o aumento dos níveis de ansiedade, medo e depressão (Liang et al., 2020).

Medo Face À Covid-19.

A Covid-19 foi amplamente percebida em escala global como uma grande ameaça à saúde pública e uma perturbação à economia global. Isso teve um impacto substancial na vida das pessoas, influenciando as suas rotinas diárias e proporcionando intensos sentimentos de pânico, ansiedade, depressão e medo (Jiao et al., 2020).

O medo da infeção e transmissão a outros, a obtenção de informações incorretas, o prejuízo económico, o estigma relativo às pessoas infetadas ou familiares, e consequentemente,

a diminuição de interações sociais, encontram-se ligados a um considerável aumento de sintomas de stresse pós-traumático, irritabilidade, perturbações do sono, sintomatologia ansiosa e depressiva, assim como do sofrimento emocional e psicológico da população (Brooks et al., 2020).

As perturbações do sono assumem um papel significativo na redução do bem-estar e da saúde, na medida em que quando é constatada a existência de problemas de sono num paciente, é notada também a evolução de problemas de saúde, tanto físicos como psicológicos (Stewart et al., 2021). Num estudo realizado, com o principal objetivo de avaliar o impacto da pandemia na qualidade do sono e nos despertares de 5479 adultos de nacionalidade portuguesa, foi possível verificar um aumento notório de despertares e a diminuição da qualidade do sono, comparativamente ao período anterior à pandemia referente à Covid-19. Cerca de 36,3% dos participantes tiveram uma qualidade do sono pobre e 34,6% tiveram uma qualidade de despertares pobre, tendo sido perceptível que as mulheres relataram uma qualidade de sono e de despertares consideravelmente pior do que os homens (Paiva et al., 2021).

A pandemia originada pelo novo coronavírus foi considerada a mais grave emergência de saúde pública que o mundo enfrenta em muitos anos, tendo provocado inúmeras repercussões, não só na saúde física da população, mas também na sua saúde mental. Alguns fatores de risco associados à saúde mental na pandemia, consistem na rápida disseminação do vírus pelo mundo inteiro, as incertezas relativas ao controlo e gravidade da doença, a imprevisibilidade referente ao tempo de duração da pandemia, assim como o surgimento constante de novas variantes (Schmidt et al., 2020).

As estratégias adotadas no período pandémico, de modo a minimizar o seu impacto na saúde mental da população, consistiram na preservação dos horários e hábitos de sono recorrentes; a prevenção da solidão, através da manutenção do contacto com familiares e amigos com recurso às tecnologias atuais; a atenuação da sintomatologia ansiosa mediante a

realização de atividades consideradas prazerosas e relaxantes, da prática de exercício físico e da contenção à exposição de notícias; o evitamento de comportamentos de risco, tais como o aumento do consumo de álcool, drogas e automedicação; a promoção de um estilo de vida saudável, que engloba rotinas funcionais e uma alimentação benéfica; assim como o fortalecimento da autoestima, sendo crucial na superação de acontecimentos destoantes (Paulino & Dumas-Diniz, 2020).

O impacto na saúde mental de muitas pessoas, geralmente supera o número daqueles afetados diretamente pela infecção da doença em si (Ornell et al., 2020). Inúmeras consequências, que prevalecem até aos dias de hoje, associadas à saúde mental da população, foram detetadas especialmente em grupos de maior risco de contágio como doentes e profissionais de saúde, aumentando as perturbações de ansiedade, pânico, depressões e stress pós-traumático. O cenário vivido pela população levou à adaptação às novas circunstâncias, bem como ao medo desencadeado por estes eventos. O medo é um mecanismo crucial para a sobrevivência do ser humano, no entanto em circunstâncias graves como a pandemia, este pode ser agravado, prejudicando a saúde física e mental. Esta sensação encontra-se associada a diversos domínios na vida das pessoas, nomeadamente o medo de ficar doente e de morrer, o medo do sentimento de impotência em proteger os que são queridos ou de os perder devido ao vírus, o medo de poder perder o sustento por estar desempregado, em isolamento ou infetado, assim como o medo de ficar socialmente excluído (Pereira et al., 2021).

O medo sendo crónico ou desproporcional, torna-se prejudicial, podendo pertencer às causas de desenvolvimento de diversos transtornos psiquiátricos (Garcia, 2017) (Shin & Liberzon, 2010). Para além de ser uma resposta emocional que surge quando uma situação é interpretada como perigosa e ameaçadora para o bem-estar do indivíduo, é uma emoção primordial que existe desde o nascimento e é frequentemente experimentada durante a infância e adolescência (Schoen & Vitalle, 2012).

O medo desempenha assim um papel fundamental na adaptação e sobrevivência, acionando uma série de processos biológicos que preparam o indivíduo para reagir a situações que possam representar possíveis ameaças (Ornell et al., 2020).

A reação ao medo pode englobar características como ansiedade, apreensão, nervosismo, pavor e preocupação. Esta emoção pode ser breve ou prolongada, e a sua intensidade está relacionada à avaliação que o indivíduo faz da ameaça em si, considerando se a mesma é iminente ou futura, e dos recursos ao seu dispor para lidar com o perigo percebido (Magalhães, 2007). Deste modo, apresenta como principal finalidade a preservação da integridade física e psicológica do indivíduo, incentivando-o a se proteger ou a fugir de situações de risco (Rogers, 1975).

Durante a pandemia, o medo tende a elevar os níveis de ansiedade e stresse em pessoas saudáveis e intensifica os sintomas em indivíduos com distúrbios psiquiátricos preexistentes (Ornell et al., 2020). Contudo, mediante o medo de contrair um vírus de rápida disseminação, potencialmente fatal e ainda mal compreendido em termos de origens e natureza, existe uma maior probabilidade na adoção de práticas protetoras, como a lavagem das mãos e o distanciamento social (Wise et al., 2020).

As preocupações associadas à exposição ao vírus podem resultar num aumento das medidas de precaução, como a lavagem frequente das mãos, a desinfecção de superfícies e o uso de máscaras protetoras. No entanto, esse aumento na preocupação com a higiene, juntamente com o medo constante da infecção, pode contribuir para um estado de ansiedade mais acentuado em muitas pessoas, afetando a sua saúde mental e bem-estar emocional (Haider et al., 2020).

Em pessoas com perturbação obsessivo-compulsiva, o medo de ser contaminado, assim como o perigo iminente sentido durante a pandemia, contribuíram para o aumento de sintomatologia ansiosa e a intensificação de comportamentos compulsivos, associados à higienização, bem como à alteração de padrões de aprendizagem adquiridos anteriormente em

resposta ao perigo. Posto isto, ressalta-se a pertinência da psicoeducação e a exposição de informações confiáveis acerca do vírus e das formas mais eficazes de proteção, com o intuito de esclarecer qualquer dúvida e reduzir a angústia sentida por estes pacientes (Nascimento et al., 2020).

A propagação de informações inconsistentes relativas a estatísticas demográficas, taxas de mortalidade, principais formas de proteção e contaminação na pandemia experienciada, contribuem significativamente para um aumento de insegurança e instabilidade psicológica na população (Lin et al., 2020). O acompanhamento das más notícias relativas à Covid-19 nos média, potencializa elevados níveis de medo e ansiedade em grande parte da população. Deste modo, torna-se crucial transformar o medo em esperança e atribuir significados mais adaptativos no enfrentamento da crise do Covid-19, o que pode ser alcançado através de uma equipa de psicologia hospitalar (Lima et al., 2020).

A capacidade de resiliência e a perceção do apoio social podem ser consideradas como fatores protetores que ajudam a prevenir o surgimento de problemas associados à saúde mental, uma vez que a sensação de ter um sistema de apoio social sólido proporciona um suporte emocional e prático, o que contribui no enfrentamento de desafios psicológicos (Serafini et al., 2020). Não obstante, estes fatores encontram-se comprometidos mediante o facto de o isolamento social ter sido forçado e imposto na população, tendo gerado solidão e medo, podendo o último ser agravado pela associação do isolamento com um maior risco de violência doméstica e maus-tratos (Bittencourt, 2020).

Os níveis de resiliência tendem a diminuir significativamente, quando associados a surtos por doenças infecciosas de alta transmissibilidade (Ferreira et al., 2020). Deste modo, em contexto de pandemia, é reforçada a pertinência da resiliência no enfrentamento de situações que apresentem algum risco e complexidade, de forma a assegurar a prática de comportamentos saudáveis (Dantas et al., 2021). A resiliência pode ser definida como um conjunto de processos

sociais e intrapsíquicos, mais propriamente uma característica da personalidade, que possibilita a adaptação dos indivíduos a situações que proporcionam elevados níveis de stresse, e a diversas adversidades, permitindo deste modo o restabelecimento constante do equilíbrio individual. Na pandemia referida, a resiliência pode ser entendida de uma forma mais precisa, como a capacidade de adaptação dos indivíduos à nova realidade, sustentando a sua sanidade mental (Salles et al., 2021). A resiliência, na situação pandémica, atua como um fator protetor no combate do medo e da ansiedade (Oducado et al., 2021).

A impossibilidade de manter contato físico com familiares e entes queridos durante períodos de isolamento e internamento pode desencadear instabilidade psicológica, como já referido anteriormente, resultando também num aumento significativo de sintomas pós-traumáticos (Bo et al., 2020).

Os sintomas pós-traumáticos são apontados como repercussões de eventos catastróficos, como é o caso da pandemia associada à Covid-19, na medida em que se encontra relacionada a elevadas taxas de mortalidade, a características distintas do vírus, a alta probabilidade de contágio, a regras inerentes da quarentena, assim como ao aumento significativo do medo e da incerteza. Alguns exemplos destes sintomas, consistem em pesadelos, revivência de memórias, ansiedade, hipervigilância, isolamento social, bem como ideação suicida (Nascimento et al., 2020).

Na presença de situações de crise, como a vivenciada na pandemia, as estratégias de coping são referidas como um elemento benéfico no controlo de emoções presentes nesta instância, considerando os desafios impostos, a sua duração, propagação e imprevisibilidade do curso da doença (Man et al., 2020).

O conceito de coping pode ser definido como um grupamento de processos de autorregulação, técnicas comportamentais, e conseqüentemente realização de objetivos e crescimento pessoal, com o propósito de antecipar acontecimentos futuros e enfrentar situações

adversas (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Posto isto, foram realizados estudos que incidiram nesta temática, de forma a verificar que os indivíduos que beneficiam de estratégias de coping, apresentam níveis inferiores de medo e ansiedade face à Covid-19 (Man et al., 2020; Rogowska et al., 2020; Zheng et al., 2021).

A pandemia relativa à Covid-19, foi apontada como potencializadora de uma elevada vulnerabilidade psicológica, e promotora de sintomatologia tanto ansiosa, como depressiva. Alguns fatores verificados neste período, como a perceção de falta de controlo, o isolamento social, a dificuldade em conciliar a vida profissional com a vida familiar, o impedimento da realização de atividades diárias que integravam a rotina preexistente, assim como sentimentos de perda, encontram-se associados ao aumento significativo de sintomatologia depressiva (Yildirim et al., 2021). Estes sintomas depressivos podem ser agravados, quando relacionados a sentimentos de culpa e a um pessimismo acentuado, referente à transmissão do vírus a um familiar próximo (Nascimento et al., 2020).

O processo de morte e luto durante a pandemia, foi influenciado por diversas restrições, nomeadamente o distanciamento físico imposto, assim como a limitação das visitas hospitalares e dos rituais fúnebres. Tais restrições contribuíram para uma resposta não adaptativa à perda sentida, uma vez que impossibilitaram diversas despedidas familiares e impediram o processo de aceitação de perda, originando sentimentos de culpa e impotência, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de um luto patológico (Morris et al., 2020).

Durante o período pandémico, o distanciamento social obrigatório e os momentos de confinamento impostos, potencializaram a redução do consumo de álcool e outras substâncias, no sentido em que foi diminuída a sua acessibilidade e verificada a inexistência de pressão dos pares em contexto social. Em contrapartida, em pessoas com qualquer antecedente de abuso de substâncias, foi notório o aumento do seu consumo, uma vez que se encontram mais vulneráveis em período de confinamento, originando assim possíveis recaídas (Kar et al., 2020).

A pandemia Covid-19 aumentou o risco de suicídio, principalmente em população mais vulnerável e exposta a diversos fatores, mencionados previamente, nomeadamente a impossibilidade de vivenciar o luto, a violência doméstica, o estigma referente a pessoas infetadas pelo vírus, perturbações mentais prévias, elevada exposição ao risco durante a pandemia (sentida significativamente pelos profissionais de saúde), existência antecedente de tentativa de suicídio, assim como o aumento do consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas (Gunnell et al., 2020).

Na pandemia também foram notórias repercussões a longo prazo na qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente devido a sintomas persistentes, como dor, fadiga, diminuição da capacidade de cumprir responsabilidades familiares e comunitárias, além de uma sensação alterada de identidade e propósito de vida (Bryson, 2021). As mulheres com cancro da mama, na ocorrência da pandemia, apresentam desde já um quadro mais vulnerável e desafiador, uma vez que se encontram expostas a um maior risco de transmissão, a efeitos adversos dos tratamentos oncológicos, ao ferimento de aspetos psicológicos associados à sua feminilidade, e consequentemente ao aumento significativo do medo sentido neste período, sendo estes alguns fatores propícios à diminuição da sua qualidade de vida (Papandreou et al., 2021).

O impacto da Covid-19 na qualidade de vida em mulheres com cancro da mama, foi investigado num estudo transversal, no qual foi possível verificar que mulheres diagnosticadas com cancro da mama no ano de 2020, apresentaram um impacto negativo eminente na sua qualidade de vida, comparativamente a mulheres diagnosticadas com cancro da mama nos anos compreendidos entre 2014 e 2019 (Pinholato et al., 2021).

A combinação de fatores, como a imprevisibilidade e incerteza na situação vivida durante a pandemia, a necessidade de distanciamento físico e isolamento social, a perda de rendimentos económicos, solidão, inatividade, acesso limitado a serviços essenciais, aumento

do consumo de álcool e substâncias, envolvimento em jogos online e a interrupção de projetos de vida, podem criar um ambiente propício para o agravamento de problemas associados à saúde mental. Estes desafios são particularmente significativos para pessoas que apresentem uma maior vulnerabilidade, tornando-se crucial a implementação de medidas de apoio e intervenções para mitigar esses impactos (Hooper et al., 2020; Puccinelli et al., 2021).

O impacto psicossocial da pandemia Covid-19, pode ser minimizado mediante algumas estratégias tanto a nível individual, como a nível organizacional. As estratégias a nível individual, consistem na implementação ou manutenção de hábitos e modos de vida saudáveis, o acesso a fontes de informação fidedignas de modo a realizar escolhas bem fundamentadas, interações sociais frequentes considerando o distanciamento físico e as medidas de prevenção, assim como o acompanhamento e controlo de problemas de saúde prévios. Já a nível organizacional, as estratégias globais passam pela criação de linhas de apoio telefónico, a promoção do bem-estar psicossocial e da saúde mental, e a disponibilização de recursos de proteção individual recomendados. A nível organizacional direcionado para os serviços de psiquiatria e psicologia, foram também distinguidas algumas estratégias, nomeadamente a realização de consultas de forma remota, através de videochamadas, uma vez que não é necessário o contacto físico com os pacientes (Nascimento et al., 2020).

A intervenção psicológica neste período, permite conter respostas desadaptativas, impedir a evolução de sintomas experienciados, prevenir o aparecimento de perturbações psiquiátricas, recuperar o nível prévio de funcionamento, promover a estabilização emocional, assim como a aquisição de resiliência e mecanismos de coping, minimizando o impacto negativo na saúde mental. A evolução da tecnologia permitiu a manutenção do acompanhamento psicológico, apesar das medidas de isolamento e distanciamento impostas, através de chamadas telefónicas ou pela utilização de plataformas online. Embora este acompanhamento tenha sido caracterizado como distinto e desfavorável, pelo facto de não

existir contacto presencial entre terapeuta e paciente, também apresentou inúmeros benefícios, sendo mais económico e existindo uma maior flexibilidade de horários, especialmente para pessoas com perturbação de ansiedade social, perturbação de stresse pós-traumático, perturbação depressiva major, e até mesmo para pessoas com limitações físicas, que sejam impedidas de se deslocar, como é também o caso de alguns idosos (Paulino & Dumas-Diniz, 2020).

Fatores Relacionais

O conceito de suporte social é considerado como um constructo complexo e dinâmico, constituído por várias dimensões, este pode ser explicado como a perceção do individuo acerca da presença de pessoas em que pode confiar, que demonstram cuidado, apreço, afeto e valorização pelo mesmo (Sarason, 1983).

O suporte social engloba três dimensões, nomeadamente a que proporciona a crença por parte do individuo de que é amado e alguém com quem os outros se preocupam, a que o leva a presumir que é estimado e valorizado pelos outros, assim como a que o orienta a acreditar que integra um sistema de comunicação e de responsabilidades recíprocas (Cobb, 1976).

A convicção do individuo referente à existência de pessoas a quem recorrer numa iminência, e a sua satisfação com essa mesma rede de suporte ao seu dispor, constituem duas bases elementares do suporte social (Sarason et al., 1990).

O suporte social pode ser assim entendido como uma interação recíproca entre o individuo e a sua rede de apoio, sendo esta uma interação que possibilita a estruturação dos recursos psicológicos e materiais acessíveis, bem como a satisfação das suas necessidades pessoais e sociais, permitindo atingir os seus objetivos e a aquisição de respostas mais adaptativas para situações consideradas conflituosas (Rodríguez & Cohen, 1998).

Numa definição mais ampla, pode ser entendido como um processo de ajuda mútua entre um grupo de pessoas, que transmitem apoio e valores positivos, sendo fundamental no bem-estar de doentes oncológicos diminuindo o stress e aumentando a qualidade de vida dos mesmos (Alvarenga et al., 2011; Korotkin et al., 2019).

O suporte social é apresentado como um recurso que está associado a um melhor ajustamento psicológico á doença e maior sobrevivência, refletindo-se numa necessidade das mulheres perante o diagnóstico de cancro da mama (Chou et al., 2012). É assim um fator-chave na manutenção da saúde, sendo que a sua ausência pode ser traduzida em maiores níveis de angústia e ansiedade (Mallincknott et al., 2012).

O apoio social e a interação social, constituem elementos cruciais que intervêm nos comportamentos e resultados relacionados com a saúde (Johnson & Acabchuk, 2018). No entanto, a interação social de uma forma isolada não equivale a uma fonte consistente de suporte social, uma vez que pode até ser considerada como uma fonte de descontentamento segundo a qualidade e as particularidades dessa mesma interação, deste modo a permanência de suporte social depende apenas da perceção do individuo relativamente à satisfação das suas necessidades sociais (Norberg et al. 2006).

O suporte social pode ser distinguido como psicológico ou não psicológico, sendo que o suporte social psicológico refere-se ao suprimento de informação, e o suporte social não psicológico diz respeito ao apoio corpóreo concreto (Cohen & Mckay, 1984).

O suporte social recebido, pode ser distinguido do suporte social percebido, uma vez que o primeiro consiste no apoio que é concretamente aceite por alguém, e o segundo aquele que é compreendido como disponível em caso de necessidade (Cramer et al., 1997).

As principais fontes de suporte social podem ser distinguidas como a informal que inclui indivíduos e grupos sociais que fornecem apoio no dia a dia (familiares, amigos, vizinhos, etc.), e a formal que abrange organizações sociais formais e os seus profissionais, de modo a oferecer

assistência quando necessário (como por exemplo os hospitais e os seus médicos). É possível determinar também algumas dimensões do suporte social, consideradas importantes para o bem-estar do indivíduo, como por exemplo o tamanho da rede social, a existência de relações sociais, a frequência de contactos, a necessidade de suporte, o tipo e quantidade de suporte, a congruência, a utilização, a dependência, a reciprocidade, a proximidade, bem como a satisfação com o mesmo (Dunst & Trivette, 1990).

A avaliação e mensuração do suporte social é subjetiva, sendo este percebido por cada pessoa de forma individual e pessoal, o apoio oferecido tanto pode ser sentido ou compreendido como satisfatório, ou por outro lado, insuficiente (Taylor, 2011). A percepção positiva do suporte social representa um impacto positivo na saúde, na resiliência e na luta contra o cancro (Kolankiewicz et al., 2014).

O suporte social pode ser categorizado de várias formas, tais como o suporte social percebido, o suporte social emocional, o suporte social informativo, e em último o suporte social instrumental/prático. O suporte social percebido permite ao indivíduo efetuar uma avaliação mais correta do seu problema, dar-lhe outro significado e estabelecer objetivos mais realistas; o suporte social emocional ocorre quando o indivíduo se sente estimado pelos outros, quando recebe amor, amizade, apoio, segurança, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a sua autoestima; o suporte social informativo corresponde às informações e conselhos que ajudam a compreender melhor as situações difíceis, facilitando a tomada de decisão; já o suporte social instrumental/prático consiste na ajuda concreta relativa a serviços ou até bens materiais que o indivíduo recebe com o objetivo de solucionar um problema (Bloom, 2000; Landmark et al., 2002).

No domínio do cancro da mama, o suporte social emocional pode ser relativo a escutar empaticamente e confortar; o suporte social instrumental/prático, pode estar associado à realização de tarefas e ao transporte do paciente ao hospital; e o suporte informacional, pode

ser referente à informação fornecida acerca da doença, dos tratamentos e dos procedimentos a tomar. Os membros da família, parentes e amigos tendem a fornecer mais suporte social emocional e prático, enquanto os médicos, enfermeiras e técnicos de saúde providenciam maioritariamente suporte social informacional (Lien et al., 2009).

A relação de confiança e empatia entre o prestador de cuidados médicos e o paciente, pode ser considerada uma patente do suporte social, sendo que os pacientes que o percebem possuem uma melhor aderência aos tratamentos (Fuertes et al., 2007).

O ambiente familiar, os recursos financeiros, e o suporte médico percebido, nomeadamente a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde próximos da habitação, são fatores que desempenham um papel significativo na adaptação à doença oncológica (Cordova et al., 2017). No decurso da doença, os recursos financeiros tendem a reduzir, mediante a possível demissão do posto de trabalho ou pela descida de carga horária laboral, o que consequentemente se traduz num inconveniente, tanto na vida familiar, como na vida social, podendo originar distanciamento físico e emocional por parte do paciente (Johns et al., 2016).

A carência de suporte social concedido pelos membros familiares e amigos, pode ser traduzida na intensificação do sofrimento e no desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático associados à doença oncológica. Após o diagnóstico de cancro da mama, é essencial o apoio prestado pelas pessoas com maior proximidade, com o intuito de tranquilizar, proteger e auxiliar na resolução de problemas (Figueiroa et al., 2022).

O suporte social por parte dos amigos e da família, é normalmente caracterizado por segurança, conforto e auxílio na resolução de problemas no período após o diagnóstico. O mesmo é crucial na atribuição de um significado positivo na experiência de vida de sobreviventes de cancro (Schroevers et al., 2010).

As relações sociais constituem uma fonte significativa de suporte social, especialmente na fase de diagnóstico e no enfrentamento dos tratamentos necessários, uma vez que a doença

oncológica acarreta inúmeras mudanças na vida do paciente, mudanças que exigem uma adaptação à nova realidade, a confrontação com a doença e a reformulação de planos futuros, sendo fundamental o culminante apoio neste período delicado (Kroenke et al., 2013). No entanto, o impacto emocional referente ao adoecimento e aos tratamentos necessários, assim como os seus efeitos secundários, é capaz de interferir de forma significativa na disponibilidade social da mulher, uma vez que pode preferir isolar-se, evitando ao máximo qualquer tipo de interação social, ou mesmo familiar (Santos et al., 2019).

Os doentes oncológicos que percebem um maior suporte social tendem a utilizar estratégias de resolução de problemas, reestruturação cognitiva, bem como um melhor ajustamento à doença. Pelo contrário, os que não possuem uma rede de suporte consistente propendem à autocrítica e ao isolamento (Taywade, 2018). O suporte social moderado ou elevado facilita o processo de adaptação à realidade na doença oncológica, e pode diminuir os sintomas associados à quimioterapia (Oh et al., 2020).

Nas pacientes com cancro da mama, o suporte social percebido de outros significativos, potencializa o preenchimento de aspetos socio-emocionais necessários para um ajustamento mental e psicológico adequado à doença (Mishra & Saranath, 2019).

Num estudo realizado por Oliveira et al. (2019), foi possível compreender que a maior parte das mulheres com cancro da mama, procuraram apoio social nas pessoas mais próximas, familiares, bem como na sua religião, com o intuito de confrontar a doença oncológica de uma forma mais positiva, atribuindo um significado à sua finalidade e diminuindo o sofrimento sentido. Já num estudo realizado por Dias et al. (2017), para além do suporte obtido pela família, amigos, e pela fé, averiguou-se também a relevância do suporte relativo aos profissionais de saúde, bem como o suporte recebido pela participação em grupos de apoio, ressaltando-se a sua colaboração no processo de recuperação da doença oncológica.

No período alusivo aos tratamentos inerentes ao cancro da mama, a paciente tende a obter, de forma frequente, apoio por parte dos familiares e amigos que a acompanham desde o diagnóstico da doença, para além de que a entidade patronal também tende a desempenhar um papel facilitador na adaptação à doença, ao aceitar a diminuição da capacidade normal de funcionamento e eficiência no trabalho, ou mesmo pela obtenção de uma baixa médica. No entanto, a paciente oncológica ao superar a doença e torna-se sobrevivente da mesma, experiencia uma mudança drástica de comportamento por parte de quem a rodeia, bem como pela sociedade em si, que espera que a sua funcionalidade se torne semelhante ao período anterior ao aparecimento do cancro, nesta fase o suporte social diminui e são enfrentadas diversas dificuldades nas relações sociais existentes, o que pode originar o desejo de isolamento social por parte da paciente, sendo este bastante prejudicial. Neste sentido, os programas de intervenção surgem como forma de combate ao isolamento social e à obtenção de um maior suporte social em mulheres sobreviventes de cancro da mama (American Cancer Society, 2019).

As mulheres sobreviventes de cancro da mama, mediante a superação de diversos obstáculos, percebem-se como mais resilientes, cultivando novos interesses e vivenciando os relacionamentos sociais de uma forma mais profunda (Bourdon et al., 2019).

A insatisfação com a imagem corporal percebida pelas mulheres com cancro da mama, afeta diretamente o suporte social, na medida em que a insegurança com o corpo e a falta de autoestima sentida, ocasiona receio de julgamento por parte dos outros, e conseqüentemente o evitamento de situações sociais potencializadoras de juízos externos (Arroyo & López, 2011). Devido às alterações corporais resultantes dos tratamentos inerentes ao cancro da mama, as pacientes consideram-se menos atrativas e socialmente aceites, o que resulta numa diminuição do seu funcionamento social (Koçan & Gürsoy, 2016).

As relações sociais e familiares, desempenham um papel crucial no abstraimento da paciente oncológica, relativamente à sua doença. Deste modo, tanto a sua rede familiar, como a rede de suporte alusiva à equipa multidisciplinar que a acompanha, são identificados como elementos facilitadores no processo de adaptação à doença oncológica, especialmente na aceitação da sua imagem corporal (Bittencourt, 2018).

A vinculação é também percebida na literatura como um conceito intrinsecamente ligado ao suporte social, dado que pacientes oncológicos com altos níveis de vinculação ansiosa e insegura tendem a experienciar níveis reduzidos de apoio social, adotando comportamentos inócuos, o que consequentemente pode afetar os resultados obtidos nos tratamentos (Nissen, 2016). O estilo de vinculação ansiosa encontra-se diretamente relacionado com uma maior necessidade de suporte social, aumentando o incomodo inerente à doença oncológica e potencializando a repressão de emoções negativas, com o intuito de impedir a perda de relacionamentos significativos, apreensivos pelo sofrimento do paciente (Ouakinin et. al., 2015).

Num estudo realizado por Renzi et al. (2017), foi possível compreender que os relacionamentos presentes não são os únicos a interferir com a adaptação da mulher ao cancro da mama, posto que as relações paternas precoces também englobam o mesmo quadro. Deste modo, as recordações referentes à relação com a figura paterna encontram-se associadas à adoção de mecanismos de defesa e de estratégias de coping, mais especificamente a elevada proteção paternal foi identificada como estando associada ao uso de mecanismos imaturos e a um maior desalento no decorrer da doença oncológica, enquanto que a reduzida proteção paternal foi ligada a uma maior repressão das emoções e a uma postura mais defensiva.

A expressão emocional é uma componente associada ao suporte social, na medida em que permite a exteriorização de pensamentos, emoções e sentimentos, e facilita a ocorrência de processos cognitivos, afetivos e interpessoais, que possibilitam a significação das vivências por

parte da doente ou sobrevivente oncológica. Uma rede consistente de suporte social por parte de amigos ou familiares, garante um ambiente caracterizado pela segurança, favorecedor da expressão emocional referida, através da partilha de informações relacionadas com os eventos stressantes (Figueiroa et al., 2022).

A partilha de informações associadas à doença oncológica deve ser realizada com as pessoas mais próximas, e também com outros doentes ou sobreviventes de cancro, uma vez que partilham experiências, pensamentos e sentimentos idênticos. Deste modo, o individuo pode sentir-se mais compreendido e escutado, num ambiente de validação externa, empatia e inclusão, o que pode facilitar a gestão das suas emoções negativas (Figueiroa et al., 2022).

A angústia do paciente oncológico não está presente apenas no próprio, pois os membros da sua família também podem partilhar o mesmo sentimento, sendo necessário que ao longo do tempo apresentem mecanismos de coping e de ajustamento (Svetina & Nastran, 2012). Torna-se assim essencial, salientar a importância da intervenção dos psicólogos clínicos neste contexto, orientada numa abordagem sistémica, na medida em que ao contribuírem para um processamento cognitivo e emocional, que envolve tanto a família, como a rede de suporte mais próxima da paciente, permitem a promoção de mudanças positivas na interpretação e na atribuição do significado referente à doença oncológica (Figueiroa et al., 2022).

O aparecimento da pandemia referente ao vírus Covid-19, originou a imposição de diversas restrições sociais, assim como requisitos sanitários de autoproteção, o que impossibilitou a proximidade com familiares e amigos, e acentuou o medo de adoecimento e da morte, tanto do próprio individuo, como da sua rede de apoio. Consequentemente as medidas e limitações impostas, proporcionaram a diminuição significativa do suporte social, especialmente nos grupos mais vulneráveis (Reale, 2021).

O aumento da necessidade de autoproteção, bem como a redução do contato social, foram algumas das alterações comportamentais que surgiram como forma de adaptação à Covid-19 (Matias et al., 2020).

O distanciamento social consiste na redução de interações entre pessoas de uma comunidade mais alargada, surgindo com o principal objetivo de diminuir a transmissão do vírus (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Este distanciamento coexistente com a incerteza do presente e do futuro, associada à pandemia Covid-19, afeta de uma maneira significativa a dimensão física, psicológica, emocional e espiritual do ser humano (Costa & Vigário, 2020).

As principais medidas destacadas pelas autoridades, com o objetivo de minimizar a propagação do vírus, são potencializadoras de consequências psicológicas não intencionais pois não vão ao encontro das necessidades sociais do ser humano. Alguns exemplos dessas medidas consistem nos bloqueios nacionais, proibição de reuniões domésticas, distanciamento social e autoisolamento em casa (Arora *et al.*, 2022). O ser humano não é passível de suportar a solidão, pois a intimidade e as relações sociais são essenciais para o funcionamento humano, indo ao encontro do conceito de suporte social (Jones, 1985).

O acesso ao suporte social necessário foi restringindo, ocasionando uma elevada inquietude e sofrimento na população, particularmente na ocorrência do falecimento de um ente querido, na medida em que o isolamento social requerido origina uma adaptação disfuncional ao processo de luto. A angústia desencadeada pela morte, passou a ser experienciada de uma forma solitária e potencialmente traumática (Reale, 2021).

O isolamento derivado da atual pandemia, resultou deste modo no agravamento de problemas de ordem psicológica já existentes, bem como no aparecimento dos mesmos para outras pessoas que experienciaram níveis de sofrimento nunca sentido (Costa et al., 2020).

O desespero e o sofrimento sentido no período pandémico, mediante o isolamento recomendado, podem levar a adoção de comportamentos de risco, sendo um deles o suicídio.

As causas subjacentes a este ato, englobam a solidão, desesperança, falta de suporte comunitário, dificuldades financeiras, excesso de consumo de álcool e de outras substâncias, violência doméstica, privação do acesso a tratamentos e cuidados de saúde necessários, morte de um familiar ou elemento da rede de apoio mais próxima, assim como a existência de um transtorno mental preexistente e o agravamento dos sintomas inerentes, como referido anteriormente (Gunnell, 2020).

A proteção da saúde mental e a prevenção da propagação do vírus, foram alcançados mediante a manutenção de uma proximidade social mental, invés de física (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Um dos mecanismos adaptativos nesta pandemia e o novo estilo de vida consistiu no uso da tecnologia, da internet e redes sociais, de modo a combater a distância a que o isolamento e a autoproteção obrigaram (Vasconcelos et al., 2020). Contudo, é necessário considerar que, apesar das redes sociais e das recentes tecnologias terem contribuído para a obtenção de suporte social durante o período de restrições, assim como o acesso a serviços de saúde mental e de aconselhamento psicológico muito necessários neste contexto, também facilitou a disseminação de notícias falsas, e conseqüentemente no aumento de sentimentos negativos de ansiedade e de pânico, afetando assim a qualidade de vida da população (Cruz et al., 2020).

Com o levantamento de algumas restrições referentes à Covid-19 e o culminar do período pandêmico, a população adotou novos comportamentos, tanto pessoais como sociais, uma vez que a vacinação proporcionou a aquisição de defesas, a redução da transmissão do vírus e da gravidade da infecção por ele ocasionada. Todavia, a vacinação não se traduz num fenómeno totalmente protetor, principalmente pelo surgimento constante de novas variantes do vírus, sendo necessário ressaltar a importância da readoção de algumas medidas protetoras, especialmente na população mais vulnerável, como é o caso de doentes oncológicos, o uso da máscara deve ser considerado em circunstâncias sociais que o exigem, nomeadamente nos

encontros sociais ocorridos no período sazonal de inverno, onde as infecções respiratórias são mais frequentes, assim como no comparecimento em hospitais ou centros de saúde (WHO, 2022).

Modelo de Crenças na Saúde

O Modelo de Crenças na Saúde, tendo em consideração os vários modelos teóricos existentes, distingue-se pela sua extensa aplicação em inúmeros estudos no campo da saúde (Martins et al., 2015).

A presente temática pode ser discutida com base no modelo teórico de crenças na saúde, sendo este um modelo desenvolvido por Becker e diversos estudiosos ao longo das décadas de 50 a 80, com o principal intuito de compreender o motivo por detrás da motivação para a adoção de comportamentos preventivos, ou não preventivos, em saúde (Carvalho et al., 2021).

No âmbito da saúde, as crenças abrangem ideias, convicções e atitudes adotadas pelos pacientes, relacionadas com a saúde, a doença e com diversos fatores que influenciam a qualidade de vida (Badaró et al., 2014).

Segundo o Modelo de Crenças na Saúde, de modo a adotar comportamentos preventivos/ de cuidado em saúde, o paciente deve: reconhecer que é suscetível à doença, considerar o impacto negativo que a doença irá proporcionar, acreditar que a adoção de certos comportamentos pode diminuir significativamente a gravidade da doença, e sobrepor importantes barreiras psicológicas. Deste modo, o presente modelo justifica o comportamento do paciente mediante a doença ou o risco de adoecer, considerando os fatores positivos que incentivam comportamentos pró-saúde, e os fatores negativos que os inibem (Costa, 2020).

O modelo é assim composto por quatro dimensões, nomeadamente a suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras, considerando assim que as perceções subjetivas de cada

pessoa influenciam o processo de tomada de decisão, isto é, de modo a praticar comportamentos preventivos é necessário que a pessoa acredite realmente que é suscetível à doença, e que esta pode afetar negativamente a sua vida. A base presente neste modelo, consiste no facto de as crenças atuarem como mediadores cognitivos, ou seja, moldam as perceções que, por sua vez, orientam as ações (Carvalho et al., 2021).

A decisão inerente à adoção de recomendações médicas em relação a determinada doença, advém da perceção do individuo quanto ao nível de suscetibilidade pessoal, da perceção da gravidade das consequências causadas pela doença, dos benefícios percebidos ao adotar comportamentos que evitem o problema de saúde, e das barreiras percebidas (ponto negativo da ação) nomeadamente barreiras físicas, psicológicas e financeiras, referentes ao custo para iniciar ou manter o comportamento desejado. (Martins et al., 2015).

No cancro da mama, a presença de comportamentos preventivos, assume extrema relevância na deteção precoce e no combate da doença oncológica. Deste modo, a mulher ao percecionar a sua suscetibilidade à doença, a gravidade da mesma, os benefícios da prevenção e as suas expectativas quanto ao tratamento, irá aderir de forma frequente a programas de rastreio do cancro da mama, antecipadamente à existência de qualquer sintoma, permitindo que a doença seja identificada numa fase inicial, e que a sua cura englobe tratamentos menos invasivos. Neste sentido, o conhecimento e a obtenção de informação relativa a todos os aspetos da doença oncológica, mediante folhetos informativos, internet, ou até mesmo pelos profissionais de saúde, é um fator motivador na prática de comportamentos pró-saúde (Ogden, 1999).

O modelo de crenças na saúde, relativamente ao vírus Covid-19, permite compreender a resistência de algumas pessoas à adoção de diversas medidas recomendadas com o intuito de combater a disseminação do vírus, sendo uma delas o isolamento social (Costa, 2020).

As crenças assumem extrema relevância na prevenção e controlo da Covid-19, uma vez que através do reconhecimento dos benefícios na adoção de medidas preventivas, na perceção da grande suscetibilidade à doença (sendo este um vírus altamente transmissível), assim como da severidade da mesma, nomeadamente as consequências secundárias e até mesmo o risco de morte, torna-se possível um maior controlo na propagação do vírus, e uma maior proteção da população, especialmente nas pessoas que apresentem maior vulnerabilidade, como é o caso de doentes oncológicos. Desta forma, as ações preventivas neste contexto só modificam o comportamento das pessoas que acreditam nos benefícios de tais mudanças (Carvalho et al., 2021).

No contexto da pandemia da Covid-19, as mulheres que enfrentam o cancro da mama encontram-se inseridas num cenário complexo de fatores tanto sociais como psicológicos, para além de lidarem com os desafios impostos pela doença, que englobam os tratamentos necessários, os seus efeitos secundários, assim como as incertezas do seu prognóstico, também experienciam elevados níveis de medo e de ansiedade (Yildirim et al., 2021; Jiao et al., 2020). O medo referente ao vírus Covid-19, por sua vez pode agravar o quadro de sintomatologia ansiosa, já presente, mediante as suscetibilidades da doença oncológica (Brooks et al., 2020; Carreira et al., 2020). Neste sentido, o modelo de crenças na saúde, determina que a perceção da ameaça à saúde, assim como as crenças relativas às consequências da doença oncológica e da pandemia, desempenham papéis fundamentais (Carvalho et al., 2021).

As mulheres com cancro da mama, ao interpretarem o vírus Covid-19 como uma ameaça adicional ao seu estado de saúde, intensificam a sintomatologia ansiosa experienciada, o que consequentemente motiva a sua procura por suporte social, sendo este um fator fundamental na superação dos desafios inerentes ao cancro da mama (Reale, 2021; Hajian et al., 2017). A resiliência e a perceção da própria capacidade de enfrentar desafios podem desempenhar um papel crucial na atenuação do impacto psicológico, influenciando a forma de lidar com o medo

e a procura de suporte social (Serafini et al., 2020). Além disso, barreiras percebidas, como o acesso limitado a tratamentos médicos e o risco de exposição ao vírus, imposto pela necessidade de acompanhamento médico, assim como benefícios percebidos, como medidas de segurança para evitar a Covid-19, podem determinar diversas reações comportamentais e emocionais (WHO, 2021; Ornell et al., 2020). Deste modo, a compreensão destas relações, permite uma visão do objetivo geral do presente estudo, desempenhando um papel essencial na disposição de um suporte psicológico eficaz e na promoção do bem-estar integral das mulheres com cancro da mama, atenuando o impacto psicológico da pandemia nesta população de risco.

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo a análise da relação existente entre o medo face à Covid-19, o suporte social e a ansiedade. Deste modo, o objetivo geral baseia-se no estudo do impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama. Como objetivos específicos propõem-se:

1. Descrever os níveis de medo face à Covid-19 em mulheres com cancro da mama.
2. Perceber os níveis de ansiedade em mulheres com cancro da mama.
3. Compreender os níveis de suporte social percebido em mulheres com cancro da mama.
4. Investigar a relação entre o medo face à Covid-19 e a ansiedade em mulheres com cancro da mama.
5. Averiguar a relação entre o medo face à Covid-19 e o suporte social percebido em mulheres com cancro da mama.
6. Compreender a relação entre a ansiedade e o suporte social percebido em mulheres com cancro da mama.
7. Analisar o estado civil, a situação profissional, o tratamento, a idade e o estágio da doença como fatores preditores do medo face à Covid-19 em mulheres com cancro da mama.
8. Investigar o estado civil, a situação profissional, o tratamento, a idade e o estágio da doença como fatores preditores do suporte social percebido em mulheres com cancro da mama.
9. Analisar o estado civil, a situação profissional, o tratamento, a idade e o estágio da doença como fatores preditores da ansiedade em mulheres com cancro da mama.

Método

Participantes

De acordo com os objetivos propostos, foi utilizada uma abordagem quantitativa transversal. Na seleção dos participantes para o presente estudo, é utilizado o método de amostragem não probabilística, por conveniência. A amostra (n=58) é constituída por indivíduos do sexo feminino, entre os 20 e 65 anos de idade, detentores de doença oncológica, mais especificamente cancro da mama.

A seleção dos participantes do estudo foi efetuada através dos seguintes critérios de inclusão: (1) ser do sexo feminino, (2) ter tido cancro da mama no período pandémico ou após o mesmo, (3) idade entre os 20 e 65 anos, inclusive. Como critérios de exclusão podem considerar-se: (1) ser do sexo masculino, (2) não ter tido cancro da mama no período pandémico ou após o mesmo, (3) idade inferior a 20 anos e superior a 65.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas da presente amostra obtida, constituída por 58 indivíduos do sexo feminino com nacionalidade portuguesa, onde é possível constatar que a parcela referente à idade compreendida entre os 41 e 50 anos, apresenta um maior número de participantes, nomeadamente 29 mulheres, com uma percentagem correspondente a 50% da população estabelecida no estudo. Relativamente ao estado civil foi possível compreender que existe uma predominância de mulheres casadas ou em união de facto, mais especificamente 37 mulheres, o que corresponde a 63.8% da amostra recolhida. Em relação à situação profissional foi exequível verificar que cerca de 82.8 % da amostra do presente estudo (n=48), encontra-se numa situação ativa, o que pode englobar também mulheres que detêm baixa médica.

Quanto aos dados clínicos da presente amostra foi possível compreender que existe uma predominância de mulheres que se enquadram no estágio I do cancro da mama, nomeadamente 39.7 % da população (n=23), enquanto o estágio II assume a segunda posição de preeminência, referente a 29.3 % da população (n=17). No que concerne ao tratamento, verificou-se que cerca de 79.3 % da amostra se encontra em tratamento, podendo este referir-se a quimioterapia, radioterapia, cirurgia/mastectomia, hormonoterapia e imunoterapia.

Tabela 1

Dados sociodemográficos e clínicos da amostra

Dados sociodemográficos e clínicos	N	%
Idade		
20 – 30 anos	4	6.9
31 – 40 anos	9	15.5
41 – 50 anos	29	50
51 – 65 anos	16	27.6
Estado Civil		
Solteira/Divorciada	19	32.8
Casada/União de facto	37	63.8
Viúva	2	3.4
Situação Profissional		
Ativa	48	82.8
Não Ativa	10	17.2
Estádio da Doença		
Estádio 0	7	12.1
Estádio I	23	39.7
Estádio II	17	29.3
Estádio III	10	17.2
Estádio IV	1	1.7
Tratamento		
Em Tratamento	46	79.3
Terminado/Remissão/Vigilância	12	20.7

Instrumentos

O instrumento utilizado é constituído por um questionário de dados sociodemográficos e clínicos, um questionário de medo face à Covid-19, um questionário de satisfação com o suporte social, assim como por um questionário de ansiedade.

Questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos

A caracterização da amostra representante do estudo, foi obtida mediante a elaboração de um questionário relativo a dados sociodemográficos e clínicos, composto por 6 itens tais como identificação da idade, nacionalidade, estado civil, situação profissional, estágio da doença, e fase atual do tratamento.

Questionário de Medo face à Covid-19

A variável relativa ao medo face à Covid-19, foi avaliada através de um instrumento quantitativo, nomeadamente a Escala de medo face à Covid-19, desenvolvida por Ahorsu et al. (2020), e adaptada à população lusófona num estudo de validação recente realizado por Henrique Pereira, Graça Esgalhado, Vítor Costa, Samuel Monteiro, & Vivianne Oliveira (2021).

A presente escala é constituída por 7 itens, mais especificamente frases afirmativas, com um formato de resposta de tipo Likert de cinco posições, tais como “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Nem concordo, nem discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. A pontuação da escala é obtida através da soma dos itens, podendo variar entre 7 e 35 pontos, deste modo quanto mais alto for o valor, maior será o sentimento de medo associado à Covid-19 (Ahorsu et al., 2020).

As afirmações têm como principal objetivo compreender o medo sentido referente ao vírus estudado, alguns exemplos das mesmas consistem em “Tenho medo de morrer de Covid-19” e “Não consigo dormir porque estou preocupado/a em apanhar a Covid-19”.

De acordo com o estudo de validação da escala referido anteriormente, esta indica boas propriedades psicométricas, apresentando uma boa consistência interna, com o Alpha de Cronbach 0.87, revelando uma boa confiabilidade (Pereira, H., Esgalhado, G., Costa, V., Monteiro, S., & Oliveira, V. 2021). No que concerne ao presente estudo, a escala de medo face à Covid-19 apresentou um Alpha de Cronbach de 0.85, sugerindo também uma boa consistência/confiabilidade interna.

Questionário de Satisfação com o Suporte Social

O suporte social foi avaliado através de um instrumento quantitativo, mais especificamente a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 2011).

Esta escala é constituída por 15 frases afirmativas, onde o sujeito deve assinalar o grau em que concorda com as mesmas numa escala de Likert, constituída por 5 posições, tais como “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e em último “discordo totalmente”.

A escala ESSS é dividida em quatro categorias, nomeadamente a “satisfação com os amigos” (SA), tendo como objetivo medir a satisfação percecionada com as amizades, incluindo cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15). A segunda categoria consiste na “intimidade” (IN), que mede a perceção da existência de suporte social íntimo por parte do individuo, esta categoria é composta por quatro itens (itens 1, 4, 5, 6). Já a terceira categoria consiste na “satisfação com a família” (SF), tendo como principal objetivo a medição do suporte social familiar existente e percecionado, incluindo três itens (itens 9, 10, 11). Em último, consta a categoria “atividades

sociais” (AS), que mede a satisfação com as atividades sociais que o indivíduo realiza, esta contém três itens (itens 2, 7, 8). A pontuação da escala pode variar entre 15 e 75 valores, sendo que uma pontuação mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social.

As afirmações “Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria” e “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”, são exemplos constituintes da escala em causa. A mesma encontra-se nos anexos do presente trabalho.

A escala possui boas características psicométricas, apresentando uma alta consistência interna e boa fiabilidade, tendo como valor de Alpha de Cronbach 0.85, averiguado nos seus estudos de validação (Pais-Ribeiro, 2011).

No que diz respeito ao presente estudo, foi calculado o valor de Alpha de Cronbach para cada subescala do instrumento mencionado, sendo possível constatar um Alpha de Cronbach 0.95 na subescala de satisfação com os amigos, sugerindo uma excelente consistência interna. Na subescala de intimidade, o valor correspondeu a 0.88, sendo exequível verificar uma boa consistência interna. Relativamente à subescala de satisfação com a família, o valor averiguado consistiu em 0.97, o que revela uma excelente consistência interna. Já na subescala referente a atividades sociais, o valor de Alpha de Cronbach calculado correspondeu a 0.79, o que indica uma consistência interna aceitável.

Questionário de Ansiedade

A variável ansiedade, foi avaliada através de um método quantitativo, Inventário Beck de Ansiedade (BAI), instrumento que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade (Versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Fonseca, 1995).

O Inventário de Ansiedade de Beck é um inventário de autorresposta, constituído por 21 itens, relativos a sintomas físicos e psicológicos inerentes à ansiedade, nomeadamente: 1) dormência ou formigueiro, 2) sensação de calor, 3) tremores nas pernas, 4) incapaz de relaxar,

5) medo que o pior aconteça, 6) atordoado ou tonto, 7) palpitação ou aceleração do coração, 8) sem equilíbrio, 9) aterrorizado), 10) nervoso, 11) sensação de sufocação, 12) tremores nas mãos, 13) trémulo, 14) medo de perder o controlo, 15) dificuldade em respirar, 16) medo de morrer, 17) assustado, 18) indigestão ou desconforto no abdómen, 19) sensação de desmaio, 20) rosto afogueado e 21) suor (não devido ao calor) (Beck, 1988).

O respondente é solicitado a referir o quanto se tem sentido incomodado por cada um dos sintomas durante a última semana. Existem quatro níveis de resposta para cada afirmação, tais como: 0) Absolutamente não; 1) Levemente, não me incomodou muito; 2) Moderadamente, foi muito desagradável, mas pude suportar; e 3) Gravemente, dificilmente pude suportar.

O resultado total pode variar entre 0 e 63, quanto mais elevados forem os valores finais obtidos, com maior gravidade são percecionados os sintomas do sujeito. A ansiedade pode ser operacionalizada em “mínima”, “leve”, “moderada” e “severa”, através dos seguintes intervalos: 0-10 pontos para nível mínimo de ansiedade, 11-19 pontos para nível leve, 20-30 pontos para nível moderado e 31-63 pontos para nível severo.

O inventário possui boas características psicométricas, apresenta uma alta consistência interna, tendo o valor do Alpha de Cronbach sido de 0.92, nos seus estudos de validação (Beck, 1988). Relativamente ao presente estudo, foi possível averiguar, através da aplicação do inventário referido, um Alpha de Cronbach de 0.94, o que indica também uma excelente confiabilidade/consistência interna.

Procedimentos de recolha de dados

Os instrumentos previamente selecionados foram aplicados mediante a realização de um questionário desenvolvido no google forms, no qual foi pedido o consentimento para integrar na amostra clínica necessária, e foram disponibilizadas todas as informações referentes ao objeto do estudo em causa, assegurando o anonimato e confidencialidade de cada informação

disponibilizada, bem como o seu carácter voluntário, respeitando inteiramente as considerações éticas vigentes.

A recolha da amostra clínica, foi realizada através da divulgação do questionário em diversos grupos alusivos ao cancro da mama, em plataformas digitais como o Facebook, Instagram, ou mesmo via WhatsApp. A amostra recolhida contou com a participação de 58 mulheres que sofrem ou sofreram com cancro da mama, durante ou após o período pandémico. No presente estudo a amostra é considerada reduzida devido ao facto de ser uma população clínica, e conseqüentemente existir uma dificuldade significativa à sua acessibilidade, sendo esta uma população de risco, que apresenta uma grande vulnerabilidade inerente às advertências da doença oncológica.

Perante as estatísticas obtidas pela divulgação do questionário, no qual integraram os quatro instrumentos seleccionados para a presente investigação, os resultados foram introduzidos no programa SPSS, e analisados segundo os respetivos manuais de cotação/correção. Foram realizadas análises descritivas (compostas por médias, valores de desvio padrão, valores mínimos e valores máximos), e tendo em consideração as características gerais da amostra, foram utilizados testes não paramétricos. Deste modo, foi compreendida a relação entre as três principais variáveis mediante análises do Coeficiente de Correlação de Spearman (uma vez que o presente estudo detém um design transversal e não segue uma distribuição normal). Com o intuito de analisar o estado civil, a situação profissional, o tratamento, a idade e o estágio da doença como fatores preditores do medo face à Covid-19, da ansiedade e do suporte social percebido em mulheres com cancro da mama, foram realizados testes de Mann-Whitney e testes de Kruskal-Wallis. Por último, procedeu-se à realização de uma regressão múltipla, de modo a compreender a relação entre uma variável dependente e diferentes variáveis independentes.

Resultados

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva para cada variável em estudo, nomeadamente para a escala de medo face à Covid-19, para o inventário Beck de Ansiedade (BAI), assim como para a escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), e para as suas respetivas subescalas, com o principal intuito de compreender os seus valores médios e inferir através dos resultados obtidos os níveis de medo, ansiedade e suporte social percebido na amostra integrante do presente estudo.

Resultados Descritivos

Em seguida, na Tabela 2, encontram-se expostos os resultados descritivos referidos anteriormente, referentes às variáveis psicológicas do medo face à Covid-19, da ansiedade e da satisfação com o suporte social, assim como para as subescalas de Satisfação com os Amigos (SA), Intimidade (IN), Satisfação com a Família (SF), e Atividades Sociais (AS).

Tabela 2

Estatística Descritiva da Variáveis Psicológicas

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Medo Covid	58	7.00	28.00	16.41	3.41
Ansiedade	58	2.00	52.00	24.32	10.76
Suporte Social	58	15.00	73.00	42.05	14.16
SA	58	5.00	25.00	13.56	5.02
IN	58	4.00	20.00	10.96	3.96
SF	58	3.00	15.00	9.34	3.34
AS	58	3.00	15.00	8.17	2.78

Mediante a análise da tabela apresentada é sugerido que a população em estudo revela níveis médios de medo face à Covid-19, níveis moderados de ansiedade, assim como níveis intermédios de satisfação com o suporte social percebido.

No que concerne ao Medo face à Covid-19, o valor mínimo de resposta verificado correspondeu a 7 valores, representando a inexistência de medo, e o valor máximo de resposta obtido foi de 28 valores, o que se traduz em níveis médios-altos de medo face à Covid-19, a média apresentada para a generalidade da população é de 16.41, o que indica que foram verificados níveis médios de medo, com um desvio padrão de 3.41.

Em relação à Ansiedade, o valor mínimo de resposta obtido correspondeu a 2 valores, o que sugere um nível mínimo de ansiedade, já o valor máximo de resposta verificado foi de 52 valores, revelando um nível severo de ansiedade. A média equivaleu a 24.32 valores, o que indica níveis moderados de ansiedade na generalidade da população em estudo, com um desvio padrão de 10.76.

Relativamente à Satisfação com o Suporte Social, foi possível verificar o valor mínimo de resposta de 15 valores, o que sugere um valor baixo de satisfação com o suporte social, e o valor máximo correspondeu a 73 valores o que sugere um valor alto de satisfação com o suporte social. A média obtida correspondeu a 42.05 o que traduz um valor médio de satisfação com o suporte social na generalidade da população da amostra, com um desvio padrão de 14.16. Na Satisfação com as Amizades (SA), a média foi de 13.56, o que sugere uma satisfação baixa, na Intimidade (IN) a média foi de 10.96 valores, o que sugere um valor médio-alto, na Satisfação com a Família (SF) a média correspondeu a 9.34 valores, o que sugere um valor médio alto, por último nas Atividades Sociais (AS) a média foi de 8.17, o que propõe uma satisfação média.

Resultados do estudo da associação entre a Ansiedade e o Medo face à Covid-19

Os resultados expostos na Tabela 3, referentes ao estudo da associação entre a variável ansiedade e a variável medo face à Covid-19, propõem a existência de uma associação positiva fraca (Coeficiente de correlação=0.259), mas estatisticamente significativa (Sig.=0.049) entre as duas variáveis, sugerindo que conforme o medo face à Covid-19 aumenta, os níveis de ansiedade tendem também a aumentar.

Tabela 3

Correlação de Spearman entre Ansiedade e Medo face à Covid-19

	Medo Covid-19
Ansiedade	.049*

*p<.05

Resultados do estudo da associação entre o Suporte Social e o Medo face à Covid-19

Os resultados demonstrados na Tabela 4, alusivos ao estudo da associação entre a variável suporte social e a variável medo face à Covid-19, propõem uma associação negativa muito fraca (Coeficiente de correlação=-0.020), e insignificante (Sig.=0.879). Deste modo, a falta de uma associação estatisticamente significativa sugere que não existem evidências suficientes para afirmar que as variáveis em causa se encontram relacionadas na amostra em estudo.

Tabela 4

Correlação de Spearman entre Suporte Social e Medo face à Covid-19

	Medo Covid-19
Suporte Social	.879*

*p<.05

Resultados do estudo da associação entre o Suporte Social e a Ansiedade

Os resultados expostos na Tabela 5, referentes ao estudo da associação entre a variável suporte social e a variável ansiedade, propõem uma associação negativa moderada (Coeficiente de correlação=-0.471), altamente significativa estatisticamente (Sig.=0.000), sugerindo que conforme o suporte social percebido aumenta, os níveis de ansiedade tendem a diminuir, ou vice-versa. Este resultado preconiza a importância do suporte social no controlo da ansiedade, onde a percepção de um maior suporte social pode estar associada a menores níveis de ansiedade.

Tabela 5

Correlação de Spearman entre Suporte Social e Ansiedade

	Ansiedade
Suporte Social	.000*

*p<.05

Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Estado civil

No teste de Mann-Whitney realizado, procedeu-se à divisão da amostra em dois grupos diferentes, nomeadamente o grupo 1 constituído por mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas (n=21), e o grupo 2 constituído por mulheres casadas ou em união de facto (n=37). Na Tabela 6, os resultados apresentados sugerem a existência de maiores níveis de ansiedade em mulheres casadas ou em união de facto (M=30.55), uma maior satisfação com o suporte social em mulheres casadas ou em união de facto (M=31.23), e maiores níveis de medo face à Covid-19 em mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas (M=30.67), no entanto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil nas variáveis ansiedade, suporte social e medo face à Covid-19.

Tabela 6

Diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Estado civil

	Solteira/Divorciada/ Viúva (n=21)	Casada/União de facto (n=37)	U	p
	Posto médio	Posto médio		
Ansiedade	27.64	30.55	349.500	.528
Suporte Social	26.45	31.23	324.500	.299
Medo Covid-19	30.67	28.84	364.000	.689

Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função da Situação Profissional

No teste de Mann-Whitney realizado, procedeu-se à divisão da amostra em dois grupos diferentes, nomeadamente o grupo 1 constituído por mulheres na situação profissional ativa, englobando mulheres que se encontram a exercer a sua profissão ou que se encontram em baixa médica (n=48), e o grupo 2 constituído por mulheres na situação profissional não ativa, englobando mulheres que se encontram desempregadas ou reformadas (n=10).

Na Tabela 7, os resultados apresentados sugerem a existência de maiores níveis de ansiedade em mulheres na situação profissional não ativa (M=37.15), uma maior satisfação com o suporte social em mulheres na situação profissional ativa (M=30.02), e maiores níveis de medo face à Covid-19 em mulheres na situação profissional ativa (M=30.25), no entanto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função da situação profissional nas variáveis ansiedade, suporte social e medo face à Covid-19.

Tabela 7

Diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função da Situação Profissional

	Ativa (n=48)	Não Ativa (n=10)	U	p
	Posto médio	Posto médio		
Ansiedade	27.91	37.15	163.500	.115
Suporte Social	30.02	27.00	215.000	.606
Medo Covid-19	30.25	25.90	204.000	.454

Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Tratamento

No teste de Mann-Whitney realizado, procedeu-se à divisão da amostra em dois grupos diferentes, nomeadamente o grupo 1 constituído por mulheres em tratamento (n=46), e o grupo 2 constituído por mulheres que já terminaram o tratamento, ou que se encontram em remissão, ou em vigilância (n=12).

Na Tabela 8, os resultados apresentados sugerem a existência de maiores níveis de ansiedade em mulheres que se encontram em tratamento (M=29.90), uma maior satisfação com o suporte social em mulheres que se encontram em tratamento (M=29.83), assim como maiores níveis de medo face à Covid-19 em mulheres que se encontram em tratamento (M=30.34), no entanto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do tratamento nas variáveis ansiedade, suporte social e medo face à Covid-19.

Tabela 8

Diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Tratamento

	Em Tratamento	Terminado/Remissão/Vigilância	U	p
	(n=46)	(n=12)		
	Posto médio	Posto médio		
Ansiedade	29.90	27.96	257.500	.722
Suporte Social	29.83	28.25	261.000	.773
Medo Covid-19	30.34	26.29	237.500	.456

Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função da Idade

O teste de Kruskal-Wallis realizado, permitiu comparar as médias referentes aos níveis de ansiedade, suporte social e medo face à Covid-19, entre 4 grupos diferentes, nomeadamente o grupo 1 que engloba as mulheres inseridas na faixa etária dos 20 a 30 anos de idade (n=4), o grupo 2 constituído por mulheres inseridas na faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade (n=9), o grupo 3 que engloba as mulheres inseridas na faixa etária dos 41 aos 50 anos de idade (n=29), e por último o grupo 4 constituído por mulheres inseridas na faixa etária dos 51 aos 65 anos de idade (n=16).

Na Tabela 9, os resultados apresentados sugerem a existência de maiores níveis de ansiedade em mulheres na faixa etária dos 20 aos 30 anos (M=38.50), uma maior satisfação com o suporte social em mulheres que se encontram na faixa etária dos 41 aos 50 anos de idade (M=31.84), assim como maiores níveis de medo face à Covid-19 em mulheres que se encontram na faixa etária dos 20 aos 30 anos (M=32.88).

Os resultados sugeriram que não existem diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, no suporte social e no medo face à Covid-19 entre as diferentes faixas etárias.

Tabela 9

Diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função da Idade

	20 aos 30	31 aos 40	41 aos 50	51 aos 65	H	p
	(n=4)	(n=9)	(n=29)	(n=16)		
	Posto médio	Posto médio	Posto médio	Posto médio		
Ansiedade	38.50	24.61	28.02	32.69	2.690	.442
Suporte Social	30.25	27.94	31.84	25.94	1.362	.715
Medo Covid-19	32.88	23.72	29.93	31.13	1.408	.704

Resultados do estudo das diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Estádio da doença

O teste de Kruskal-Wallis realizado, permitiu comparar as médias referentes aos níveis de ansiedade, suporte social e medo face à Covid-19, entre 5 grupos diferentes, nomeadamente o grupo 1 referente às mulheres que se encontram no estágio 0 do cancro da mama (n=7), o grupo 2 constituído por mulheres que se encontram no estágio I do cancro da mama (n=23), o grupo 3 que engloba as mulheres inseridas no estágio II do cancro da mama (n=17), o grupo 4 referente às mulheres que se encontram no estágio III do cancro da mama (n=10), e por último o grupo 5 constituído por mulheres inseridas no estágio IV do cancro da mama (n=1).

Na Tabela 10, os resultados apresentados sugerem a existência de maiores níveis de ansiedade, de uma maior satisfação com o suporte social, assim como de maiores níveis de

medo face à Covid-19 no estágio IV do cancro da mama, constituído apenas por uma mulher, o que interfere no aumento das médias apresentadas.

Os resultados sugeriram que não existem diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, no suporte social e no medo face à Covid-19 entre as diferentes categorias do estágio da doença, embora seja possível constatar a existência de um valor (Sig.=0.070), próximo do nível de significância, referente ao medo experienciado entre os diferentes estádios do cancro da mama.

Tabela 10

Diferenças nas variáveis Ansiedade, Suporte Social e Medo face à Covid-19 em função do Estádio da doença

	0	I	II	III	IV	H	p
	(n=7)	(n=23)	(n=17)	(n=10)	(n=1)		
	Posto	Posto	Posto	Posto	Posto		
	médio	médio	médio	médio	médio		
Ansiedade	19.50	27.22	33.74	31.70	58.00	6.978	.137
Suporte Social	40.29	30.59	23.82	26.55	55.00	7.491	.112
Medo Covid-19	26.00	24.11	36.62	29.40	58.00	8.681	.070

Resultados do estudo dos preditores da variável Medo face à Covid-19

A análise produziu um modelo (modelo 1), estatisticamente significativo ($F=2.463$; $p=.030$), no qual 25.6% da variabilidade na variável dependente pode ser explicada pelos regressores no modelo ($R^2=.256$; $R^2_{ajustado}=0.152$). Relativamente aos coeficientes beta, verificou-se que apenas a variável ansiedade contribuiu significativamente para o modelo em

causa ($\beta=.145$; $t=3.112$; $p=.003$). Os resultados sugerem que quanto maiores os níveis de ansiedade experienciados pelas mulheres com cancro da mama, maiores serão os níveis de medo face à Covid-19.

Tabela 11

Sumarização do modelo ANOVA da regressão linear, modelo 1

	R ²	R ² Ajustado	df	F	p
1	.256	.152	-	-	-
Regressão	-	-	7	2.463	.030

Tabela 12

Regressão linear da variável Medo face à Covid-19, modelo 1

	Beta	Beta padronizado	t	p	Estatísticas de colinearidade	
					Tolerância	VIF
Idade	-.149	-.037	-.262	.795	.748	1.337
Estado Civil	-.174	-.064	-.498	.621	.908	1.102
Situação Profissional	-.008	-.002	-.015	.988	.633	1.581
Estádio da doença	.708	.202	1.463	.150	.781	1.281
Tratamento	-.084	-.054	-.413	.681	.855	1.170
Ansiedade	.145	.456	3.112	.003	.694	1.441
Suporte Social	.052	.215	1.540	.130	.764	1.310

Variável Dependente: Medo face à Covid-19

Resultados do estudo dos preditores da variável Ansiedade

A análise produziu um modelo (modelo 2), estatisticamente significativo ($F=5.145$; $p=.000$), no qual 41.9% da variabilidade na variável dependente pode ser explicada pelos

regressores no modelo ($R^2=.419$; $R^2_{ajustado}=.337$). Relativamente aos coeficientes beta, verificou-se que a variável suporte social ($\beta=-.308$; $t=-3.601$; $p=.001$), e a variável medo face à Covid-10 ($\beta=1.121$; $t=3.112$; $p=.003$), contribuíram significativamente para o modelo em causa. Os resultados sugerem que quanto maior a perceção de suporte social, menores serão os níveis de ansiedade sentidos, e que quanto maiores os níveis de medo face à Covid-19, maiores serão os níveis de ansiedade sentidos.

Tabela 13

Sumarização do modelo ANOVA da regressão linear, modelo 2

	R ²	R ² Ajustado	df	F	p
1	.419	.337	-	-	-
Regressão	-	-	7	5.145	.000

Tabela 14

Regressão linear da variável Ansiedade, modelo 2

	Beta	Beta padronizado	t	p	Estatísticas de colinearidade	
					Tolerância	VIF
Idade	-1.609	-.127	-1.027	.309	.763	1.311
Estado Civil	1.477	.172	1.550	.127	.947	1.056
Situação Profissional	1.739	.171	1.284	.205	.653	1.531
Estádio da doença	.585	.053	.426	.672	.751	1.331
Tratamento	-.117	-.024	-.207	.837	.853	1.173
Suporte Social	-.308	-.405	-3.601	.001	.918	1.089
Medo Covid	1.121	.356	3.112	.003	.888	1.127

Variável Dependente: Ansiedade

Resultados do estudo dos preditores da variável Suporte Social

A análise produziu um modelo (modelo 3), estatisticamente significativo ($F=2.656$; $p=.020$), no qual 27.1% da variabilidade na variável dependente suporte social, pode ser explicada pelos regressores no modelo ($R^2=.271$; $R^2_{ajustado}=.169$). Relativamente aos coeficientes beta, verificou-se que apenas a variável ansiedade contribuiu significativamente para o modelo em causa ($\beta=-.669$; $t=-3.601$; $p=.001$). Os resultados sugerem que quanto maiores os níveis de ansiedade experienciados pelas mulheres com cancro da mama, menores serão os níveis de suporte social percecionados.

Tabela 15

Sumarização do modelo ANOVA da regressão linear, modelo 3

	R ²	R ² Ajustado	df	F	p
1	.271	.169	-	-	-
Regressão	-	-	7	2.656	.020

Tabela 16

Regressão linear da variável Suporte Social, modelo 3

	Beta	Beta padronizado	t	p	Estatísticas de colinearidade	
					Tolerância	VIF
Idade	-.767	-.046	-.329	.744	.748	1.336
Estado Civil	2.065	.183	1.468	.148	.942	1.061
Situação Profissional	-.448	-.033	-.221	.826	.633	1.579
Estádio da doença	-.846	-.058	-.418	.678	.751	1.331
Tratamento	.482	.075	.579	.565	.858	1.166
Medo Covid	.873	.211	1.540	.130	.779	1.284
Ansiedade	-.669	-.508	-3.601	.001	.732	1.366

Variável Dependente: Suporte Social

Discussão

O principal objetivo do presente estudo consiste em compreender o impacto do medo face à Covid-19 no suporte social e na ansiedade de mulheres com cancro da mama, para tal, foram inicialmente averiguados os níveis de medo face à Covid-19, o níveis de ansiedade e os níveis de suporte social percebido, através dos resultados obtidos pelos instrumentos selecionados. Esses mesmos resultados sugerem que a amostra em estudo revela níveis médios de medo face à Covid-19, níveis moderados de ansiedade, assim como níveis intermédios de satisfação com o suporte social percebido.

Os níveis médios de medo face à Covid-19 apurados podem ser explicados como resultado das consequências psicológicas da pandemia verificadas na saúde mental da população, principalmente em pessoas que apresentam maior risco de contrair o vírus e de agravamento do estado de saúde (Millroth & Frey, 2021). O facto de os resultados apenas traduzirem níveis médios de medo face à Covid-19, ao invés de acentuados, como esperado pela literatura revista, pode dever-se pelo culminar da pandemia, bem como pela redução do número de casos e a adoção de medidas preventivas que diminuíram o risco de vida dos doentes oncológicos, como é o caso da vacinação incrementada, com especial prioridade vacinal a grupos que possuem comorbidades (WHO, 2023).

Os níveis moderados de ansiedade verificados na amostra em estudo, vão ao encontro de várias investigações que permitiram compreender que as mulheres apresentam níveis moderados e acentuados de ansiedade resultantes da pandemia, para além do facto de que o cancro da mama por si só, é referido como um indicador de sintomatologia ansiosa, uma vez que se encontra acompanhado por um árduo processo psicológico adaptativo à doença (Wang et al., 2020; Gómez-Cano et al., 2023).

Os níveis intermédios de satisfação com o suporte social percebido, e os resultados alusivos às subescalas do instrumento, sugeriram uma elevação das subescalas de intimidade e satisfação com a família, comparativamente às subescalas de satisfação com os amigos, que originou um valor baixo, e atividades sociais, que resultou num valor médio, podemos sugerir que estes resultados devem ser analisados mediante as suscetibilidades do cancro da mama, o receio da exposição ao vírus, assim como pelo isolamento social e o decréscimo de disposição e energia na realização de atividades. No entanto, neste contexto a família continua a ser uma rede de apoio muito presente, existindo a perceção de que a principal fonte de suporte social deriva da mesma, e é lhe atribuído um sentido de esperança e amparo, auxiliando a superar o processo de negação e adaptação no momento do diagnóstico e no decurso da doença (Gómez-Cano et al., 2023). É relevante ressaltar que nesta população seria essencial constatar a presença de uma boa satisfação com o suporte social percebido, uma vez que este é considerado indispensável para o ser humano, e especialmente durante todas as etapas inerentes ao cancro da mama (Simões & Presado, 2022).

Os objetivos subsequentes, nomeadamente compreender a relação entre o medo face à Covid-19 e a ansiedade em mulheres com cancro da mama, permitiram encontrar a existência de uma associação positiva fraca e estatisticamente significativa entre as duas variáveis, o que sugere que conforme o medo face à Covid-19 aumenta, os níveis de ansiedade tendem também a aumentar. Este resultado pode ser sustentado pelo facto de o medo e a ansiedade estarem intrinsecamente ligados, na medida em que as pessoas ao perceberem o risco imediato de contrair a infeção pelo vírus Covid-19, bem como as suas graves consequências, iniciam um ciclo onde o medo da doença aumenta progressivamente, o que por sua vez intensifica a ansiedade (Landsheer & Walburg, 2022). Os indivíduos com traços ansiosos tendem a demonstrar maior preocupação com o futuro, têm uma inclinação maior para pensamentos catastróficos e geralmente apresentam mais cuidados e precauções (DSM-V, 2013). Outra

justificação para o resultado apurado, prende-se no facto do medo e da inquietação em torno da Covid-19 serem considerados sentimentos comuns, devido à falta de certezas acerca do desenvolvimento da doença, ao receio de contrair a mesma e de afetar os seus familiares, o que consequentemente aumenta os níveis de ansiedade sentidos (Kimhi et al., 2020).

A compreensão da relação entre o medo face à Covid-19 e o suporte social percebido em mulheres com cancro da mama, evidenciou a existência de uma associação negativa muito fraca, e insignificante entre as duas variáveis, o que sugere que não existem evidências suficientes para certificar que as mesmas se encontram relacionadas na amostra do presente estudo. Este resultado pode ser interpretado à luz do findar da pandemia no ano de 2023, assim como ao levantamento das restrições impostas, que por sua vez englobavam o distanciamento e isolamento social, o que sugere que não exista aqui qualquer relação entre o medo face à Covid-19 e o suporte social, tendo sido verificado um retorno aos contactos e encontros sociais presenciais por parte da população (WHO, 2023). Apesar do referido, é importante compreender que o vírus não deve ser desvalorizado, dado que mantém-se uma ameaça e um risco real à saúde humana, tendo sido registados no mundo 8700 óbitos por Covid-19 entre 11 de dezembro de 2023 e 07 de janeiro de 2024 (OMS, 2024).

A compreensão da relação entre a ansiedade e o suporte social percebido em mulheres com cancro da mama, determinou uma associação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre as duas variáveis, o que sugere que conforme o suporte social percebido aumenta, os níveis de ansiedade tendem a diminuir, ou vice-versa. O resultado mencionado preconiza que a presença de suporte social desempenha um papel significativo na gestão da ansiedade, o que vai ao encontro do estudo realizado por Araújo & Cerqueira-Santos (2021), onde sugerem que a existência de um forte apoio social é considerada como um fator atenuante e protetor contra diversas condições de saúde mental, particularmente no combate da ansiedade.

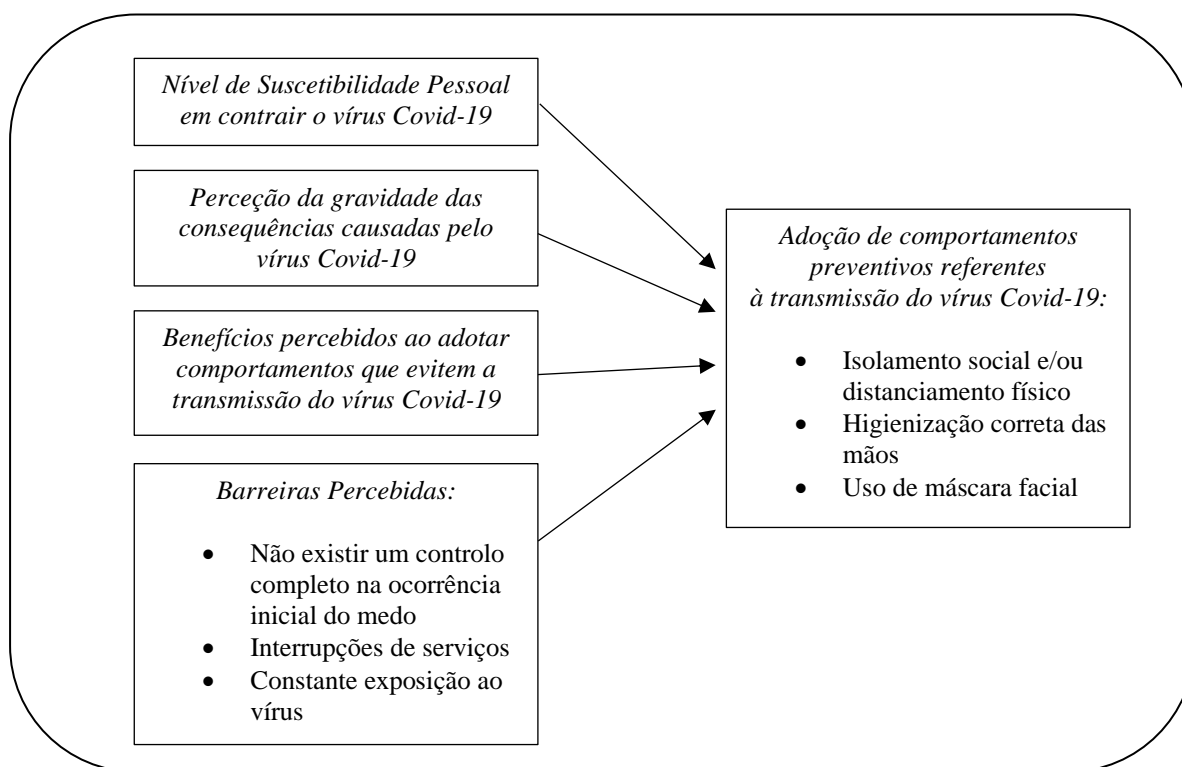
A análise do estado civil, da situação profissional, do tratamento, da idade e do estágio da doença como fatores preditores do medo face à Covid-19, da ansiedade e do suporte social em mulheres com cancro da mama, possibilitou a constatação de que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função de nenhuma das variáveis sociodemográficas e clínicas referidas anteriormente nas variáveis de medo face à Covid-19, ansiedade e suporte social, o que pode ser explicado por diversas características inerentes à amostra do presente estudo, esta pode ser homogénea, o que significa que não existe variação suficiente nas suas particularidades para que possam influenciar as principais variáveis em investigação, e pode também ser considerada a existência de outras variáveis que não foram incluídas no estudo, que poderiam explicar as relações entre as variáveis centrais e os seus resultados. Esta decorrência vai de encontro com a literatura verificada, que sustenta a existência de uma relação entre o estado civil, a situação profissional, o estágio da doença e a fase de tratamento em diversas variáveis que influenciam a mulher com cancro da mama, sendo uma delas o suporte social (Gómez-Cano et al., 2023).

Os resultados do presente estudo podem ser interpretados à luz do modelo de crenças na saúde, pelo qual podemos inferir que os níveis médios de medo face à Covid-19 verificados, influenciaram a adoção de comportamentos preventivos relacionados com algum distanciamento social, que por sua vez resultou numa satisfação intermédia com o suporte social percebido. O presente modelo compreende a objeção a algumas medidas preventivas face à Covid-19, nomeadamente o distanciamento social (Costa, 2020). No entanto, é importante frisar que não podemos concluir a inexistência de adoção de medidas preventivas e de cuidado com a saúde nas mulheres com cancro da mama que integraram a amostra do estudo, uma vez que não avaliámos esse fator em nenhum momento. O facto de ser constatada uma percentagem mais elevada de mulheres que se inserem no estágio 0 e no estágio I da doença oncológica na presente amostra, indica que a mesma foi identificada numa fase inicial, o que se traduz na

percepção de uma maior suscetibilidade à doença, da gravidade da mesma, dos benefícios da sua prevenção e da adesão frequente a programas de rastreio do cancro da mama, ou seja, na prática de comportamentos pró-saúde (Ogden, 1999).

Figura 1

Modelo de Crenças na Saúde no Contexto Pandémico



Na Figura 1, é possível interpretar o modelo de crenças na saúde, no contexto pandémico estudado, uma vez que este pode ser compreendido mediante a adoção de comportamentos preventivos referentes à transmissão do vírus Covid-19, tais como isolamento social e/ou distanciamento físico, higienização correta das mãos, assim como o uso de máscara facial (Hsing et al., 2021). Neste sentido, a adoção dos comportamentos referidos depende do reconhecimento por parte da paciente da sua suscetibilidade à doença, uma vez que a sua saúde já se encontra vulnerável e o seu sistema imunológico encontra-se em risco, aumentando os

seus níveis de medo e de ansiedade (Corrêa et al., 2020). A prática de comportamentos pró-saúde depende também da consideração acerca do impacto negativo que a doença irá proporcionar, sendo que os doentes oncológicos possuem uma maior vulnerabilidade a complicações, e os seus quadros de saúde tendem a agravar com a detenção do vírus Covid-19 (LPCC, 2020). Para além do referido, as pacientes com cancro da mama devem também acreditar que a adoção de certas medidas de segurança podem diminuir significativamente a gravidade da doença viral, o que permite moderar também o impacto do medo na ansiedade e no suporte social. Por último, devem sobrepor importantes barreiras psicológicas, nomeadamente o facto de não existir um controlo completo na ocorrência inicial do medo, e barreiras físicas, alusivas a interrupções de serviços, diminuições de ensaios clínicos e constante exposição ao vírus, mediante as diversas deslocações ao hospital na continuidade dos tratamentos necessários (WHO, 2021).

As limitações verificadas na concretização do presente estudo, consistem no tamanho reduzido da amostra, uma vez que se trata de uma amostra clínica, contando com 58 mulheres, o que por sua vez, pode limitar a generalização dos resultados para uma população mais ampla. Ainda neste contexto, é importante referir que a dificuldade de acesso à amostra constituiu um grande obstáculo ao presente estudo, o que justifica também o seu número mais diminuto.

O modo de partilha do questionário estruturado, poderá também ter restringido o acesso a determinadas populações, assim como o facto de não terem sido incluídas outras variáveis que poderiam explicar distintivamente alguns resultados. Pesquisas futuras com amostras mais representativas e métodos mistos de coleta de dados, poderiam ajudar a mitigar as limitações referidas, e fornecer uma compreensão mais abrangente destas complexas interações.

Outra limitação verificada no decorrer do estudo, consistiu no tempo ocorrido desde o momento da escolha do tema, à obtenção da amostra e à recolha dos dados necessários para a sua efetuação, deste modo constatou-se uma diferença significativa na gravidade atribuída ao

vírus nos dois momentos mencionados anteriormente. No primeiro momento, mais precisamente na fase inicial da produção do estudo, Portugal entrava no terceiro ano da pandemia Covid-19, contando já com uma estimativa de 26 mil óbitos e mais de 5,5 milhões de casos detetados (WHO, 2022). No segundo momento, mais precisamente na obtenção da amostra e na recolha dos dados, já tinham sido levantadas as restrições impostas como medidas preventivas contra a disseminação do vírus, e no ano de 2023 o Covid-19 já não representava uma emergência de saúde pública de interesse internacional, mediante a redução significativa do número de mortes, a diminuição de hospitalizações, o incremento da vacinação e consequentemente da imunidade por parte da população (WHO, 2023). Posto isto, a ponderação inerente ao vírus reduziu significativamente, o que poderia interferir com a relevância atribuída ao presente estudo, no entanto é necessário ressaltar que o vírus Covid-19 continua a representar um risco para a saúde pública, em especial na população que apresente qualquer suscetibilidade, uma vez que, embora menos divulgados pelos media, foram reportados no mundo 1,1 milhões de novos casos de Covid-19, entre o mês de Dezembro de 2023, e Janeiro de 2024 (OMS, 2024).

Estes dados fortalecem a significância da investigação realizada, que acresce a literatura relacionada com esta temática, e permite também a compreensão dos níveis de medo face à Covid-19 experienciados atualmente por mulheres com cancro da mama, percebendo como a pandemia ainda é vivenciada por esta população de risco, e como o medo experienciado nos momentos mais intimidantes dos últimos anos se estendeu à atualidade.

O presente estudo destaca a relevância contemporânea de abordar a falta de literacia que relacione as variáveis selecionadas dentro da população oncológica, com foco particular nas mulheres com cancro da mama, uma das formas mais comuns de cancro em todo o mundo. Ao aprofundar este conhecimento, este estudo contribui não apenas para a compreensão mais profunda das experiências psicossociais dessas mulheres, mas também para o desenvolvimento

de intervenções mais eficazes e centradas no paciente, de modo a melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Em estudos futuros sugere-se a investigação de alguns fatores contextuais, como o acesso aos serviços de saúde e a condição socioeconómica, e algumas variáveis psicológicas, nomeadamente mecanismos de coping, resiliência, autoeficácia percebida, expectativas em relação à vacinação, assim como o efeito da informação e educação na saúde, contribuindo para uma melhor compreensão dos desafios enfrentados pela população oncológica. Além disso, a inclusão de medidas mais objetivas, referentes a avaliações psicológicas mais detalhadas e a autorrelatos da população em estudo, mediante a realização de entrevistas, poderia melhorar a validade e confiabilidade dos resultados. A realização de um estudo longitudinal também seria essencial para capturar as mudanças ao longo do tempo e compreender melhor a trajetória do medo, ansiedade e suporte social durante diferentes fases da pandemia e do tratamento do cancro da mama. Por fim, investigar estratégias de intervenção específicas para reduzir o impacto negativo do medo face à Covid-19 na saúde mental de mulheres com cancro da mama, pode fornecer insights práticos para aprimorar os cuidados clínicos e o suporte psicológico oferecido a esta população vulnerável, como por exemplo a realização de programas de psicoeducação, fornecimento de um apoio psicológico individualizado, criação de grupos de apoio online, promoção de atividades de bem-estar (exercício físico e mental), intervenções de mindfulness e meditação, bem como um acompanhamento médico e psicológico regular.

As descobertas averiguadas, salientam a necessidade de uma abordagem mais holística no tratamento de mulheres com cancro da mama, mediante a pandemia Covid-19. Ao identificar o papel do medo relacionado à Covid-19 na ansiedade e no suporte social destas mulheres, os profissionais de saúde mental podem adaptar as suas intervenções, de modo a abordar preocupações específicas. O reconhecimento da interação entre o medo face à Covid-19 e o cancro da mama pode cientificar estratégias de intervenção mais eficazes, incluindo a promoção

de apoio social e a redução da ansiedade por meio de técnicas distintivas. Os resultados inferidos na presente investigação, também destacam a importância de uma abordagem multidisciplinar na psicologia clínica, integrando conhecimentos da psico-oncologia e da saúde mental pública para melhor atender às necessidades complexas das pacientes com cancro da mama.

Referências

- Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of covid-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Aizpurua-Perez, I., & Perez-Tejada, J. (2020). Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101854>
- Albuquerque, E., & Cabral, A. S. (2015). *Psico-oncologia temas fundamentais* (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Allen, A. J., Leonard, H., Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 976-86.
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (5), 2603-11.
- American Cancer Society (2019). Cancer treatment & survivorship facts & figures. *American Cancer Society journal*.
- American Cancer Society. (2019). Breast cancer grade [Web page]. Retrieved from: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-grades.html#references>.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V- TM, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª Edição). Lisboa: Climepsi.

- Araújo, N., & Cerqueira-Santos, E. (2021). Depressão, ansiedade e suporte social na gestação: um estudo exploratório pré-intervenção. *saúde e desenvolvimento humano*, 9(3), 1-13. <https://doi.org/10.18316/sdh.v9i3.7739>
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K. B. H., Omar, O. M., & Arnone, D. (2022). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of health psychology*, 27 (4), 805-824. <https://doi.org/10.1177/1359105320966639>
- Arroyo, J. & López M. (2011). Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study. *International journal of surgical oncology*. <https://doi.org/132461.10.1155/2011/132461>
- Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2012). Impact of metacognitive acceptance on body dissatisfaction and negative affect: engagement and efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (3), 416–425. <https://doi.org/10.1037/a0028263>
- Badaró, A. C., Dittz, C. P., Feres, Â. C., Vieira, H. I. S., & Lourenço, L. M. (2014). Crenças em saúde: levantamento bibliométrico. *Psicologia*.
- Barros, D., Silva, J., Magalhães, M., Monção, M., Veloso, T., Macedo, F., Neto, J., Pedreira, R., Carvalho, C., Vieira, E., Barbosa, M., Júnior, N., & Barros, R. (2020). Impactos da pandemia de Covid-19 na saúde mental de crianças- Revisão integrativa da Literatura. *International Journal of Development Research*, 10 (12), pp. 42684-42689. <https://doi.org/10.37118/ijdr.20492.12.202>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bittencourt, J. F. V. A. (2018). A mulher submetida à mastectomia e as fontes de apoio que estabelece com a sua rede social primária. *Cancro da mama: interlocuções e práticas interdisciplinares*. Curitiba: Appris, p. 157-169.

- Bittencourt, R. N. (2020). Pandemia, isolamento social e colapso global. *Revista Espaço Acadêmico*, 19 (221), 168-178.
- Bloom, J. (2000). *The role of family support in cancer control- cancer in the family*. New York: John Wiley and Sons.
- Bo, H.-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y.-T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1–2. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Bourdon, M., Blanchin, M., Tessier, P., Campone, M., Quéreux, G., Dravet, F., & Bonnaud-Antignac, A. (2019). Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: A 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 25, 1969–1979. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1244-3>
- Brandão, T., & Matos, P. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 98-106.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395 (10227), 912–920. <https://doi.org/ggnth8>
- Bryson, W. J. (2021). Long-term health-related quality of life concerns related to the COVID-19 pandemic: a call to action. *Quality of Life Research*, 30 (3), 643–645. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02677-1>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: esmo clinical practice

- guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Official journal of the European Society for Medical Oncology*, 30(10), 1674. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz189>
- Carreira, H., Williams, R., Dempsey, H., Stanway, S., Smeeth, L. & Bhaskaran, K. (2020). Quality of life and mental health in breast cancer survivors compared with non-cancer controls: a study of patient-reported outcomes in the United Kingdom. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00950-3>
- Carvalho, K. M. D., Silva, C. R. D. T., Felipe, S. G. B., & Gouveia, M. T. D. O. (2021). A crença em saúde na adoção de medidas de prevenção e controle da COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0576>
- Chou, A. F., Stewart, S. L., Wild, R. C., & Bloom, J. R. (2012). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21(2), 125-133.
- Chuba, P. J., Hamre, M. R., Yap, J., Severson, R. K., Lucas, D., Shamsa, F., & Aref, A. (2005). Bilateral risk for subsequent breast cancer after lobular carcinoma-in-situ: Analysis of surveillance, epidemiology, and end results data. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (24), 5534–5541. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.038>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). *Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis*. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253–267). Erlbaum.
- Coimbra, M., Paixão, C., & Ferreira, C. (2022). Exploring eating and exercise-related indicators during COVID-19 quarantine in Portugal: concerns and routine changes in women with different BMI. *Eating and weight disorders: EWD*, 27 (1), 225–232. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01163-y>

- Conley, C. C., Bishop, B. T., & Andersen, B. L. (2016). Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship, 4 (56), 2-22. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030056>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The lancet. Psychiatry*, 4 (4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Corrêa, K. M., Oliveira, J. D. B. de, & Taets, G. G. de C. C. (2020). Impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer em meio à pandemia de covid-19: uma reflexão a partir da teoria das necessidades humanas básicas de abraham maslow. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 66, 1068. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1068>
- Correia, D. (2018). *A ansiedade nos nossos dias*. Bertrand Editora.
- Correia, D. T., & Brites, J. A. (2020). *Guia prático para vencer a ansiedade*. Bertrand Editora.
- Costa, A. I. & Chaves, M. D. (2014). Percepção da ansiedade em pacientes oncológicos sob o tratamento quimioterápico. *Revista de Enfermagem*, 8(3),649-53.
- Costa, C. O. D., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. D. M., & Silva, R. A. D. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 92-100.
- Costa, M. F. (2020). Modelo de crença em saúde para determinantes de risco para contaminação por coronavírus. *Revista de Saúde Pública*, 54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002494>
- Costa, R. M. R., & Vigário, P. dos S. (2020). A covid-19 e o distanciamento social: Quando a onda da internet substitui a onda do mar para a prática de exercícios físicos. *Revista Augustus*, 25 (1), 335–356. <https://doi.org/10.15202/1981896.2020v25n1p357>

- Costa, S. M., Ramos, F. C. N., Barbosa, E., & dos Santos, N. B. (2020). Aspectos sociais das relações entre depressão e isolamento dos idosos. *GIGAPP Estudos Working Papers*, 7 (150- 165), 292-308.
- Costa, S., Jimenéz, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 238-251.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761–775.
<https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Crispim, S. (2023). *A ansiedade não manda em mim*. Contraponto Editores.
- Cruz, R. M., Borges-Andrade, J. E., Moscon, D. C. B., Micheletto, M. R. D., Esteves, G. G. L., Delben, P. B., & Carlotto, P. A. C. (2020). COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20 (2), 1-3.
<https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>
- Cunha, A. P. O., Ferreira, D. F., & Batista, E. C. (2020). A dependência química e as implicações ao funcionamento da dinâmica familiar: uma visão cognitivo–comportamental. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVEESC*, 4 (2), 2-9.
- Cury, A. (2013). *Ansiedade: como enfrentar o mal do século*. São Paulo: Saraiva.
- Dall, G. V., & Britt, K. L. (2017). Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. *Frontiers in Oncology*, 7, 1–10.
<https://doi.org/10.3389/fonc.2017.00110>
- Dantas, E. S., Filho, J. D., Silva, G. W., Silveira, M. Y., Dantas, M. N., & Meira, K. (2021). Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (1), e20200961.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0961>

- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspetos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11 (2), 55-66. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dias, L., Muniz, R., Viegas, A., & Cardoso, D. (2017). Mastectomized woman in breast cancer: experience of everyday activities. *Rev Fun Care Online*, v.9, n. 4, p.1074-1080. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1074-1080>
- Direção Geral da Saúde. (2022). COVID-19: Adequação das Medidas de Saúde Pública. [Web page]. Retrieved from: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/04/Orientacao_003_2022_act_28_04_2022_pdf-1359kb.pdf
- Duarte, N. (2021). *Superar a ansiedade*. Manuscrito Editora.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). *Assessment of social support in early intervention programs- Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Durrani, S., Akbar, S., & Heena, H. (2018). Breast Cancer During Pregnancy. *Cureus*, 10 (7), e2941. <https://doi.org/10.7759/cureus.2941>
- Fangel, L., Panobianco, M., L, Kebbem., Almeida, A., & Gozzo, T. (2013). Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (1), 93-100.
- Fatigerun, O. A., Olagnunju, A. T., Errinfolami, A. R., Arogunmati, O. A., Fatiregun, O. A. & Adeymi, J. D. (2017). Relationship between anxiety disorders and domains of health-related quality of life among Nigerians with breast cancer. *The Breast*, 31, 150-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2016.11.010>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., & Znaor, A. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*, 149 (4), 778– 89. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.33588>

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D., Forman, D., & Bray, F (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods, and major patterns in globocan 2012. *International Journal of Cancer*.
- Ferreira, R. J., Buttell, F., & Cannon, C. (2020). Covid-19: immediate predictors of individual resilience. *Sustainability*, 12 (16), 6495. <https://doi.org/10.3390/su12166495>
- Figueiroa, F., Antunes, C., Carixas, I., Rocha, R., Ramos, C., & Leal, I. (2022). A expressão emocional, o suporte social e o ajustamento diádico no crescimento pós-traumático em doentes oncológicos. *Psicologia e Saúde em Tempos de Crise- Atas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician–patient working alliance. *Patient education and counseling*, 66 (1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.013>
- Garcia R. (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning & memory*, 24 (9), 462–471. <https://doi.org/10.1101/lm.044115.116>
- Gómez-Cano, M., Pérez-López, D., & Aboites-Lucero, J. (2023). Social support in breast cancer associated with duel. *Arch Med Fam*, 25 (2), pp. 77-81.
- Grilo, A. M., & Santos, M. C. (2013). A mamografia: experiência psicológica, atitudes e comportamentos do técnico de radiologia facilitadores da colaboração da mulher. *Saúde & Tecnologia*, (9), 24-32. <http://hdl.handle.net/10400.21/2528>
- Guan, X. (2015). Cancer metastases: challenges and opportunities. *Acta Pharmaceutica Sinica*, 5 (5), 402-418. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2015.07.005>
- Guedes, T. S. R., Oliveira, N. P. D., Holanda, A. M., Reis, M. A., Silva, C. P., Silva, B. L. R., & Souza, D. L. B. (2018). Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*, 19 (6), 1487-1493. [10.22034/APJCP.2018.19.6.1487](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1487)

- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7 (6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36, 90–94. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756>
- Hajian, S., Mehradi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18 (1), 215-224. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.1.215>
- Hassan, M. S., Ansari, J., Spooner, D., & Hussain, S. A. (2010). Chemotherapy for breast cancer (Review). *Oncology reports*, 24 (5), 1121–1131. https://doi.org/10.3892/or_00000963
- Heins, M. J., de Lig, K. M., Verloop, J., Siesling, S., Korevaar, J. C., Berendsen, A., Brandenburg, D., Dassen, A., Jager, A., Hugtenburg, J., & Weele, G. (2022). Adverse health effects after breast cancer up to 14 years after diagnosis. *Breast*, 61, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2021.12.001>
- Hooper, M. W., Nápoles, A. M., & Pérez-Stable, E. (2020). Covid-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- Hopko, D. R., Cannity, K., McIndoo, C. C., File, A. A., Ryba, M. M., Clark, C. G., & Bell, J. L. (2015). Behavior therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (1), 225. <https://doi.org/10.1037/a0037704>
- Hsing, J. C., Ma, J., Barrero-Castillero, A., Jani, S. G., Pulendran, U. P., Lin, B. J., Thomas-Uribe, M. & Wang, C. J. (2021). Influence of Health Beliefs on Adherence to COVID-19 Preventative Practices: International, social media–Based Survey Study. *J Med Internet Res*, 23 (2). <https://doi.org/10.2196/23720>

- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395 (10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264–266. <https://doi.org/ggv5m9>
- Johns, S. A., Von Ah, D., Brown, L. F., Beck-Coon, K., Talib, T. L., Alyea, J. M., & Giesler, R. B. (2016). Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction for breast and colorectal cancer survivors: Effects on cancer-related cognitive impairment. *Journal of Cancer Survivorship*, 10, 437–448. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0494-3>
- Johnson, B. T., & Acabchuk, R. L. (2018). What are the keys to a longer, happier life? Answers from five decades of health psychology research. *Social science & medicine*, 196, 218–226. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.001>
- Jones, W. H. (1985). *The psychology of loneliness: Some personality issues in the study of social support*. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 225-241). Dordrecht, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Łopacka-Szatan, K., Miotła, P., & Starosławska, E. (2015). Breast cancer risk factors. *Prz Menopauzalny*, 14 (3), 196–202. <https://doi.org/10.5114/pm.2015.54346>
- Kar, S. K., Arafat, S. Y., Sharma, P., Dixit, A., Marthoenis, M., & Kabir, R. (2020). COVID-19 pandemic and addiction: Current problems and future concerns. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102064. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102064>

- Kassianos, A. P., Georgiou, A., Kyprianidou, M., Lamnisis, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydin, G., Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Ruiz, F. J., Garcia-Martin, M. B., Obando, D., Segura-Vargas, M. A., Vasiliou, V. S., McHugh, L., & Constantinidou, A. (2021). Mental health and adherence to covid-19 protective behaviors among cancer patients during the covid-19 pandemic: an international, multinational cross-sectional study. *Cancers*, 13 (24), 6294. <https://doi.org/10.3390/cancers13246294>
- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). Distress and resilience in the days of covid-19: comparing two ethnicities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), Article 3956. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113956>
- Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: qualitative research. *Journal Breast Health*, 12, 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Kolankiewicz, A. C. B., Souza, M. M. D., Magnago, T. S. B. D. S., & Domenico, E. B. L. D. (2014). Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35 (1), 31-38. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42491>
- Korotkin, B. D., Hoerger, M., Voorhees, S., Allen, C. O., Robinson, W. R., & Duberstein, P. R. (2019). Social support in cancer: How do patients want us to help?. *Journal of psychosocial oncology*, 37 (6), 699-712. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1580331>
- Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., Wu, J., Chumbler, N., & Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General hospital psychiatry*, 35 (4), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.020>

- Lakkis, K. M. Y. (2015). A brief journey through the immune system. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 10 (7), 1274–1281.
<https://doi.org/10.2215/CJN.10031014>
- Landmark, B. T., Strandmark, M. & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Nordic College of Caring Sciences*, 16, 216-223.
- Landsheer, C., & Walburg, V. (2022). Links between rational and irrational beliefs, trait anxiety and fear of COVID 19. *Psychologie Française*, 67(3), 305-316.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.06.005>
- Lemos, P., Almeida-Filho, N., & Firmo, J. (2020). COVID-19, desastre do sistema de saúde no presente e tragédia da economia em um futuro bem próximo. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2 (4), 39-50.
- Levin, T. & Alici, Y. (2010). *Anxiety disorders*. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo & R. McCorkle (eds.), *Psycho-Oncology* (2 Ed.) (pp.324). New York: Oxford University Press.
- Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., & Xu, K. (2020). Cancer patients in SARSCoV-2 infection: A nationwide analysis in China. *Lancet Oncology*, 21, 335–337.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
- Lien, C-Y., Lin, H-R., Kuo, I-T., & Chen, M-L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2311-2319.
- Liga portuguesa contra o cancro. (2020). [Web page]. Retrieved from:
<https://www.ligacontracancro.pt>
- Lima, M. J. V., Gonçalves, E. F. L. M., Vasconcelos, A. B. L. P., de Abreu, A. R. S., & Mendonça, S. M. (2020). A esperança venceu o medo: psicologia hospitalar na crise do

- COVID-19.: hope overcome fear: hospital psychology in the COVID-19 crisis. *Cadernos ESP*, 14 (1), 100-108.
- Lin, D., Friedman, D. B., Qiao, S., Tam, C. C., Li, X., & Li, X. (2020). Information uncertainty: a correlate for acute stress disorder during the COVID-19 outbreak in China. *BMC Public Health*, 20 (1), 1867. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09952-3>
- Lipsitch, M., Swerdlow, D. L., & Finelli, L. (2020). Defining the epidemiology of covid-19 - studies needed. *The New England Journal of Medicine*, 382 (13), 1194–1196. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2002125>
- Ma, Y. F., Li, W., Deng, H. B., Wang, L., Wang, Y., Wang, P. H., Bo, H. X., Cao, J., Wang, Y., Zhu, L. Y., Yang, Y., Cheung, T., Ng, C. H., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 145–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.033>
- Magalhães, A. (2007). *A psicologia das emoções: O fascínio do rosto humano*. Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia*, 37. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Mallincknott, B., Armer, J.M., & Heppner, P.P. (2012). A Threshold Model of Social Support, adjustment, and distress after breast cancer treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 150-160.
- Man, M. A., Toma, C., Motoc, N. S., Necrelescu, O. L., Bondor, C. I., Chis, A. F., Lesan, A., Pop, C. M., Todea, D. A., Dantes, E., Puiu, R., & Rajnoveanu, R. M. (2020). Disease perception and coping with emotional distress during covid-19 pandemic: a survey

- among medical staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (13), 4899. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134899>
- Marsh, S., & Liu, G. (2009). Pharmacokinetics and pharmacogenomics in breast cancer chemotherapy. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 61 (5), 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2008.10.003>
- Martinez, M. T., Bermejo, B., Hernando, C., Gambardella, V., Cejalvo, J. M., & Lluch, A. (2018). Breast cancer in pregnant patients: a review of the literature. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.029>
- Martins, R. J., Moimaz, S. A. S., Sundefeld, M. L. M. M., Garbin, A. J. Í., Gonçalves, P. R. V., & Garbin, C. A. S. (2015). Adesão às precauções padrão sob o prisma do Modelo de Crenças em Saúde: a prática de reencapar agulhas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (1), 193-198.
- Matias, T., Dominski, F. H., & Marks, D. F. (2020). Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of health psychology*, 25 (7), 871–882. <https://doi.org/10.1177/1359105320925149>
- Maughan, K. L., Lutterbie, M. A., & Ham, P. S. (2010). Treatment of breast cancer. *American family physician*, 81(11), 1339–1346. <https://doi.org/10.1056/nejm199810013391407>
- McFarland, D. C., Shaffer, K. M., Tiersten, A., & Holland, J. (2018). Physical symptom burden and its association with distress, anxiety, and depression in breast cancer. *Psychosomatics*, 59 (5), 464–471. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.01.005>
- McNutt, M., & Couzin-Frankel, J. (2013). Cancer immunotherapy. *Science*, 342 (6165), 1417. <https://doi.org/10.1126/science.1249481>
- Midlarsky, E., & Morin, R.T. (2017). *Body image and aging*. In K.L. Nadal (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender* (pp.227-230). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Millroth, P., & Frey, R. (2021). Fear and anxiety in the face of COVID-19: Negative dispositions towards risk and uncertainty as vulnerability factors. *J Anxiety Disord.*
- Mishra, V. S., & Saranath, D. (2019). Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 28 (3), 629-634. <https://doi.org/10.1002/pon.5001>
- Mok, J., Brown, M. J., Akam, E. C., & Morris, M. A. (2022). The lasting effects of resistance and endurance exercise interventions on breast cancer patient mental wellbeing and physical fitness. *Scientific Reports*, 12 (1), 1–20. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07446-3>
- Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer Targets Ther*, 11, 151– 64. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>
- Moretti, S. A., Guedes-Neta, M. L., & Batista, E. C. (2020). Nossas vidas em meio à Pandemia da covid-19: Incertezas e medos sociais. *Revista Enfermagem e Saúde Colectiva-REVEESC*, 5 (1), 32-41.
- Morris, S. E., Moment, A., & Thomas, J. D. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: before and after the death of a patient. *Journal of pain and symptom management*, 60 (2), 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002>
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology*, 18, 681-686. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12072>
- Moura, A., Lunardi, R., Volpato, R., Nascimento, V., Bassos, T., & Lemes, A. (2018). Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 17-26.

- Muccari, R., Chow, D., & Murphy, J. (2020). NBC News Coronavirus Timeline. [Web page]. Retrieved from: <https://www.nbcnews.com/health/health-news/coronavirus-timeline-tracking-critical-moments-covid-19-n1154341>.
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia covid-19 e perturbação mental: breve revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6 (2), 67-76. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>
- Nath, A. (2020). Neurologic complications of coronavirus infections. *Neurology*, 94 (19), 809–810. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009455>
- Norberg, A., Lindblad, F. & Boman, K. (2006). Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psycho-Oncology*; 15, 335–343.
- Oducado, R. M., Parreño-Lachica, G., & Rabacal, J. (2021). Personal resilience and its influence on COVID-19 stress, anxiety and fear among graduate students in the Philippines. *International Journal of Educational Research and Innovation*, 15, 431–443. <https://doi.org/10.46661/ijeri.5484>
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Climepsi : Lisboa.
- Oh, G. H., Yeom, C. W., Shim, E. J., Jung, D., Lee, K. M., Son, K. L., & Im, S. A. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109911. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109911>
- Oliveira, T., Corrêa, C., Weiss, V., Baquião, A., Carvalho, L., Grincenkov, F., & Carvalho, S. (2019). Cancro da mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. *Saúde e Pesquisa*, v. 12, n. 3, p. 451-462. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p451-462>

- Organização Mundial da Saúde. (2020). National Cancer Institute. [Web page]. Retrieved from: <https://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/>.
- Organização Mundial da Saúde. (2024). COVID-19 epidemiological update – 19 January 2024. [Web page]. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update---19-january-2024>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Debates Em Psiquiatria*, 10 (2), 12–16. <https://doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-2>
- Ouakinin, S., Eusebio, S., Torrado, M., Silva, H., Nabais, I., Gonçalves, G. & Bacelar- Nicolau, L. (2015). Stress reactivity, distress and attachment in newly diagnosed breast cancer patients. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3 (1), 424-438. <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2015.1121491>
- Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., & Pereira, C. A. D. B. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal*, 122, 252-258.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social* (1º edição). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Pais-Ribeiro, J., Ferreira-Valente, A., Jarego, M., Sánchez-Rodríguez, E., & Miró, J. (2022). Covid-19 pandemic in portugal: psychosocial and health-related factors associated with psychological discomfort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (6), 3494.
- Paiva, T., Reis, C., Feliciano, A., Canas-Simião, H., Machado, M.A., Gaspar, T., Tomé, G., Branquinho, C., Silva, M.R., Ramiro, L., Gaspar, S., Bentes, C., Sampaio, F., Pinho, L., Pereira, C., Carreiro, A., Moreira, S., Luzeiro, I., Pimentel, J., & Matos, M. (2021). Sleep and awakening quality during covid-19 confinement: complexity and relevance

- for health and behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (7), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073506>
- Papandreou, P., Gioxari, A., Nimee, F., & Skouroliakou, M. (2021). Application of clinical decision support system to assist breast cancer patients with lifestyle modifications during the COVID-19 pandemic: a randomised controlled trial. *Nutrients*, 13 (6), 2115. <https://doi.org/10.3390/nu13062115>
- Paraíso, R., Oliveira, A., Baptista, A., & Figueiredo, T. (2022). Do conhecimento à prevenção—Cancro da Mama. *JIM-Jornal de Investigação Médica*, 3 (2), 05-13. <https://doi.org/10.29073/jim.v3i2.688>.
- Park, E. M., Gelber, S., Rosenberg, S. M., Seah, D. S., Schapira, L., Come, S. E., & Partridge, A. H. (2018). Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: A cross-sectional study. *Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.01.00>
- Park, S. C., & Park, Y. C. (2020). Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. *Psychiatry investigation*, 17 (2), 85–86. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058>
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de “benefit finding”? O impacto emocional do cancro de mama. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia da saúde: Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 279-515). Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Paulino, M., & Dumas-Diniz, R. (2020). *A psicologia da pandemia*. Pactor.
- Peng, S. M., Yang, K. C., Chan, W. P., Wang, Y. W., Lin, L. J., & Yen, A. M. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on a population-based breast cancer screening program. *Cancer*, 126 (24), 5202–5. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.33180>

- Pereira, H., Esgalhado, G., Costa, V., Monteiro, S., & Oliveira, V. (2021). Propriedades psicométricas das escalas de medo e impacto negativo face à COVID-19. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22 (2), 338-349. <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220202>
- Pereira, M.G., & Matos, P. (2002). *Áreas de intervenção na doença oncológica*. In M.G. Pereira & C.O Lopes (Eds.), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinholato, L. A., Pupim, M. C. S., do Amaral, A. C. D. S., & de Oliveira, C. E. C. (2021). Comparative analysis: QOL in breast cancer patients before and during the COVID-19 pandemic. *Mastology*, 31, 1-6. <https://doi.org/10.29289/2594539420200084>
- Pinto-Gouveia & Fonseca L. (1995). *Inventário de ansiedade de beck - tradução e adaptação para a população portuguesa*.
- Puccinelli, P. J., da Costa, T. S., Seffrin, A., de Lira, C. A. B., Vancini, R. L., Nikolaidis, P. T., Knechtle, B., Rosemann, T., Hill, L., & Andrade, M. S. (2021). Correction to: Reduced level of physical activity during COVID-19 pandemic is associated with depression and anxiety levels: an internet-based survey. *BMC Public Health*, 21 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10684-1>
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the beck anxiety inventory (Portuguese version) by the rasch rating scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (2), 305-310.
- Ramos, C., Pimenta, F., Patrão, I., Costa, M., Santos, A.I., Rudnicki, T. & Leal, I. (2018). Posttraumatic growth in adult cancer patient: an updated systematic review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19 (2), 157-181. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190201>
- Reale, M. J. D. O. U. (2021). Perdas, luto e transformações em tempos de covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.46831>

- Rebello, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Renzi, C. Perinel, G., Arnaboldi, P., Gandini, S., Vadilonga, V., Rotmensz, N., Tagini, A., Didier, F. & Pravettoni, G. (2017). Memories of paternal relations are associated with coping and defense mechanisms in breast cancer patients: an observational study. *BMC Psychology*, 5. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0206-z>
- Ribeiro, F. E., Palma, M. R., Silva, D. T. C., Tebar, W. R., Vanderlei, L. C. M., Fregonesi, C. E. P. T., & Christofaro, D. G. D. (2020). Relationship of anxiety and depression symptoms with the different domains of physical activity in breast cancer survivors. *Journal of Affective Disorders*, 273, 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.110>
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). *Social support*. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 535–544). Academic Press.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91 (1), 93–114. <https://doi.org/cb4jgn>
- Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., & Bokszczanin, A. (2020). Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress and coping styles during covid-19 pandemic in polish sample of university students. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 797–811. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S266511>
- Rojas, E. (2019). *SOS ansiedade*. Matéria-Prima.
- Rolim, J. A., Oliveira, A. D., & Batista, E. C. (2020). Manejo da ansiedade no enfrentamento da Covid-19. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, 5 (1), 64-74.

- Salles, G., Gandra, D., Nogueira, H., Silva, L., Cruz, M., Corrêa, M., Ferreira, N., Oliveira, P., Zumak, T., Gonzaga, T., & Soares, R. (2021). Mudanças comportamentais e resiliência dos estudantes de medicina em meio à pandemia da covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (2), 8451-8463. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-366>
- Salvaterra, F., & Chora, M. (2021). Relatório de investigação. <https://bit.ly/3nB5vGo>
- Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com cancro da mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Ciência e saúde Coletiva*. 16 (5), 2511-2522. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>
- Santos, M. S., Freitas, D. F. L., Andrade J. S. O., & Silva F. M. L. (2019). Implicações da mastectomia na autoestima da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (29), e1124. <https://doi.org/10.25248/reas.e1124.2019>
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Social support: An interactional view. J. Wiley & Sons.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impactos na saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, 37, e200063. <https://doi.org/ggxdwt>
- Schoen, T. H., & Vitalle, M. S. S. (2012). What am I afraid of?. *Revista Paulista de Pediatria*, 30 (1), 72–78. <https://doi.org/g43j>
- Schopper, D., & Wolf, C. (2009). How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European Journal of Cancer*, 45 (11), 1916-1923. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.03.022>

- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-oncology*, 19 (1), 46–53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>
- Sclowitz, M. L., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., & Tessaro, S. (2005). Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Revista de saúde pública*, 39, 340-349.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *Qjm*, 113 (8), 229–235. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Seromenho, S. (2022). *Não é loucura, é ansiedade*. Contraponto Editores.
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35 (1), 169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Simões, P., & Presado, M. H. (2022). Quando o cancro da mama se cruza com a gravidez: Vivências de um grupo de Grávidas. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 679.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Stewart, E. M., Landry, S., Edwards, B., & Drummond, S. (2021). *The bidirectional relationship between sleep and health* (1st ed.). <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch200>
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., & Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences*, 13 (11), 1387-1397. <https://doi.org/10.7150/ijbs.21635>
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24 (3.), 298-306.

- Swedo, S. E., Leonard, H. L., & Allen, A. J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Current problems in pediatrics*, 24 (1), 12–38. [https://doi.org/10.1016/0045-9380\(94\)90023-x](https://doi.org/10.1016/0045-9380(94)90023-x).
- Taywade, A. P. (2018). Perceived social support and coping strategies among cancer patients. *Indian Journal of Health and Well-being*, 9 (3), 562-565.
- Tometich, D. B., Hyland, K. A., Soliman, H., Jim, H. S. L., & Oswald, L. (2020). Living with Metastatic Cancer: A Roadmap for Future Research. *Cancers*, 12 (12), 3684. <https://doi.org/10.3390/cancers12123684>
- Vai, B., Mazza, M. G., Delli Colli, C., Foiselle, M., Allen, B., Benedetti, F., Borsini, A., Casanova Dias, M., Tamouza, R., Leboyer, M., Benros, M. E., Branchi, I., Fusar-Poli, P., & De Picker, L. J. (2021). Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Psychiatry*, 8 (9), 797–812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00232-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00232-7)
- Vasconcelos, C. S. S., de Oliveira Feitosa, I., Medrado, P. L. R., & de Brito, A. P. B. (2020). O novo coronavírus e os impactos psicológicos da quarentena. *Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 7 (Especial-3), 75-80.
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com cancro da mama antes e depois do tratamento. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 25 (2), 45-59. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in

- china. *International journal of environmental research and public health*, 17 (5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27 (2), 1–4.
<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C., & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society Open Science*, 7 (9), 200-742.
<https://doi.org/10.1098/rsos.200742>
- World Health Organization (2021). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [Web page]. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- World Health Organization (2022). Disease Outbreak News (DONs).
- World Health Organization. (2020). International Agency for Research on Cancer. [Web page]. Retrieved from: <https://gco.iarc.fr>.
- World Health Organization. (2023). From emergency response to long-term COVID-19 disease management: sustaining gains made during the COVID-19 pandemic. [Web page]. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2023.1>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7 (3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Yildirim, O. A., Poyraz, K., & Erdur, E. (2021). Depression and anxiety in cancer patients before and during the SARS-CoV-2 pandemic: association with treatment delays. *Quality of Life Research*, 30, 1903-1912. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02795-4>

Zheng, D., Luo, Q., & Ritchie, B. W. (2021). Afraid to travel after COVID-19? Self- protection, coping and resilience against pandemic ‘travel fear’. *Tourism Management*, 83 (1), 104261. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2020.104261>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395 (10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)