Universidade Portucalense Infante D. Henrique | Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto | Telefone: +351 225 572 000 | email: upt@upt.pt

Ana Carolina Queirós Costa — Adesão à Terapia Endócrina no Cancro da Mama: O papel de fatores emocionais e cognitivos

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Ana Carolina Queirós Costa, 43112

Dissertação de Mestrado

Adesão à Terapia Endócrina no Cancro da Mama:

O papel de fatores emocionais e cognitivos

Orientação: Prof.ª Doutora Ana Bártolo
Prof. Doutor Pedro F.S. Rodrigues

Data:
setembro, 2025

DPE | UPT UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Adesão à Terapia Endócrina no Cancro da Mama: O papel de fatores emocionais e cognitivos

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Ana Bártolo e coorientação do Profº Doutor Pedro F. S. Rodrigues.

Departamento de Psicologia e Educação

setembro, 2025

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão simbólico, é com o coração cheio de gratidão que dedico estas palavras a todas as pessoas que marcaram o meu percurso e foram fundamentais neste capítulo tão especial da minha vida.

À *Universidade Portucalense Infante D. Henrique*, por ter sido muito mais do que uma instituição de ensino...por ter sido casa.

A todos os professores que me acompanharam ao longo destes anos, pelo conhecimento que partilharam, pela disponibilidade constante e, acima de tudo, pelo carinho com que me guiaram.

À Professora Doutora *Ana Bártolo*, minha orientadora, por ter sido muito mais do que uma professora. Obrigada pelo apoio constante, pelo carinho, pelo cuidado atento e pela segurança que me transmitiu em cada etapa deste percurso. Pela sabedoria que partilhou com generosidade e pela forma como me acolheu desde o primeiro dia. Foi, sem dúvida, a melhor professora que eu podia ter tido neste ano tão especial. Comovo-me ao escrever estas palavras, porque sei que este caminho teria sido muito diferente sem a professora.

Ao Professor Doutor *Pedro Rodrigues*, meu coorientador, por ter sido uma presença sábia e generosa ao longo deste percurso. Obrigada pela alegria que trouxe aos momentos mais exigentes, pela esperança que transmitiu quando tudo parecia mais difícil, e pela atenção minuciosa que dedicou a cada detalhe desta dissertação. A sua forma de ensinar, sempre acessível e humana, tornou este processo mais leve e especial e por isso guardo para sempre com carinho e admiração tudo o que aprendi com o professor.

Às minhas amigas, que caminharam comigo ao longo destes cinco anos. Obrigada pela amizade, pelo apoio, pelo carinho e pelo amor nos momentos em que tudo parecia mais difícil.

À minha *Maria*, a minha melhor amiga, por ser muito mais do que uma presença na minha vida. Obrigada pelo apoio incondicional, pelas palavras certas, pelos olhares que diziam tanto, pelas gargalhadas que doíam a barriga e, acima de tudo, pelo amor e pela amizade. Por acreditares sempre em mim e por me lembrares, vezes sem conta, da força que tinha para conquistar tudo aquilo que queria. E é por tudo isto que este título também é teu. Obrigada por tudo, minha irmã de coração...

Ao *Lélio*, por ser presença, força, abrigo e incentivo. Pela mão que nunca largou a minha, nos dias bons e, sobretudo, nos difíceis. És o meu apoio, a minha segurança e o coração que me lembra que posso ir mais longe. Obrigada por tudo...

À minha avó, que nunca faltou...nem nas palavras, nem nos gestos, nem no coração. Nestes cinco anos, foi presença serena e constante, com mimos, orações e aquele amor descomplicado que só uma avó sabe dar. Diz com brilho nos olhos "a minha netinha é Doutora" e só por isso, este título já vale a pena.

Às minhas estrelinhas, que sempre transbordaram de orgulho e sonharam em ver a neta Doutora. Avós, consegui! Sou Psicóloga!!!

Ao *Lucas*, o meu companheiro de todos os dias. A minha felicidade em quatro patas, o olhar mais terno do mundo, o amor mais puro que alguma vez conheci. Sem nunca dizer uma palavra, foi o meu maior apoio ao longo desta caminhada. Esteve lá nos silêncios, nas lágrimas e nos risos. Não imagina o quanto me ajudou... E levo-o comigo, para sempre.

Aos meus pais, *Nelson* e *Isabel*, por tudo. Pelo amor incondicional, pela força, pelo colo certo nos dias errados e pela confiança cega que sempre depositaram em mim, mesmo quando eu duvidei. Vocês são o que me move, e é impossível escrever-vos sem deixar cair lágrimas. Nada disto teria sido possível sem vocês.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta caminhada, o meu muito, muito obrigada.

RESUMO

A adesão à terapia endócrina no cancro da mama representa um desafio clínico relevante, dado tratar-se de um tratamento prolongado em que fatores emocionais e cognitivos podem comprometer a disciplina na toma da medicação. Este estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre distress, medo de progressão da doença, memória prospetiva (esquecimento e uso de estratégias compensatórias) e adesão à medicação, explorando ainda os efeitos diretos e indiretos desses fatores nos mecanismos que explicam a não adesão. Foi conduzido um estudo transversal com uma amostra de 84 mulheres diagnosticadas com cancro da mama e em tratamento com terapia endócrina, recrutadas online (M(idade) = 47,88; DP = 8,46; 28–65 anos). As participantes responderam a instrumentos autorrelatados para avaliação das variáveis em estudo. A análise dos dados incluiu correlações bivariadas e modelos de mediação serial. Os resultados sugeriram que o medo de progressão influencia indiretamente a falta de disciplina na adesão à medicação através do distress emocional, com a ansiedade a afetar negativamente a memória prospetiva e a depressão a impactar diretamente a disciplina na toma. Estes dados destacam a importância de intervenções que combinem gestão emocional e reabilitação cognitiva para promover uma adesão terapêutica mais eficaz.

Palavras-chave: Oncologia; *Cancro da Mama; Adesão à Terapia Endócrina; Distress; Medo de Progressão/Recorrência; Memória Prospetiva*

ABSTRACT

Adherence to endocrine therapy in breast cancer represents a significant clinical challenge, as it involves long-term treatment where emotional and cognitive factors may compromise medication-taking discipline. This study aimed to examine the relationship between distress, fear of disease progression, prospective memory (forgetfulness and use of compensatory strategies), and medication adherence, while also exploring the direct and indirect effects of these factors on mechanisms underlying non-adherence. A cross-sectional study was conducted with a sample of 84 women diagnosed with breast cancer and undergoing endocrine therapy, recruited online (M(age) = 47.88; SD = 8.46; age range: 28–65 years). Participants completed self-report instruments assessing the study variables. Data analysis included bivariate correlations and serial mediation models. Results suggested that fear of progression indirectly influences poor medication adherence through emotional distress, with anxiety negatively affecting prospective memory and depression directly impacting medication-taking discipline. These findings underscore the importance of interventions that integrate emotional regulation and cognitive rehabilitation to promote more effective therapeutic adherence.

Keywords: Oncology; *Breast cancer; Adherence to Endocrine Therapy; Distress; Fear of Progression/Recurrence; Prospective Memory.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **1**

ENQUADRAMENTO TEÓRICO **2**

Dados epidemiológicos na Doença Oncológica 2
Tratamentos oncológicos no Cancro da Mama 3
Impacto do Diagnóstico e dos Tratamentos 4
Adesão à Medicação na Terapia Endócrina e Fatores Associados 6

MÉTODO **8**

Design do estudo e Participantes 8
Instrumentos 9
Questionário sociodemográfico e clínico *9*
Medication Adherence Universal Questionnaire (MAUQ-pt-PT) *9*
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) *10*
Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) *10*
Metacognitive Prospective Memory Inventory – short-version (MPMI-s) *11*
Procedimentos 11

RESULTADOS **12**

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra 12
Relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a adesão à terapia endócrina 15
O papel de fatores emocionais e cognitivos na adesão à terapia endócrina 16
Análises preliminares: Correlações bivariadas *16*
Efeitos indiretos do medo de progressão sobre a falta de disciplina na adesão à medicação *18*

DISCUSSÃO **20**

Limitações e Estudos Futuros 25
Conclusão 26

REFERÊNCIAS **27**

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1 14

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA EM ESTUDO (N=84). 14

TABELA 2 17

DESCRITIVAS E CORRELAÇÕES BIVARIADAS ENTRE A ADESÃO À MEDICAÇÃO NO CONTEXTO DA TERAPIA ENDÓCRINA, DISTRESS PSICOLÓGICO, MEDO DE RECORRÊNCIA E CAPACIDADES PERCEBIDAS DE MEMÓRIA PROSPETIVA. 17

TABELA 3 19

RESULTADOS DAS RELAÇÕES DIRETAS E INDIRETAS OBTIDAS PELOS MODELOS DE MEDIAÇÃO EM SÉRIE TESTADOS [MODELO A E B]. 19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
MPMI-s	Metacognitive Prospective Memory Inventory – short-version
FoP-Q-SF	Fear of Progression Questionnaire-Short Form
MAUQ-pt-PT	Medication Adherence Universal Questionnaire
MR	Medo de Recorrência
MP	Medo de Progressão
MRC	Medo de Recorrência do Cancro
RT	Radioterapia
QT	Quimioterapia
TE	Terapêutica Endócrina
NAC	Quimioterapia Neoadjuvante
AC	Quimioterapia Adjuvante
HR+	Tumores Hormonodependentes
SERMs	Moduladores Seletivos do Recetor de Estrogénio
AIs	Inibidores da Aromatase

INTRODUÇÃO

O cancro representa uma das principais preocupações de saúde pública nos países desenvolvidos, em virtude da elevada incidência, da taxa de mortalidade associada e dos efeitos adversos que provoca, tanto a nível físico como psicológico (Bray et al., 2024). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), trata-se de uma doença crónica, com repercussões que se manifestam a curto e a longo prazo, interferindo de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos. A investigação tem evidenciado que esta patologia afeta múltiplas dimensões do bem-estar — físicas, emocionais, cognitivas e sociais — desde o momento do diagnóstico até à fase de sobrevivência (Emerson et al. 2023; Spencer et al., 2020)

No caso do cancro da mama, um dos tumores mais prevalentes em mulheres a nível mundial (Ferlay et al., 2024), a terapia endócrina constitui um tratamento fundamental para doentes com tumores hormonodependentes. Este tipo de terapêutica, geralmente de longa duração (recomendada 5 a 10 anos; Bekes & Huober, 2023) tem demonstrado reduzir de forma significativa o risco de recorrência e mortalidade. No entanto, a sua eficácia está fortemente dependente da adesão consistente e continuada à medicação. Estudos têm revelado que muitas mulheres interrompem ou não seguem corretamente a prescrição, devido a efeitos secundários, dificuldades de gestão do regime terapêutico ou fatores de ordem emocional e cognitiva (e.g. Bright et al., 2016; Spencer et al., 2020). Assim, compreender os determinantes da adesão na terapia endócrina é crucial para otimizar os resultados clínicos e promover a qualidade de vida das sobreviventes.

Neste enquadramento, a presente dissertação centra-se na adesão à terapia endócrina no cancro da mama, com particular enfoque em fatores emocionais, como o *distress* e o medo de progressão, e em fatores cognitivos, em especial a memória prospetiva. Esta pode ser definida como a capacidade de formar uma representação de uma ação futura, mantê-la temporariamente armazenada e recuperá-la no momento ou contexto apropriado para a sua execução (Crystal & Wilson, 2015), sendo, por isso, determinante para a adesão ao tratamento (e.g., Zogg et al., 2012). Assim, este estudo procurou contribuir para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno, ao explorar de forma integrada os efeitos diretos e indiretos dessas variáveis na adesão à medicação, oferecendo uma perspetiva inovadora sobre os mecanismos subjacentes à não adesão.

A metodologia adotada consistiu num estudo transversal de natureza correlacional, integrado num projeto mais alargado sobre adesão terapêutica em sobreviventes de cancro. A amostra foi composta por mulheres com diagnóstico de cancro da mama, em tratamento com terapia endócrina, recrutadas online através de associações de doentes e redes sociais. Foram utilizados instrumentos validados para avaliar a adesão à medicação, o distress, o medo de progressão e as capacidades de memória prospetiva. A análise dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS, incluindo análises descritivas, correlações bivariadas e modelos de mediação serial com o macro PROCESS, permitindo explorar os efeitos diretos e indiretos das variáveis em estudo.

A presente dissertação encontra-se organizada em várias secções. Inicia-se com o enquadramento teórico, que apresenta os principais conceitos e estudos relacionados com o tema. Segue-se a metodologia, onde são descritas as etapas do estudo e os instrumentos utilizados. Posteriormente, são apresentados os resultados e a respetiva discussão, relacionando-os com a literatura existente, identificando limitações e propondo direções para futuras investigações. Por fim, é apresentada a conclusão, que sintetiza os principais contributos do trabalho desenvolvido.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Dados epidemiológicos na Doença Oncológica

Entre 2020 e 2022, verificou-se um aumento na incidência de cancro a nível mundial e uma ligeira diminuição na mortalidade. Segundo as previsões demográficas, o número anual de novos casos de cancro deverá atingir 35 milhões até 2050, o que representa um aumento de 77% em relação aos níveis de 2022 (Bray et al., 2024). Os progressos tecnológicos no âmbito da deteção precoce e dos tratamentos têm contribuído significativamente para o aumento das taxas de sobrevivência (Pulumati et al., 2023), reforçando a aposta na promoção da funcionalidade e qualidade de vida destes doentes.

Em 2022, foi registada uma taxa de incidência mundial da doença de 196,9/100.000 novos casos, e de 294,6/100.000 em Portugal, com destaque para os tipos de cancro mais prevalentes, como o cancro da mama, próstata, colorretal, e da traqueia, brônquios e pulmão (Ferlay et al., 2024). O cancro da mama foi a segunda principal causa de incidência global, com 2,3 milhões de novos casos estimados. Este tipo de cancro é o

mais diagnosticado entre as mulheres e a principal causa de morte por cancro a nível global (Bray et al., 2024). Além disso, o cancro da mama é o mais comum entre adolescentes e jovens adultas com idades entre os 15 e os 39 anos (Ferlay et al., 2024).

Tratamentos oncológicos no Cancro da Mama

Os regimes de tratamento no contexto do carcinoma da mama incluem mastectomia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT), terapia endócrina (TE), entre outras abordagens inovadoras como terapias-alvo e imunoterapia. As terapias são escolhidas com base nas características individuais clinico-patológicas e no grau do tumor (Hu, Huang, & Fan, 2017). A mastectomia total remove o parênquima mamário, o complexo aréolo-mamilar e o excesso de pele da parede torácica, deixando apenas pele suficiente para fechar a incisão. É geralmente utilizada quando os pacientes não serão sujeitos a reconstrução imediata. As taxas de recorrência local de 2% a 5% são relatadas, com o seguimento médio variando de 2 a 5 anos (Meretoja et al., 2007; Lanitis et al., 2010).

A quimioterapia no cancro da mama pode apresentar duas modalidades de tratamento, quimioterapia neoadjuvante (NAC) e quimioterapia adjuvante (AC). A (NAC) pode reduzir o estadio do tumor da mama e axila, permitindo a manutenção do tecido mamário em casos operáveis, sendo recomendada para pacientes com tumores de grandes dimensões e subtipos mais agressivos (Moo et al., 2018). Após a intervenção cirúrgica os pacientes recebem terapia com quimioterapia adjuvante (AC), com o objetivo de diminuir e erradicar a doença clínica e radiograficamente. A administração de quimioterapia pode reduzir o risco de recorrência em, aproximadamente, 30% no cancro de mama precoce (Mano & Awada, 2004).

Por sua vez, a radioterapia no tratamento do cancro da mama envolve a irradiação dos gânglios linfáticos regionais, especialmente quando inclui os gânglios axilares (Abi Jaoude et al., 2020). O tratamento abrange a parede torácica e, frequentemente, os gânglios supra e infraclaviculares, bem como os mamários internos (Taylor et al., 2017). A adição da irradiação dos gânglios linfáticos regionais à irradiação da mama ou da parede torácica demonstrou uma redução na recorrência da doença (-2,9%) e na mortalidade por cancro da mama (-4,0%), (Haussmann et al., 2020).

No caso dos tumores positivos para o recetor de estrogénio (RE), também designados de tumores hormonodependentes (HR+), a terapia endócrina é também um tratamento essencial. Esta consiste em moduladores seletivos do recetor de estrogénio (SERMs), inibidores da aromatase (AIs) e medicamentos supressores ovarianos

(Puhalla et al., 2009). Os pacientes podem ser tratados com terapia endócrina durante cinco a dez anos, e possivelmente num período mais alargado, o que torna a adesão ao tratamento particularmente desafiadora (Burstein et al., 2014). Cinco anos de tamoxifeno adjuvante reduzem o risco de recorrência em quase 50% durante os primeiros quatro anos, com redução contínua do risco de mais de 30% nos cinco anos seguintes (EBCTCG et al., 2011). Um ensaio clínico que envolveu pacientes que tomaram tamoxifeno num período de dez versus cinco anos, sugeriu que uma duração mais longa de terapia levou a uma redução adicional na recorrência de cerca de 25% e na mortalidade de quase 30%, especialmente após o décimo ano (Davies et al., 2013). Os dados têm vindo a apresentar- se consistentes sugerindo que as terapias endócrinas parecem melhorar o prognóstico, nomeadamente a redução da taxa de mortalidade global e o aumento da sobrevivência a longo-prazo em mulheres com tumores positivos para os recetores de estrogénio e progesterona (Bowles et al., 2012; Dunnwald et al., 2007).

As diretrizes clínicas recomendam assim, pelo menos, 5 anos de tratamento endócrino para prevenir a recorrência e melhorar a sobrevivência (Liu et al., 2013). Embora uma terapia endócrina oral mais prolongada seja clinicamente benéfica em sobreviventes com cancro da mama HR+ em estádio inicial, a não adesão e a falta de persistência são os maiores desafios clínicos na gestão destes pacientes.

Impacto do Diagnóstico e dos Tratamentos

A doença oncológica apresenta um impacto multifatorial na funcionalidade, abrangendo os domínios físico, emocional, cognitivo e social. Os sintomas físicos mais frequentemente associados à doença e aos tratamentos estão relacionados com fadiga, dor, alterações no apetite, respiração e alterações no padrão de sono (Paiva et al., 2015). Para além dos sintomas físicos, são comumente reportadas em respostas emocionais como o *distress*, medo de recorrência e preocupações relacionadas com a morte e incerteza em relação ao futuro (Cardoso et al., 2009; Ferreira et al., 2012; Machado & Sawada, 2008; Vasconcelos et al., 2022).

O *distress* é descrito como uma experiência emocional desagradável multifatorial de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou espiritual, que pode interferir na capacidade de lidar eficazmente com o cancro, com os seus sintomas físicos e no tratamento (Riba et al., 2019). Abrange um espetro amplo de manifestações emocionais e psiquiátricas, incluindo sintomas de ansiedade e depressão (Carlson et

al., 2010). Bjerkeset et al. (2020) afirmam que 30% dos pacientes oncológicos apresentam *distress*. No entanto, apesar das consequências negativas no quotidiano, estes sintomas, muitas vezes, não recebem a devida atenção e permanecem subtratados (Fallowfield et al., 2001; Von Heymann-Horan et al., 2013).

Em pacientes com cancro da mama, os sintomas de ansiedade estão entre as manifestações mais comuns (Stark & House, 2000; Saboonchi et al., 2014) e são intensificados pela antecipação de cenários negativos (Barlow, 2000), pela incerteza quanto ao futuro, pela preocupação com uma possível recidiva da doença e pelo receio dos efeitos secundários do tratamento (Montgomery et al., 2003; Walker et al., 1999). Em particular, a preocupação com uma recidiva ou progressão da doença tem mostrado ser comum (Hartl et al., 2003). O medo de recorrência (MR) e/ou medo de progressão (MP) tem assim sido usados indistintamente para caracterizar aspetos como níveis elevados de preocupação, pensamentos intrusivos, desadaptação, disfunção, sofrimento excessivo e dificuldade em fazer planos para o futuro (Lebel et al., 2016).

A investigação sugere ainda que mulheres diagnosticadas com cancro da mama em idade jovem apresentam maior risco de medo de recorrência (Van Den Beuken-van Everdingen et al., 2008), nomeadamente mulheres diagnosticadas com idade inferior a 50 anos (Liu et al., 2011). Em vários estudos transversais, o MRC foi positivamente correlacionado com ansiedade (Simard et al., 2010; Skaali et al., 2009; Hirai et al., 2008; Lebel et al., 2009; Deimling et al., 2006; Dinkel et al., 2014), evitamento (Skaali et al., 2009; Simard et al., 2010; Hirai et al., 2008; Lebel et al., 2009), sintomas depressivos (Simard & Savard, 2009; Simard et al., 2010; Skaali et al., 2009; Hirai et al., 2008; Lebel et al., 2009; Deimling et al., 2006; Van Den Beuken-van Everdingen et al., 2009), negação (Deimling et al., 2006), intrusões cognitivas (Simard & Savard, 2009; Simard et al., 2010; Skaali et al., 2009; Hirai et al., 2008; Lebel et al., 2009), metacognições desadaptativas, ou seja, pensamentos negativos sobre os próprios pensamentos (Butow et al., 2015), e uma maior perceção de ameaça (McGinty et al., 2012).

Estudos sugerem que a depressão ocupa o terceiro lugar entre as condições mais comuns nas pacientes com cancro da mama, sendo apenas mais prevalente no contexto do cancro pancreático e do cancro da cabeça e pescoço (Golden-Kreutz & Andersen, 2004). A depressão influencia vários aspetos da vida dos pacientes com cancro da mama, incluindo a qualidade de vida, o autocuidado, a adesão ao tratamento, a eficácia da terapia e a própria sobrevivência (Manne et al., 2006; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008; Yen et al., 2006). Além dos sintomas típicos da depressão, como tristeza, falta de prazer, sentimentos de culpa, impotência, desesperança e ideação

suicida, outros fatores de risco devem ser considerados, como historial de depressão, preocupações relacionadas com a doença, ausência de uma rede de apoio sólida e traços de personalidade neurótica (Bailey et al., 2005; Derogatis & Melisaraatos, 1983).

Por sua vez, o impacto do cancro e dos tratamentos oncológicos no funcionamento cognitivo é também um problema cada vez mais reconhecido devido aos efeitos citotóxicos dos tratamentos. Neste sentido, tem vindo a despertar o interesse da comunidade científica, sendo internacionalmente reconhecido como cancer-related cognitive impairment (Horowitz et al., 2018). A evidência disponível, obtida através da avaliação com testes neuropsicológicos, indica a presença de défices em diversos domínios cognitivos após o diagnóstico de cancro, incluindo alterações na atenção, memória e nas funções executivas (Lange et al., 2019). Contudo, este impacto varia conforme as características do diagnóstico e tratamento (e.g., Ahles & Saykin, 2007; Palmer et al., 2008; Schilder et al., 2009; Shibayama et al., 2014). Em particular, no carcinoma da mama, queixas ao nível da memória prospetiva (i.e., capacidade de recordar uma tarefa a ser realizada num determinado momento futuro – Santos et al., 2025) mostram ser comuns e podem impactar quer o *distress* dos doentes, quer a adesão às recomendações médicas (e.g., Rodrigues et al., 2023).

Adesão à Medicação na Terapia Endócrina e Fatores Associados

Dunbar-Jacob et al. (2000) afirma que a baixa adesão representa uma ameaça séria ao sucesso das terapias de longo prazo para doenças crónicas. A adesão à medicação terapêutica pode assim ser definida como um processo multifatorial e dinâmico que envolve a falha de tomar a medicação, conforme prescrito (Stanton et al., 2014). A adesão subótima pode estar associada a um aumento da morbilidade e mortalidade, piores resultados clínicos, redução da qualidade de vida e maiores custos de saúde a longo prazo, incluindo hospitalizações e consultas médicas (Osterberg & Blaschke, 2005). A literatura tem assim investido no entendimento de fatores que podem afetar a adesão.

Fatores como a idade (menos de 45 e mais de 85 anos) (Partridge et al., 2003), os custos dos medicamentos (Sedjo & Devine, 2011; Gadkari & McHorney, 2010), comorbidades (Sedjo & Devine, 2011) e os efeitos secundários (Aiello Bowles et al., 2012); (Simon et al., 2014) estão associados à não adesão. Burkhart & Sabaté (2003) acrescenta ainda, como fatores que influenciam a adesão à medicação, as

características do paciente, como condições psiquiátricas e crenças; circunstâncias sociais e económicas, como o apoio familiar e o acesso aos cuidados de saúde; características da doença e do tratamento, incluindo se a doença é crónica ou aguda; o perfil de efeitos secundários da medicação; e atributos do sistema de saúde e da prestação de serviços, como a relação entre médico e paciente.

Em particular, no contexto do cancro da mama hormonodependente, a adesão à terapia endócrina constitui-se como um âmbito de interesse considerando a longa duração do tratamento e impacto negativo da não-adesão no prognóstico e sobrevivência global (e.g., Eliassen et al., 2023). Alguns fatores de não-adesão, comuns em outros contextos de cronicidade, estão já bem estabelecidos como preditores da adesão à medicação durante o tratamento tais como elevada perceção de carga dos efeitos secundários e preocupações com a segurança dos medicamentos, desafios relacionados com o custo, acesso e idade (e.g., Spencer et al., 2020). Fatores relacionados com o sistema de saúde/profissionais de saúde (e.g., perceção menos positiva da qualidade da interação com os profissionais), bem como nível socioeconómico mais baixo e menor suporte social mostraram também ser variáveis de influência na adesão à terapia endócrina (e.g., Todd et al., 2024).

Apesar dessas evidências verificam-se ainda lacunas importantes na literatura e os estudos não se têm focado especificamente na relação entre fatores emocionais e cognitivos e a adesão à terapia endócrina. Elevados níveis de *distress* emocional e medo de recorrência têm sido frequentemente associados a um impacto negativo na qualidade de vida das pacientes, mas o efeito direto desses fatores na adesão à medicação ainda não foi claramente explorado. A ansiedade e a preocupação constante com a possibilidade de uma recidiva da doença oncológica podem interferir no processo de tomada de decisão em relação ao tratamento. Um estudo de Shim et al. (2020) demonstrou que altos níveis de medo de recorrência persistiam ao longo do tempo e estavam associados a mais preocupações como a medicação, refletindo a necessidade de continuar a investir no entendimento desta relação.

A memória prospetiva, por sua vez, torna-se ainda um outro fator que merece destaque no entendimento dos fatores que explicam a adesão à medicação no contexto da terapia endócrina. Embora a adesão à medicação seja frequentemente vista como uma escolha consciente, fatores cognitivos como dificuldades ao nível da memória prospetiva podem ter um significativo impacto na não adesão não intencional destes doentes. Uma revisão de literatura de Zogg et al. (2012) foi consistente com esta hipótese na medida em que demonstrou que a memória prospetiva pode desempenhar

um papel importante na adesão à medicação quando um indivíduo forma uma intenção de aderir. Este aspeto da não-adesão não intencional, relacionado com a memória prospetiva, necessita de ser mais explorado no contexto do cancro da mama, especialmente em tumores hormonodependentes que envolvem terapêuticas de longa-duração. Com base neste conhecimento, o presente estudo apresentou como objetivos principais: (i) analisar o papel do *distress* e do medo de progressão na adesão à medicação no contexto da terapia endócrina; e (ii) explorar a relação entre as capacidades de memória prospetiva (e.g., esquecimento prospetivo e estratégias compensatórias) na adesão à medicação, com atenção especial à não adesão não intencional, operacionalizada como a irregularidade ou falta de disciplina na toma da medicação; e (iii) investigar efeitos diretos e indiretos desses fatores, examinando os mecanismos subjacentes e que explicam a não adesão. Este estudo visa aprofundar a compreensão dos fatores emocionais e cognitivos que afetam a adesão à terapia endócrina, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para melhorar o cumprimento do tratamento no cancro da mama hormonodependente.

MÉTODO

Design do estudo e Participantes

O presente estudo enquadrou-se num projeto de investigação mais alargado que pretendeu explorar fatores que afetam a adesão terapêutica em sobreviventes de cancro. Apresentou um desenho transversal de natureza correlacional. No contexto do projeto, foi usada a definição ampla do conceito de sobrevivente, sendo considerados como sobreviventes de cancro todos os indivíduos desde o momento do diagnóstico, com ou sem evidência de doença nos exames de controlo no momento do recrutamento (NCI, 2024). Neste sentido, foi integrada no estudo uma amostra de conveniência constituída por: (i) participantes do sexo feminino, (ii) com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (jovens adultos e adultos); (iii) com diagnóstico prévio de cancro da mama; (iv) em terapia endócrina no momento do recrutamento; e (v) ser falante nativo de língua portuguesa. Participantes com antecedentes de metastização cerebral e/ou diagnostico de demência, epilepsia, lesão cerebral ou história de perturbações aditivas foram excluídos para participação no estudo.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico

O protocolo de avaliação incluiu um questionário sociodemográfico e clínico para a recolha de informação pessoal como a idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, antecedentes psiquiátricos, bem como informações relativas à doença, tempo desde o diagnóstico, estadio do cancro, tratamentos realizados, dificuldades de memória, entre outras.

Medication Adherence Universal Questionnaire (MAUQ-pt-PT)

O *Medication Adherence Universal Questionnaire* (MAUQ-pt-PT; Versão Portuguesa: Cabral et al., 2023) trata-se de uma medida de autorrelato que pretende avaliar a adesão à medicação numa amostra da população geral. Na sua versão original, a medida integra 16 itens organizados em quatro escalas distintas: (a) 4 itens na escala das atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde (APM); (b) 4 itens na escala da falta de disciplina (FD); (c) 4 itens na escala da aversão à medicação (AM) e (d) 4 itens na escala das atitudes proativas em relação aos problemas de saúde (APPS). Na versão portuguesa, validada pela equipa para o contexto da adesão à medicação crónica (Cabral et al., 2023), a medida manteve a estrutura fatorial de quatro fatores. A resposta é efetuada com recurso a uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 a 7: sendo que 1 = discordo totalmente e 7 = concordo totalmente. Na interpretação da pontuação, valores mais elevados indicam melhor adesão à medicação, refletindo atitudes mais positivas, maior disciplina e proatividade no cumprimento do regime terapêutico. A consistência interna da versão portuguesa revelou-se satisfatória ($0.63 \leq \alpha \leq 0.78$ para as subescalas atitudes proativas em relação aos problemas de saúde e falta de disciplina, respetivamente; Cabral et al., 2023). Na presente amostra, a medida apresentou igualmente uma confiabilidade satisfatória quer para a escala total (α Cronbach=0,70), quer para as suas subescalas que assumiram valores de alfa maioritariamente superiores a 0,75.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A *14-Item Hospital Anxiety and Depression Scale* (designada por Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – EADH; Snaith & Zigmond, 1986; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007) é um instrumento utilizado para avaliar a severidade da sintomatologia ansiosa e depressiva. Esta escala é composta por 14 itens, divididos de forma equitativa em duas subescalas, que são pontuadas separadamente e que avaliam a ansiedade (HADS-A) e a depressão (HADS-D). Cada item é respondido através de uma escala do tipo Likert de quatro pontos (entre 0 e 3), permitindo que a pontuação total de cada subescala varie entre 0 e 21 pontos. Quanto mais elevada for a pontuação final, maior será a presença de sintomatologia ansiosa ou depressiva. Este instrumento apresenta boas propriedades de rastreio na identificação de perturbações de ansiedade e depressão, revelando elevada robustez e confiabilidade (Snaith & Zigmond, 1986). No estudo de validação da versão portuguesa, a medida demonstrou boa consistência interna (α = 0,76 para a ansiedade; α = 0,81 para a depressão; Pais-Ribeiro et al., 2007). Na amostra estudada, a subescala de ansiedade revelou uma consistência interna elevada (α = 0,88), enquanto a subescala de sintomatologia depressiva apresentou uma confiabilidade mais limitada, com um valor de alfa próximo de 0,50.

Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF)

O *Fear of Progression Questionnaire-Short Form* (Mehnert et al., 2006) é um instrumento que avalia o medo da progressão no contexto da doença crónica. É composto por 12 itens, retirados de quatro das cinco subescalas da versão completa desenvolvida por Herschbach et al. (2005): seis itens da subescala “Afetiva”, dois itens da subescala “Ocupação”, dois itens da subescala “Relacionamento e Família” e dois itens da subescala “Perda de Autonomia”. As respostas são registadas numa escala Likert de 1 (“nunca”) a 5 (“muito frequentemente”). A versão portuguesa da medida foi validada para a população oncológica e relevou uma estrutura unifatorial (Silva et al., 2022), sendo obtida uma pontuação total que traduz o nível de medo de progressão experienciado. Neste sentido maiores pontuações estão associadas a níveis mais elevados de medo de progressão da doença. Nessa versão, a escala apresentou uma boa consistência interna assumindo um valor de 0.86 (Silva et al., 2022). No presente

estudo, a consistência interna revelou-se igualmente boa, assumindo um alfa de Cronbach de .894.

Metacognitive Prospective Memory Inventory – short-version (MPMI-s)

O *Metacognitive Prospective Memory Inventory – short-version* (MPMI-s; designada em Portugal por Inventário de Memória Prospetiva Metacognitva – versão reduzida) foi originalmente desenvolvido na Alemanha (Rummel et al., 2019) para avaliar a memória prospetiva e os processos metacognitivos numa amostra da população geral. Na sua versão original, a medida integrava 22 itens, organizados em três escalas distintas: (a) capacidade de memória prospetiva, (b) estratégias internas de memória prospetiva, (c) estratégias externas de memória prospetiva.

Na versão portuguesa, validada pela equipa para o contexto oncológico (Santos et al., 2025) a medida integra apenas 18 itens organizados numa estrutura fatorial constituída por 4 fatores que distinguem diferentes estratégias compensatórias das dificuldades de memória: (a) esquecimento prospetivo, (b) estratégias de monitorização e planeamento, (c) estratégias de imagética e visualização mental, e (d) estratégias relacionadas com o uso de auxiliares externos. A resposta é efetuada com recurso a uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 a 5: 1= muito raramente; 2= raramente; 3 = às vezes; 4= frequentemente; 5= muito frequentemente. Neste sentido, a versão portuguesa demonstrou uma boa consistência interna, com coeficientes de alfa de Cronbach a variarem entre 0,75 e 0,84 para as dimensões esquecimento prospetivo e estratégias de imagética e visualização mental e estratégias relacionadas com o uso de auxiliares externos, respetivamente (Santos et al., 2025). No presente estudo, a consistência interna do MPMI-s apresentou valores similares com valores de alfa superiores a 0.79.

Procedimentos

O presente estudo foi submetido para avaliação por uma Comissão de Ética Independente. O recrutamento dos participantes ocorreu em formato online, através da divulgação do questionário, com recurso à plataforma Limesurvey, alojado nos servidores da Universidade Portucalense. A divulgação do estudo realizou-se junto de associações de doentes na comunidade, bem como por meio de páginas e grupos em

diferentes redes sociais (e.g., Facebook e Instagram). Previamente à participação no estudo, todos os participantes tiveram acesso ao consentimento informado sendo necessário ter procedido à aceitação do consentimento através da seleção de uma caixa de verificação. Foram seguidos todos os procedimentos éticos de investigação em linha com o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses e a Declaração de Helsínquia, sendo preservado o anonimato e confidencialidade dos participantes.

A análise dos dados foi conduzida com recurso ao IBM SPSS Statistics (versão 29). Inicialmente, realizaram-se análises descritivas para caracterizar a amostra e os principais indicadores de adesão à terapia endócrina, bem como as variáveis emocionais e cognitivas. Em seguida, foram conduzidas correlações bivariadas preliminares para explorar associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas, emocionais, cognitivas e adesão à medicação. Posteriormente, com o objetivo de examinar os efeitos diretos e indiretos das variáveis em estudo, foi utilizado o macro PROCESS para SPSS (versão 4.2; Hayes, 2022). Este macro realiza regressão linear internamente para estimar efeitos diretos e indiretos e permite testar modelos de mediação serial (modelo 6), que foram aplicados no presente estudo. Para determinar a significância dos efeitos indiretos, foram geradas 5 000 amostras bootstrap, com cálculo de intervalos de confiança de 95%, garantindo robustez às estimativas sem depender de pressupostos de normalidade.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra inicial contou com 106 participantes, do sexo feminino, diagnosticadas com cancro da mama que se inscreveram no estudo online. Destas, apenas 84 cumpriram os critérios de elegibilidade, sendo a principal razão de exclusão a não realização de terapia endócrina no momento do recrutamento (n = 22; 20,8%).

As participantes tinham idades compreendidas entre 28 e 65 anos (M=47,9; DP = 8,46). Relativamente à área de residência, cerca de 22,7% dos participantes residiam na zona norte do país (n=19), 19,1% (n=16) da zona centro, 48,8% (n=41) da zona sul e 4,8% (n=4) na ilha dos Açores, apenas 1,2% (n=1) na ilha da Madeira, e cerca de 3,6% (n=3) residiam fora de Portugal. A maioria das participantes possuí ensino superior (70,2%, n=59), eram casadas (58,3%, n=49) e estavam empregadas a tempo inteiro (63,1%, n=53).

Em média, o diagnóstico de cancro da mama tinha ocorrido há aproximadamente 3 anos (M = 2,69; DP = 2,14; intervalo: 0,08–9 anos) e 33,3% (n = 28) das participantes reportaram estar no estádio II da doença. No que respeita aos tratamentos oncológicos realizados previamente, verificou-se que 95,2% (n = 80) das participantes tinham sido submetidas a cirurgia, 56% (n = 47) a quimioterapia, 83,3% (n = 70) a radioterapia, 11,9% (n = 10) a terapias alvo e 11,9% (n = 10) a imunoterapia.

Em relação à terapia endócrina, as participantes encontravam-se em tratamento há, em média, 20 meses (M = 19,5; DP = 21,02; intervalo: 1–118 meses). Os resultados mostraram que as participantes seguiam diferentes planos terapêuticos: 39,4% (n = 33) utilizavam tamoxifeno (modulador seletivo dos recetores de estrogénio, SERM), 25,2% (n = 21) utilizavam exemestano, 23,9% (n = 20) letrozol e 10,7% (n = 9) anastrazol (todos inibidores da aromatase), enquanto cerca de 10,8% (n = 8) recebiam goserelina (Zoladex, agonista do GnRH, suprimindo a produção ovariana de estrogénio). A escolha do fármaco parece refletir a heterogeneidade dos perfis clínicos, incluindo idade pré ou pós-menopausa, bem como diferentes fases do tratamento oncológico. A toma da medicação por via oral (tamoxifeno, letrozol, exemestano e anastrazol) ocorria maioritariamente à noite, com 46,4% das participantes (n = 39), seguida da manhã, com 35,7% (n = 30), e da tarde, com 17,9% (n = 15).

No que respeita à saúde geral, 36,9% (n = 31) das participantes apresentavam comorbilidades associadas a doenças crónicas, sendo a hipertensão arterial (10,7%; n = 9) e o hipotiroidismo (6%; n = 5) as mais prevalentes. Cerca de 31% (n = 26) tinham histórico de problemas de saúde mental, destacando-se a sintomatologia depressiva (19,1%; n = 16) e as perturbações de ansiedade (15,6%; n = 13). À data do recrutamento, 33,3% (n = 28) encontravam-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes estão presentes na Tabela 1.

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo (N=84).

Variáveis	**n**	**%**
Idade (M±DP, intervalo)	47,88±8,46; 28-65	
Escolaridade		
Ensino Básico (2º e 3º ciclo)	6	7,1
Ensino Secundário	19	22,6
Ensino Superior	59	70,2
Estado Civil		
Solteira	12	14,3
Casada	49	58,3
União de facto	13	15,5
Divorciada	8	9,5
Viúva	2	2,4
Situação Profissional		
Desempregada	4	4,8
Empregada a tempo inteiro (por conta própria ou de outrem)	53	63,1
Empregada a tempo parcial (por conta própria ou de outrem)	3	3,6
Baixa Médica	18	21,4
Pensionista por invalidez/Reformada	4	4,8
Outro	2	2,4
Tempo desde o diagnóstico de cancro (em anos; M±DP, intervalo)	2,69± 2,14; 0,08-9	
Tratamentos previamente realizados		
Cirurgia	80	95,2
Quimioterapia	47	56
Radioterapia	70	83,3
Terapia Endócrina	80	95,2
Imunoterapia	10	11,9
Terapia-Alvo	10	11,9
Tratamento Endócrina atual		
Anastrazol	9	10,7
Exemestano	21	25,2
Letrozol	20	23,9
Tamoxifeno	31	37
Tempo em terapia endócrina (em meses; M±DP, intervalo)	19,55± 21,01; 1-118	

Tabela 2. *(continuação)*

Variáveis	n	%
Problema de saúde crónico (em comorbilidade)		
Hipertensão arterial	9	10,7
Asma	2	2,4
Doença cardiovascular	2	2,4
Hipotireoidismo	5	6,0
Outro (e.g., diabetes, osteoartrite, fibromialgia)	13	15,6
História de problemas de saúde mental		
Sim	26	31
Não	58	69
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual		
Sim	28	33,3
Não	56	66,7

Relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a adesão à terapia endócrina

A análise dos indicadores de adesão à medicação no contexto da terapia endócrina, baseada no MAUQ, revelou que as participantes apresentaram pontuações mais baixas nas subescalas “Atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde” e “Aversão à medicação”, indicando níveis reduzidos de adesão e atitudes menos favoráveis em relação à medicação nestas dimensões específicas (ver Tabela 2). Ao explorar a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e os níveis de adesão, com o objetivo de identificar possíveis padrões, verificou-se que fatores como idade (r = 0,14, p = 0,216), escolaridade (com ou sem formação académica; r = 0,06, p = 0,568), tempo desde o diagnóstico de carcinoma da mama (r = 0,06, p = 0,619), duração da terapia endócrina (r = 0,05, p = 0,633) e comorbilidade com outras doenças crónicas (r = 0,07, p = 0,551) não apresentaram associação significativa com as pontuações globais de adesão à medicação. Por essa razão, estas variáveis não foram incluídas como fatores de controlo nas análises subsequentes.

O papel de fatores emocionais e cognitivos na adesão à terapia endócrina

Análises preliminares: Correlações bivariadas

Relativamente a variáveis emocionais, a depressão apresentou uma correlação negativa moderada com a pontuação total de adesão à medicação, indicando que participantes com maior sintomatologia depressiva tendiam a apresentar pior adesão ao regime terapêutico. De forma consistente, a depressão correlacionou-se moderadamente com a falta de disciplina e com atitudes positivas, reforçando que a sintomatologia depressiva se associava a menor disciplina e perspetivas menos favoráveis face à medicação. Adicionalmente, foi encontrada uma correlação negativa fraca entre as atitudes proativas na gestão da saúde e a variável depressão. Por sua vez, a ansiedade apresentou também uma correlação negativa significativa com a falta de disciplina. O medo de progressão da doença não se mostrou correlacionado diretamente com a adesão global à medicação. No entanto, apresentou uma associação positiva forte com depressão e ansiedade, evidenciando que participantes com níveis mais elevados de medo apresentam simultaneamente maior sintomatologia depressiva e ansiosa.

Relativamente à memória prospetiva, foi observada uma associação significativa moderada entre os níveis de esquecimento prospetivo e a pontuação total de adesão à medicação. Mais especificamente, ao nível das dimensões da MAUQ, foi encontrada uma correlação positiva moderada entre o esquecimento de tarefas futuras e a falta de disciplina na toma da medicação, indicando que níveis mais elevados de esquecimento prospetivo percebido estavam também relacionados com maiores dificuldades de disciplina no seguimento do tratamento. Foram também identificadas correlações fracas entre estratégias compensatórias da memória relacionadas com a imagética e visualização mental e a adesão, tanto na pontuação global quanto na dimensão de atitudes proativas face à saúde, sugerindo que a utilização destas estratégias pode estar ligeiramente associada a uma melhor adesão, embora o efeito seja pequeno. Além disso, o *distress* psicológico, nomeadamente os sintomas de ansiedade e depressão, revelou associações moderadas com o esquecimento prospetivo, indicando que níveis mais elevados destes sintomas se associaram a uma perceção de menores dificuldades em recordar tarefas futuras.

Tabela 2.

Descritivas e correlações bivariadas entre a adesão à medicação no contexto da terapia endócrina, distress psicológico, medo de recorrência e capacidades percebidas de memória prospetiva.

	M	DP	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde	21,93	5,25	1											
2. Falta de disciplina	23,54	5,45	,353***	1										
3. Aversão à medicação	14,68	4,76	,377***	0,194	1									
4. Atitudes proativas em relação aos problemas de saúde	22,87	3,78	0,207	0,186	-0,049	1								
5. Adesão à medicação (pontuação global)	83,01	12,55	,777***	,712***	,607***	,450***	1							
6. Ansiedade	9,26	4,91	-0,091	-,310*	0,089	-0,198	-0,189	1						
7. Depressão	6,78	3,02	-,394**	-,424***	-0,178	-,251*	-,475***	,656***	1					
8. Medo de progressão	41,37	10,20	-0,190	-0,130	-0,076	-0,017	-0,164	,699***	,501***	1				
9. Esquecimento prospetivo	3,64	0,88	0,071	,424***	0,213	0,104	,316**	-,361**	-,315*	-0,211	1			
10. Estratégias de monitorização e planeamento	3,92	0,78	0,035	-0,126	-0,106	0,071	-0,056	0,225	0,192	,296*	-,457***	1		
11. Estratégias de imagética e visualização mental	3,35	0,78	0,183	0,101	0,112	,296*	,250*	0,086	-0,079	0,171	-,229*	,525***	1	
12. Estratégias relacionadas com o uso de auxiliares externos	3,54	0,82	0,031	0,012	-0,097	-0,013	-0,023	0,096	0,165	0,124	-,452***	,690***	,402***	1

***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

Efeitos indiretos do medo de progressão sobre a falta de disciplina na adesão à medicação

Com base nas análises de correlação preliminar, foram propostos dois modelos em série (serial mediation; modelo 6 do PROCESS) para investigar como o medo de progressão da doença influenciava a falta de disciplina na adesão ao tratamento, através de mediadores emocionais e cognitivos: sintomas de ansiedade ou depressão e esquecimento prospetivo.

No primeiro modelo (Modelo A), foram testadas três vias indiretas possíveis pelas quais o medo de progressão poderia afetar a falta de disciplina, considerando a ansiedade e a memória prospetiva como mediadores (ver Tabela 3). Os resultados indicaram que apenas a terceira via, que envolvia a sequência em série — medo de progressão → ansiedade → esquecimento prospetivo → falta de disciplina — foi estatisticamente significativa (b = -0,06, IC 95% = [-0,16, -0,01]). Assim, o medo de progressão mostrou aumentar a ansiedade, que, por sua vez, afetava a memória prospetiva resultando em maior falta de disciplina na toma da medicação.

Por sua vez, no segundo modelo (Modelo B), as vias indiretas consideraram a depressão e o esquecimento prospetivo como mediadores. Neste modelo, apenas a primeira via, que envolvia a mediação simples — medo de progressão → depressão → falta de disciplina — apresentou efeito estatisticamente significativo (b = -0,09, IC 95% = [-0,19, -0,02]). Os resultados indicam que o medo de progressão aumentava os sintomas de depressão, que, por sua vez, estavam associados a maior falta de disciplina na adesão ao tratamento. Contudo, não houve evidência de um efeito sequencial.

Tabela 3.

Resultados das relações diretas e indiretas obtidas pelos modelos de mediação em série testados [Modelos A e B].

Modelos	Efeito	β padronizado	b (SE)	IC 95%	p	R^2
		Modelo A				
Efeitos diretos	Medo de progressão → Ansiedade	0,70	0,34 (0,04)	[0,25, 0,42]	**<0,001**	**0,49**
	Medo de progressão → Esquecimento prospetivo	0,08	0,01 (0,01)	[-0,02, 0,04]	0,62	0,13
	Ansiedade → Esquecimento prospetivo	-0,42	-0,07 (0,03)	[-0,13, -0,02]	**0,01**	**0,13**
	Medo de progressão → Falta de disciplina	0,13	0,07 (0,08)	[-0,09, 0,23]	0,39	0,26
	Ansiedade → Falta de disciplina	-0,25	-0,27 (0,17)	[-0,61, 0,08]	0,12	0,26
	Esquecimento prospetivo → Falta de disciplina	0,42	2,53 (0,71)	[1,10, 3,95]	**0,001**	**0,26**
Efeitos indiretos		-0,18	-0,09 (0,06)	[-0,21, 0,01]	–	–
	Ind1: Medo de progressão → Ansiedade → Falta de disciplina					
	Ind2: Medo de progressão → Esquecimento prospetivo → Falta de disciplina	0,03	0,02 (0,04)	[-0,04, 0,12]	–	–
	Ind3: Medo de progressão → Ansiedade → Esquecimento prospetivo → Falta de disciplina	**-0,12**	**-0,06 (0,04)**	**[-0,16, -0,01]**	–	–

Tabela 3. *(continuação)*

Modelos	Efeito	β padronizado	b (SE)	IC 95%	p	R^2
		Modelo B				
Efeitos diretos	Medo de progressão → Sintomas depressivos	0,50	0,15 (0,03)	[0,08, 0,21]	**<0,001**	**0,25**
	Sintomas depressivos → Esquecimento prospetivo	-0,28	-0,08 (0,04)	[-0,16, -0,00]	0,05	0,10
	Sintomas depressivos → Falta de disciplina	-0,37	-0,64 (0,22)	[-1,07, -0,21]	**0,004**	**0,33**
Efeitos indiretos	Ind1: Medo de progressão → Sintomas depressivos → Falta de disciplina	**-0,18**	**-0,09 (0,04)**	**[-0,19, -0,02]**	–	–
	Ind2: Medo de progressão → Esquecimento prospetivo → Falta de disciplina	-0,03	-0,01 (0,03)	[-0,06, 0,05]	–	–
	Ind3: Medo de progressão → Sintomas depressivos → Esquecimento prospetivo → Falta de disciplina	-0,06	-0,03 (0,02)	[-0,08, 0,00]	–	–

DISCUSSÃO

A adesão à medicação no contexto da terapia endócrina é um fenómeno complexo, influenciado por múltiplos fatores emocionais e cognitivos, particularmente em sobreviventes de cancro da mama. Compreender como variáveis como o *distress*, o medo de progressão e a memória prospetiva se relacionam com a adesão é essencial para identificar os mecanismos que contribuem para a não adesão, incluindo formas não intencionais, como a falta de disciplina na toma da medicação. Os resultados obtidos neste estudo permitiram explorar estas relações de forma integrada, oferecendo uma perspetiva detalhada sobre potenciais determinantes psicológicos e cognitivos da adesão terapêutica.

Globalmente, os indicadores de adesão revelaram pontuações mais baixas nas subescalas “Atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde” e

"Aversão à medicação", sugerindo a presença de barreiras psicológicas, desmotivação ou experiências negativas prévias com a medicação. Apesar de variações em dimensões específicas, não foram encontradas associações significativas entre variáveis sociodemográficas ou clínicas e a adesão à medicação. Em contraste, a literatura tem demonstrado que variáveis como a idade, especialmente em faixas etárias mais jovens, estão associadas à não adesão (Partridge et al., 2003; Van Den Beuken-van Everdingen et al., 2008; Liu et al., 2011). Além disso, características da doença e do tratamento, como os efeitos secundários e o perfil da medicação e do tratamento, têm sido identificadas como influências relevantes (Aiello Bowles et al., 2012; Simon et al., 2014; Burkhart & Sabaté, 2003; Spencer et al., 2020; Todd et al., 2024). Contudo, os resultados do estudo presente não confirmaram essas associações, podendo refletir a relativa homogeneidade da amostra em termos de idade e escolaridade, limitando a variabilidade necessária para observar efeitos estatisticamente relevantes. Ainda assim, estes dados reforçam a importância de considerar fatores emocionais e cognitivos como determinantes centrais da adesão, que podem explicar melhor a variação na adesão à medicação associada à terapia endócrina, especialmente no que se refere à não adesão não intencional, considerando a duração prolongada do tratamento.

As relações observadas entre medo de progressão, *distress* emocional, memória prospetiva e adesão reforçam a necessidade de abordagens centradas na experiência subjetiva do paciente, em vez de características demográficas ou clínicas isoladas. Embora ainda exista uma lacuna na literatura relativamente ao impacto direto das variáveis analisadas neste estudo na adesão à terapêutica endócrina, alguns estudos têm explorado o impacto de outros fatores que se alinham com os resultados do estudo. DiMatteo (2004) destacou no seu estudo que barreiras cognitivas, como dúvidas sobre a eficácia do tratamento ou o incómodo associado à toma diária da medicação, bem como barreiras afetivas, relacionadas com emoções negativas como o medo dos efeitos secundários ou a aversão à medicação, influenciavam negativamente a adesão. De forma complementar, o estudo de Bright et al. (2016) identificou que, entre os vários fatores analisados, apenas a perceção da necessidade da terapêutica endócrina e as emoções negativas associadas à mesma se mantiveram como preditores significativos da adesão, reforçando assim o papel dos fatores cognitivos e emocionais no comportamento de adesão à terapia endócrina.

Mais especificamente, no presente estudo, a depressão correlacionou-se negativamente com adesão global, falta de disciplina e atitudes positivas e a ansiedade correlacionou-se negativamente com falta de disciplina. Estes resultados mostraram-se

consistentes com a literatura. Esta evidência encontra suporte na literatura científica. Hadji (2010) mostrou que sintomas emocionais influenciavam a adesão ao tratamento e Land et al. (2015) sugeriu o comprometimento no bem-estar psicológico como um fator de risco para a não adesão. Por sua vez, Mausbach et al. (2015), numa meta-análise, demonstrou que a presença de sintomas depressivos aumentava significativamente a probabilidade de não adesão à terapêutica endócrina.

O *distress* psicológico, em particular a sintomatologia depressiva, pode comprometer a capacidade de manter rotinas, a motivação para o autocuidado, bem como diminuir a atenção e o foco nas tarefas relacionadas com o tratamento, como a toma regular da medicação. Além disso, a literatura sugere que tanto a ansiedade como a depressão afetam funções cognitivas como atenção e a memória, o que pode explicar os padrões observados no presente estudo através de uma cadeia de relações. No entanto, torna-se importante reforçar que existem ainda inconsistências na evidência sobretudo na relação entre sintomas depressivos e o funcionamento da memória prospetiva. Alguns estudos identificam um comprometimento objetivo da memória prospetiva em indivíduos com sintomas depressivos, enquanto outros não identificam uma ligação clara entre estas variáveis (Altgassen et al., 2011; Jeong & Cranney, 2009; Li et al., 2013; McFarland & Vasterling, 2018). Por outro lado, as queixas cognitivas parecem mais consistentemente associadas a níveis elevados de *distress* psicológico, sobretudo ao nível da memória prospetiva (Rodrigues et al., 2023; Cheng et al., 2018; Huber et al., 2024; Kliegel & Jäger, 2006). Esta inconsistências são refletidas também no modelo sequencial testado no presente estudo que mostrou um efeito direto da ansiedade no esquecimento prospetivo, mas não da depressão (ver Figura 1).

O esquecimento prospetivo revelou-se associado à não adesão não intencional, operacionalizada pela falta de disciplina do MAUQ, indicando que dificuldades cognitivas contribuem para lapsos no cumprimento da medicação. Por outro lado, as estratégias compensatórias mostraram uma relação fraca e não integraram o modelo sequencial explicativo da adesão. Um estudo de Eysenck e Calvo (1992) sugeriu que indivíduos mais ansiosos tendem a recorrer a estratégias compensatórias para atenuar os efeitos da ansiedade no desempenho cognitivo, mas essa relação não foi verificada no presente estudo.

Ainda na compreensão dos mecanismos envolvidos na explicação da adesão à terapia endócrina, foi possível observar que o medo de progressão não afetou diretamente a disciplina na toma da medicação, mas atuou como um gatilho indireto através de sintomas emocionais. Estes resultados são consistentes com a literatura uma

vez que estudos mostram que o medo de recorrência está associado a sintomas de ansiedade e depressão (Simard et al., 2010; Skaali et al., 2009; Hirai et al., 2008; Lebel et al., 2009; Deimling et al., 2006; Dinkel et al., 2014), especialmente em mulheres diagnosticadas em idade jovem (Van Den Beuken-van Everdingen et al., 2008; Liu et al., 2011), como a amostra deste estudo.

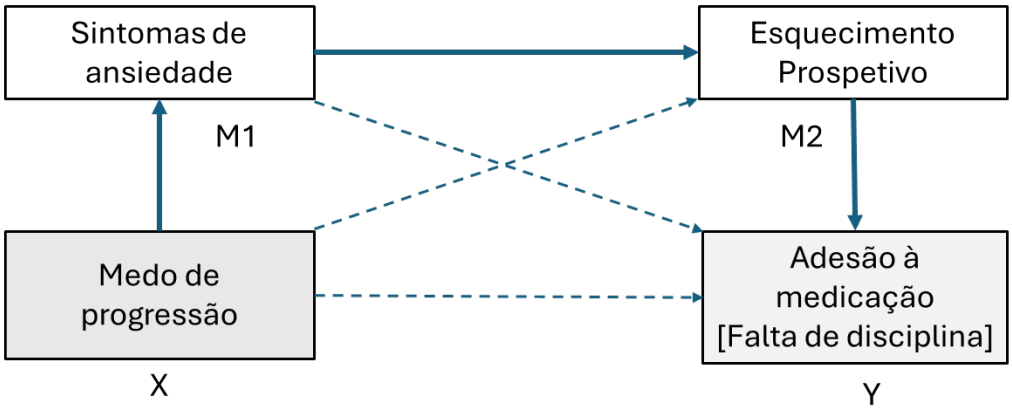
Em termos teóricos, os resultados do presente estudo sugerem assim que a adesão à medicação no contexto da terapia endócrina é influenciada por uma cadeia de processos psicológicos interligados, em vez de efeitos diretos de fatores isolados. Mais concretamente, o medo de progressão da doença atua como um gatilho emocional, que aumenta os sintomas de ansiedade e depressão. A ansiedade, por sua vez, compromete funções cognitivas, como a memória prospetiva, resultando em lapsos na disciplina da tomada da medicação. A depressão, por outro lado, parece impactar diretamente a disciplina, sem afetar significativamente a memória prospetiva. Isto evidencia uma distinção funcional entre ansiedade e depressão: a ansiedade tende a consumir recursos cognitivos essenciais para lembrar tarefas futuras, enquanto a depressão interfere mais diretamente com a motivação e disciplina necessárias para a adesão.

Estes resultados indicam que estratégias para melhorar a adesão à terapia endócrina devem atuar simultaneamente na redução do *distress* emocional e no suporte à memória prospetiva (ver Figura 1), por exemplo através de lembretes, rotinas estruturadas ou aplicações digitais, pois a combinação desses elementos pode ser mais eficaz na promoção da disciplina na toma da medicação.

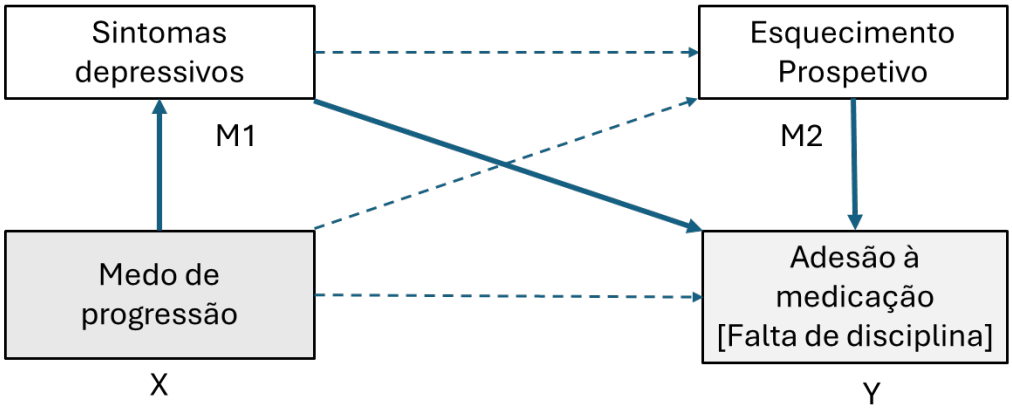
Figura 3.

Modelos ilustrativos da relação entre medo de recorrência, distress emocional, memória prospetiva e adesão terapêutica.

Modelo A



Modelo B



Nota: os caminhos a negrito representam relações estatisticamente significativas, enquanto os caminhos a tracejado indicam relações não significativas.

Limitações e Estudos Futuros

Apesar dos resultados obtidos, algumas limitações são dignas de nota. Em primeiro lugar, o presente estudo utilizou um desenho transversal, o que impossibilita o estabelecimento de relações causais entre o medo de progressão, o *distress* emocional, a memória prospetiva e a adesão à medicação. Embora os modelos de mediação apontem para associações potenciais entre estas variáveis, não permitem confirmar a sequência temporal dos efeitos observados. Neste sentido, estudos longitudinais seriam fundamentais para validar os mecanismos propostos e aprofundar a compreensão das interações entre fatores emocionais, cognitivos e comportamentais ao longo do tempo.

A amostra foi recrutada online, predominantemente por redes sociais e associações de doentes, o que pode introduzir viés de seleção. Para além disso, o número de participantes limita a generalização dos resultados obtidos. Investigações futuras deverão considerar amostras mais alargadas e diversificadas, incluindo participantes provenientes de diferentes contextos clínicos e sociodemográficos, de forma a garantir maior representatividade.

Todas as variáveis foram avaliadas por meio de questionários autorrelatados, incluindo a adesão à medicação, os sintomas emocionais e a memória prospetiva. Este método pode estar sujeito a viés de memória ou desejabilidade social, comprometendo a precisão das respostas. Estudos futuros poderão integrar medidas objetivas de adesão, como contagem de comprimidos, registos eletrónicos de toma ou análises farmacológicas, para complementar os dados autorrelatados.

Importa ainda referir que apenas a ansiedade, a depressão e a memória prospetiva foram testadas como variáveis mediadoras. Outros fatores relevantes, como a perceção de suporte social, os níveis de stress percebido, a autoeficácia, barreiras práticas à adesão ou fatores motivacionais, poderão influenciar a relação entre o medo de progressão e a adesão à medicação, e devem ser explorados em futuras investigações.

Por fim, os efeitos indiretos identificados, embora estatisticamente significativos, foram de magnitude pequena a moderada. Este resultado sugere que outros mecanismos não avaliados poderão também contribuir para a adesão à medicação. Assim, será pertinente explorar modelos mais complexos em estudos futuros, incluindo múltiplos mediadores e moderação, que permitam captar com maior precisão a diversidade de influências sobre o comportamento de adesão.

Conclusão

Considerando os desafios associados à adesão à terapia endócrina no cancro da mama, especialmente em contextos de tratamento prolongado, torna-se essencial compreender os fatores que influenciam este comportamento terapêutico. O presente estudo contribuiu para esse entendimento ao explorar o papel do *distress* emocional, do medo de progressão e das dificuldades de memória prospetiva na adesão à medicação. Os resultados obtidos indicam que, mais do que características sociodemográficas ou clínicas, são os fatores emocionais e cognitivos que se revelam determinantes na disciplina da toma da medicação. A identificação de efeitos indiretos e sequenciais entre estas variáveis reforça a importância de abordagens integradas que considerem simultaneamente o estado emocional e o funcionamento cognitivo das pacientes.

Apesar de algumas limitações, este estudo oferece contributos relevantes para a investigação em psico-oncologia, ao evidenciar a necessidade de estratégias de intervenção que promovam a gestão do *distress* emocional e o apoio às dificuldades de memória prospetiva, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres em terapia endócrina.

Adicionalmente, os dados obtidos poderão servir de base para futuras investigações que aprofundem os mecanismos subjacentes à não adesão não intencional e testem a eficácia de programas de intervenção centrados na experiência subjetiva da paciente, promovendo uma abordagem centrada na experiência subjetiva das pacientes, integrada no acompanhamento clínico.

REFERÊNCIAS

Abi Jaoude, J., de Azambuja, E., Makki, M., Tamim, H., Tfayli, A., Geara, F., Piccart, M., Poortmans, P., & Zeidan, Y. H. (2020). Post-Mastectomy Radiation Therapy in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Positive Breast Cancer Patients: Analysis of the HERA Trial. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, *106*(3), 503–510. https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2019.10.022

Ahles, T. A., & Saykin, A. J. (2007). Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nature Reviews Cancer*, *7*(3), 192–201. https://doi.org/10.1038/nrc2073

Aiello Bowles, E. J., Boudreau, D. M., Chubak, J., Yu, O., Fujii, M., Chestnut, J., & Buist, D. S. M. (2012). Patient-Reported Discontinuation of Endocrine Therapy and Related Adverse Effects Among Women With Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Oncology Practice*, *8*(6), e149–e157. https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000543

Altgassen, M., Henry, JD, Bürgler, S., & Kliegel, M. (2011). A influência de pistas emocionais alvo no desempenho da memória prospectiva na depressão. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(8), 910–916. https://doi.org/10.1080/13803395.2011.574607

Bailey, R. K., Geyen, D. J., Scott-Gurnell, K., Hipolito, M. M. S., Bailey, T. A., & Beal, J. M. (2005). Understanding and treating depression among cancer patients. *International Journal of Gynecological Cancer*, *15*(2), 203–208. https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.15204.x

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *The American Psychologist*, *55*(11), 1247–1263. https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.11.1247

Bekes, I., & Huober, J. (2023). Extended Adjuvant Endocrine Therapy in Early Breast Cancer Patients-Review and Perspectives. *Cancers*, *15*(16), 4190. https://doi.org/10.3390/cancers15164190

Bjerkeset, E., Röhrl, K., & Schou-Bredal, I. (2020). Symptom cluster of pain, fatigue, and psychological distress in breast cancer survivors: Prevalence and characteristics. *Breast Cancer Research and Treatment*, *180*(1), 63–71. https://doi.org/10.1007/s10549-020-05522-8

Bowles, E. J. A., Buist, D. S. M., Chubak, J., Yu, O., Johnson, J., Chestnut, J., & Boudreau, D. M. (2012). Endocrine Therapy Initiation From 2001 to 2008 Varies by Age at Breast Cancer Diagnosis and Tumor Size. *Journal of Oncology Practice*, *8*(2), 113–120. https://doi.org/10.1200/JOP.2011.000417

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *74*(3), 229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834

Bright, E. E., Petrie, K. J., Partridge, A. H., & Stanton, A. L. (2016). Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, *158*(2), 243–251. https://doi.org/10.1007/s10549-016-3871-3

Burkhart, P. V., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, *35*(3), 207.

Burstein, H. J., Temin, S., Anderson, H., Buchholz, T. A., Davidson, N. E., Gelmon, K. E., Giordano, S. H., Hudis, C. A., Rowden, D., Solky, A. J., Stearns, V., Winer, E. P., & Griggs, J. J. (2014). Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor–Positive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Focused Update. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(21), 2255–2269. https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.2258

Butow, P., Kelly, S., Thewes, B., Hruby, G., Sharpe, L., & Beith, J. (2015). Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence: Attentional bias in FCR. *Psycho-Oncology*, *24*(4), 416–423.

https://doi.org/10.1002/pon.3659

Cabral, A. C., Lavrador, M., Castel-Branco, M., Figueiredo, I. V., & Fernandez-Llimos, F. (2023). Development and validation of a Medication Adherence Universal Questionnaire: The MAUQ. *International Journal of Clinical Pharmacy*, *45*(4), 999–1006. https://doi.org/10.1007/s11096-023-01612-x

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Psilogos*, *v. 7*, 8-18 Páginas. https://doi.org/10.25752/PSI.4007

Carlson, L. E., Clifford, S. K., Groff, S. L., Maciejewski, O., & Bultz, B. D. (2010). Screening for depression in cancer care. In A. J. Mitchell & J. C. Coyne (Eds.), *Screening for depression in clinical practice: An evidence-based guide* (pp. 265–298). Oxford University Press.

Cheng, H., Chen, H., Lv, Y., Chen, Z., & Li, C.-S. R. (2018). Prospective memory impairment following whole brain radiotherapy in patients with metastatic brain cancer. *Cancer Medicine, 7*(10), 5315–5321. https://doi.org/10.1002/cam4.1784

Crystal, J. D., & Wilson, A. G. (2015). Prospective memory: a comparative perspective. *Behavioural processes*, *112*, 88–99. https://doi.org/10.1016/j.beproc.2014.07.016

Davies, C., Pan, H., Godwin, J., Gray, R., Arriagada, R., Raina, V., Abraham, M., Medeiros Alencar, V. H., Badran, A., Bonfill, X., Bradbury, J., Clarke, M., Collins, R., Davis, S. R., Delmestri, A., Forbes, J. F., Haddad, P., Hou, M. F., Inbar, M., Khaled, H., … Adjuvant Tamoxifen: Longer Against Shorter (ATLAS) Collaborative Group (2013). Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet (London, England)*, *381*(9869), 805–816. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61963-1

Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term

cancer survivors. *Psycho-oncology*, *15*(4), 306–320. https://doi.org/10.1002/pon.955

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, *13*(3), 595–605.

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, *160*(14), 2101–2107. https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101

Dinkel, A., Kremsreiter, K., Marten-Mittag, B., & Lahmann, C. (2014). Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, *36*(6), 613–619. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.08.006

Dunbar-Jacob, J., Erlen, J. A., Schlenk, E. A., Ryan, C. M., Sereika, S. M., & Doswell, W. M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual review of nursing research*, *18*, 48–90.

Dunnwald, L. K., Rossing, M. A., & Li, C. I. (2007). Hormone receptor status, tumor characteristics, and prognosis: A prospective cohort of breast cancer patients. *Breast Cancer Research*, *9*(1), R6. https://doi.org/10.1186/bcr1639

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (Ebctcg). (2011). Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: Patient-level meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*, *378*(9793), 771–784. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60993-8

Eliassen, F. M., Blåfjelldal, V., Helland, T., Hjorth, C. F., Hølland, K., Lode, L., Bertelsen, B. E., Janssen, E. A. M., Mellgren, G., Kvaløy, J. T., Søiland, H., & Lende, T. H. (2023). Importance of endocrine treatment adherence and persistence in breast cancer survivorship: a systematic review. *BMC cancer*, *23*(1), 625. https://doi.org/10.1186/s12885-023-11122-8

Emerson, M. A., Reeve, B. B., Gilkey, M. B., Elmore, S. N. C., Hayes, S., Bradley, C. J.,

& Troester, M. A. (2023). Job loss, return to work, and multidimensional well-being after breast cancer treatment in working-age Black and White women. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, *17*(3), 805–814. https://doi.org/10.1007/s11764-022-01252-6

Eysenck, M. W., & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion,* *6*(6), 409-434. https://doi.org/10.1080/02699939208409696

Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British journal of cancer*, *84*(8), 1011–1015. https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.1724

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today (versão 1.1). *International Agency for Research on Cancer*. https://gco.iarc.who.int/today

Ferreira, L. M., Santos, C., & Bulcão, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Onco.News,* (20), 20–27

Gadkari, A. S., & McHorney, C. A. (2010). Medication nonfulfillment rates and reasons: Narrative systematic review. *Current Medical Research and Opinion*, *26*(3), 683–705. https://doi.org/10.1185/03007990903550586

Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, *13*(3), 211–220. https://doi.org/10.1002/pon.736

Hadji P. (2010). Improving compliance and persistence to adjuvant tamoxifen and aromatase inhibitor therapy. *Critical reviews in oncology/hematology*, *73*(2), 156–166. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.02.001

Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., & Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body

image of breast cancer patients. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, *14*(7), 1064–1071. https://doi.org/10.1093/annonc/mdg289

Haussmann, J., Corradini, S., Nestle-Kraemling, C., Bölke, E., Njanang, F. J. D., Tamaskovics, B., Orth, K., Ruckhaeberle, E., Fehm, T., Mohrmann, S., Simiantonakis, I., Budach, W., & Matuschek, C. (2020). Recent advances in radiotherapy of breast cancer. *Radiation oncology (London, England)*, *15*(1), 71. https://doi.org/10.1186/s13014-020-01501-x

Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (Vol. 3). The Guilford Press.

Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, *58*(6), 505–511. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007

Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., & Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: Development of a brief cancer-related worry inventory. *Psycho-Oncology*, *17*(12), 1172–1179. https://doi.org/10.1002/pon.1348

Horowitz, T. S., Suls, J., & Treviño, M. (2018). A Call for a Neuroscience Approach to Cancer-Related Cognitive Impairment. *Trends in neurosciences, 41*(8), 493–496. https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.05.001

Hu, X., Huang, W., & Fan, M. (2017). Emerging therapies for breast cancer. *Journal of Hematology & Oncology*, *10*(1), 98. https://doi.org/10.1186/s13045-017-0466-3

Huber, B. N., Fulton, E. K., & Gray, D. (2024). Meta-prospective memory accuracy in young adults with and without depressive symptoms. Applied Neuropsychology: Adult, 31(5), 754–765. https://doi.org/10.1080/23279095.2022.2068372

Jeong, JM, & Cranney, J. (2009). Motivação, depressão e lembrança prospectiva naturalista baseada no tempo. Memória (Hove, Inglaterra) , 17 (7), 732–741. https://doi.org/10.1080/09658210903074673

Kliegel, M., & Jäger, T. (2006). The influence of negative emotions on prospective memory: A review and new data. *International Journal of Computational Cognition, 4*(1), 1-17.

Land, S. R., Walcott, F. L., Liu, Q., Wickerham, D. L., Costantino, J. P., & Ganz, P. A. (2015). Symptoms and QOL as Predictors of Chemoprevention Adherence in NRG Oncology/NSABP Trial P-1. *Journal of the National Cancer Institute*, *108*(4), djv365. https://doi.org/10.1093/jnci/djv365

Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., De Ruiter, M. B., & Castel, H. (2019). Cancer-related cognitive impairment: An update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of Oncology*, *30*(12), 1925–1940. https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410

Lanitis, S., Tekkis, P. P., Sgourakis, G., Dimopoulos, N., Al Mufti, R., & Hadjiminas, D. J. (2010). Comparison of skin-sparing mastectomy versus non-skin-sparing mastectomy for breast cancer: a meta-analysis of observational studies. *Annals of surgery*, *251*(4), 632–639. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181d35bf8

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2016). From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, *24*(8), 3265–3268. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5

Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, *3*(2), 117–127. https://doi.org/10.1007/s11764-009-0082-5

Li, YR, Weinborn, M., Loft, S., & Maybery, M. (2013). Padrões de comprometimento da memória prospectiva entre indivíduos com depressão: A influência do tipo de sinal e intervalo de atraso. *Journal of the International Neuropsychological*

Society , *19* (6), 718–722. https://doi.org/10.1017/S1355617713000180

Liu, Y., Malin, J. L., Diamant, A. L., Thind, A., & Maly, R. C. (2013). Adherence to adjuvant hormone therapy in low-income women with breast cancer: the role of provider-patient communication. *Breast cancer research and treatment*, *137*(3), 829–836. https://doi.org/10.1007/s10549-012-2387-8

Liu, Y., Pérez, M., Schootman, M., Aft, R. L., Gillanders, W. E., & Jeffe, D. B. (2011). Correlates of fear of cancer recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, *130*(1), 165–173. https://doi.org/10.1007/s10549-011-1551-x

Machado, S. M., & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *17*(4), 750–757. https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400017

Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(3), 234–247. https://doi.org/10.1002/pon.941

Mano, M. S., & Awada, A. (2004). Primary chemotherapy for breast cancer: The evidence and the future. *Annals of Oncology*, *15*(8), 1161–1171. https://doi.org/10.1093/annonc/mdh302

Mausbach, B. T., Schwab, R. B., & Irwin, S. A. (2015). Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast cancer research and treatment*, *152*(2), 239–246. https://doi.org/10.1007/s10549-015-3471-7

McFarland, C. P., & Vasterling, J. J., (2018). Memória prospectiva na depressão: revisão de um campo emergente. *Arquivos de Neuropsicologia Clínica, 33*(7), 912– 930. https://doi.org/10.1093/arclin/acx118

McGinty, H. L., Goldenberg, J. L., & Jacobsen, P. B. (2012). Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *21*(2), 203–210. https://doi.org/10.1002/pon.1883

Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., & Koch, U. (2006). Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen--Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF [Fear of progression in breast cancer patients--validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)]. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *52*(3), 274–288. https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.3.274

Meretoja, T. J., Rasia, S., von Smitten, K. A., Asko-Seljavaara, S. L., Kuokkanen, H. O., & Jahkola, T. A. (2007). Late results of skin-sparing mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *The British journal of surgery*, *94*(10), 1220–1225. https://doi.org/10.1002/bjs.5815

Montgomery, G. H., David, D., Goldfarb, A. B., Silverstein, J. H., Weltz, C. R., Birk, J. S., & Bovbjerg, D. H. (2003). Sources of Anticipatory Distress Among Breast Surgery Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *26*(2), 153–164. https://doi.org/10.1023/A:1023034706298

Moo, T. A., Sanford, R., Dang, C., & Morrow, M. (2018). Overview of Breast Cancer Therapy. *PET clinics*, *13*(3), 339–354. https://doi.org/10.1016/j.cpet.2018.02.006

National Cancer Institute. (2024). *Definitions for cancer survivorship.* National Cancer Institute. https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, *353*(5), 487–497. https://doi.org/10.1056/NEJMra050100

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(2), 225–237. https://doi.org/10.1080/13548500500524088

Paiva, C. E., Manfredini, L. L., Paiva, B. S. R., Hui, D., & Bruera, E. (2015). The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLOS ONE, 10(7).* https://doi.org/10.1371/journal.pone.013207

Palmer, J. L., Trotter, T., Joy, A. A., & Carlson, L. E. (2008). Cognitive effects of Tamoxifen in pre-menopausal women with breast cancer compared to healthy controls. *Journal of Cancer Survivorship*, *2*(4), 275–282. https://doi.org/10.1007/s11764-008-0070-1

Partridge, A. H., Wang, P. S., Winer, E. P., & Avorn, J. (2003). Nonadherence to Adjuvant Tamoxifen Therapy in Women With Primary Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(4), 602–606. https://doi.org/10.1200/JCO.2003.07.071

Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *24*(1), 37-56. http://hdl.handle.net/10362/95731

Puhalla, S., Brufsky, A., & Davidson, N. (2009). Adjuvant endocrine therapy for premenopausal women with breast cancer. *Breast (Edinburgh, Scotland), 18 Suppl 3*(0 3), S122–S130. https://doi.org/10.1016/S0960-9776(09)70286-3

Pulumati, A., Pulumati, A., Dwarakanath, B. S., Verma, A., & Papineni, R. V. L. (2023). Technological advancements in cancer diagnostics: Improvements and limitations. *Cancer reports (Hoboken, N.J.)*, *6*(2), e1764. https://doi.org/10.1002/cnr2.1764

Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, *110*(1), 9–17. https://doi.org/10.1007/s10549-007-9706-5

Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Buchmann, L. O., Clark, M. M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, R. G. F., Hoofring, L., Huang, C. H., Lally, R., Martin, S., McGuffey, L., Mitchell, W., … Darlow, S. D. (2019). Distress

Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*, *17*(10), 1229–1249. https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0048

Rodrigues, P., Bártolo, A., & Albuquerque, P. (2023). Memory Impairments and Wellbeing in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(22), 6968. https://doi.org/10.3390/jcm12226968

Rummel, J., Danner, D., & Kuhlmann, B. G. (2019). The short version of the Metacognitive Prospective Memory Inventory (MPMI-s): Factor structure, reliability, validity, and reference data. *Measurement Instruments for the Social Sciences*, *1*(1), 6. https://doi.org/10.1186/s42409-019-0008-6

Saboonchi, F., Petersson, L.-M., Wennman-Larsen, A., Alexanderson, K., Brännström, R., & Vaez, M. (2014). Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the distress response. *European Journal of Oncology Nursing*, *18*(6), 598–604. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.007

Santos, F., Bártolo, A., Fernandes, S. M., Oliveira, A. F., Caetano, A. P., Silva, I. S., Rummel, J., Albuquerque, P. B., & Rodrigues, P. F. S. (2025). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Metacognitive Prospective Memory Inventory—Short Form (MPMI-s) in Non-Central Nervous System Cancer Patients. *Healthcare*, *13*(5), 463. https://doi.org/10.3390/healthcare13050463

Schilder, C. M., Eggens, P. C., Seynaeve, C., Linn, S. C., Boogerd, W., Gundy, C. M., Beex, L. V., Van Dam, F. S., & Schagen, S. B. (2009). Neuropsychological functioning in postmenopausal breast cancer patients treated with tamoxifen or exemestane after AC-chemotherapy: Cross-sectional findings from the neuropsychological TEAM-side study. *Acta Oncologica*, *48*(1), 76–85. https://doi.org/10.1080/02841860802314738

Sedjo, R. L., & Devine, S. (2011). Predictors of non-adherence to aromatase inhibitors among commercially insured women with breast cancer. *Breast Cancer*

Research and Treatment, *125*(1), 191–200. https://doi.org/10.1007/s10549-010-0952-6

Shibayama, O., Yoshiuchi, K., Inagaki, M., Matsuoka, Y., Yoshikawa, E., Sugawara, Y., Akechi, T., Wada, N., Imoto, S., Murakami, K., Ogawa, A., Akabayashi, A., & Uchitomi, Y. (2014). Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer medicine*, *3*(3), 702–709. https://doi.org/10.1002/cam4.174

Shim, E., Jeong, D., Lee, S. B., & Min, Y. H. (2020). Trajectory of fear of cancer recurrence and beliefs and rates of medication adherence in patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *29*(11), 1835–1841. https://doi.org/10.1002/pon.5497

Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Paiva, D., & Monteiro, S. (2022). Validation of the Portuguese Version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) in Portuguese Cancer Survivors. *Healthcare*, *10*(12), 2466. https://doi.org/10.3390/healthcare10122466

Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, *17*(3), 241–251. https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y

Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: Specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, *4*(4), 361–371. https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8

Simon, R., Latreille, J., Matte, C., Desjardins, P., & Bergeron, E. (2014). Adherence to adjuvant endocrine therapy in estrogen receptor–positive breast cancer patients with regular follow-up. *Canadian Journal of Surgery*, *57*(1), 26–32. https://doi.org/10.1503/cjs.006211

Skaali, T., Fosså, S. D., Bremnes, R., Dahl, O., Haaland, C. F., Hauge, E. R., Klepp, O. n, Oldenburg, J., Wist, E., & Dahl, A. A. (2009). Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *18*(6), 580–588.

https://doi.org/10.1002/pon.1437

Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1986). The hospital anxiety and depression scale. *BMJ*, *292*(6516), 344–344. https://doi.org/10.1136/bmj.292.6516.344

Spencer, J. C., Reeve, B. B., Troester, M. A., & Wheeler, S. B. (2020). Factors Associated with Endocrine Therapy Non-Adherence in Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, *29*(4), 647–654. https://doi.org/10.1002/pon.5289

Stanton, A. L., Petrie, K. J., & Partridge, A. H. (2014). Contributors to nonadherence and nonpersistence with endocrine therapy in breast cancer survivors recruited from an online research registry. *Breast cancer research and treatment*, *145*(2), 525–534. https://doi.org/10.1007/s10549-014-2961-3

Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, *83*(10), 1261–1267. https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1405

Taylor, C., Correa, C., Duane, F. K., Aznar, M. C., Anderson, S. J., Bergh, J., Dodwell, D., Ewertz, M., Gray, R., Jagsi, R., Pierce, L., Pritchard, K. I., Swain, S., Wang, Z., Wang, Y., Whelan, T., Peto, R., McGale, P., & Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (2017). Estimating the Risks of Breast Cancer Radiotherapy: Evidence From Modern Radiation Doses to the Lungs and Heart and From Previous Randomized Trials. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *35*(15), 1641–1649. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.72.0722

Todd, A., Waldron, C., McGeagh, L., Norris, R., Bolnykh, I., Stewart, S. J., Slodkowska-Barabasz, J., Moon, Z., Cahir, C., Thompson, S., Harmer, V., Wells, M., Watson, E., Sharp, L., & the SWEET Research Team. (2024). Identifying determinants of adherence to adjuvant endocrine therapy following breast cancer: A systematic review of reviews. *Cancer Medicine*, *13*(3), e6937. https://doi.org/10.1002/cam4.6937

Van Den Beuken-van Everdingen, M. H. J., De Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2009). Quality of Life and Non-Pain Symptoms in Patients with Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, *38*(2), 216–

233. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.08.014

Van Den Beuken-van Everdingen, M. H. J., Peters, M. L., De Rijke, J. M., Schouten, H. C., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: A validation and prevalence study. *Psycho-Oncology*, *17*(11), 1137–1145. https://doi.org/10.1002/pon.1340

Vasconcelos, M. B. de, Vilhena, G. P. ., & Mota, A. de A. R. (2022). Câncer de mama: resistência no tratamento aos quimioterápicos. *CIS – Conjecturas Inter Studies, 22*(14),333–351. https://doi.org/10.53660/CONJ-1760-2K5

Von Heymann-Horan, A. B., Dalton, S. O., Dziekanska, A., Christensen, J., Andersen, I., Mertz, B. G., Olsen, M. H., Johansen, C., & Bidstrup, P. E. (2013). Unmet needs of women with breast cancer during and after primary treatment: A prospective study in Denmark. *Acta Oncologica*, *52*(2), 382–390. https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.746468

Walker, L. G., Heys, S. D., Walker, M. B., Ogston, K., Miller, I. D., Hutcheon, A. W., Sarkar, T. K., Ah-See, A. K., & Eremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, *35*(13), 1783–1788. https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00169-0

World Health Organization. (2022). Cancer. Retrieved February 29, 2024, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Yang, M. J., Wu, C. Y., Juan, C. H., & Hou, M. F. (2006). Quality of life, depression, and stress in breast cancer women outpatients receiving active therapy in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *60*(2), 147–153. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01479.x

Zogg, J. B., Woods, S. P., Sauceda, J. A., Wiebe, J. S., & Simoni, J. M. (2012). The role of prospective memory in medication adherence: A review of an emerging literature. *Journal of Behavioral Medicine*, *35*(1), 47–62. https://doi.org/10.1007/s10865-011-9341-9

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Declaração de Autorização de Depósito no Repositório Institucional

Nome: Ana Carolina Queirós Costa

Telf./Telm.: 912214523 Nº. do B.I./C.C.: 14302405

Correio eletrónico: carolina.costa.q@gmail.com

☒ Mestrado em: Psicologia Clínica e da Saúde

☐ Doutoramento em: _____

Título da Dissertação/~~Trabalho de Projeto~~/Relat~~ório de Estágio/Tese~~ (Riscar o que não interessa): Adesão à Terapia Endócrina no Cancro da Mama: O papel de fatores emocionais e cognitivos

Orientador(es): Professora Doutora Ana Bártolo e Professor Doutor Pedro F. S. Rodrigues

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu Repositório Institucional, o trabalho supra identificado, de acordo com o seguinte estatuto (assinalar apenas uma opção):

☒ Disponibilização imediata do texto integral para acesso mundial.

☐ Disponibilização do texto integral após um período de embargo de ☐ 1 ano ☐ 2 anos ☐ 3 anos após o qual autorizo o seu acesso mundial.

☐ Disponibilização apenas da informação bibliográfica do trabalho (autor, título e resumo, entre outros).

Mais declaro que a subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor, os quais são pertença do subscritor desta declaração, nem ao direito de usar a obra em trabalhos futuros.

Porto, 09 de Setembro de 2025

Assinatura: Carolina Costa

IMP.GE.059.1

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome: Ana Carolina Queirós Costa, estudante nº 43112 do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde declaro que a Dissertação apresentada para avaliação na Unidade curricular Dissertação é da minha autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data: 09/09/2025

Assinatura: Carolina Costa.

IMP.GE.179.0

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE
Do conhecimento à prática.

Declaração sobre o uso de IA Generativa para a realização de trabalhos académicos

Curso/UC: Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde/ Dissertação
Ano letivo: 2024/2025
Trabalho: Dissertação

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

Ana Carolina Queirós Costa (Nº 43112)

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Neste trabalho usei o sistema de Inteligência Artificial (IA) Generativa para melhorar a linguagem do texto.

O sistema de IA Generativa utilizado neste trabalho foi o seguinte: Copilot

ÂMBITO DE UTILIZAÇÃO

Utilizei o Copilot para melhorar apenas a linguagem do texto, para que ficasse mais formal, uma vez que é um trabalho de extremo profissionalismo que requer uma linguagem desta natureza.
Importa referir que esta ferramenta foi utilizada apenas no início da unidade curricular, com a finalidade de desenvolver competências na utilização de uma linguagem mais formal e adequada. Após alcançar este objetivo, a ferramenta deixou de ser utilizada.

PROMPTS UTILIZADOS

"Ajuda-me a colocar este texto com uma linguagem mais formal e profissional"

"Dá-me dicas e estratégias de como formular um texto formal e profissional"

09/09/2025

Assinatura: Carolina Costa.

IMP.GE.288.0

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto
Portugal

+351 225 572 000
+351 969 773 967

upt@upt.pt
www.upt.pt