



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação e Psicologia

Susana Maria Rodrigues Fernandes

**Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos**



**Universidade do Minho**

Instituto de Educação e Psicologia

Susana Maria Rodrigues Fernandes

**Preditores Psicossociais do Ajustamento  
à Doença e Tratamento em Mulheres com  
Cancro na Mama: O Papel do Estado  
Emocional, das Representações de Doença,  
do Optimismo e dos Benefícios Percebidos**

Doutoramento em Psicologia  
Área de Conhecimento em Psicologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Teresa Mendonça McIntyre**

Janeiro de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

À minha filha,  
Beatriz.



## RESUMO

O presente estudo teve por objectivo examinar o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, até um ano após o diagnóstico, no que refere ao estado emocional, às representações de doença, *coping*, funcionalidade e benefícios percebidos. Procurou-se ainda, estudar o papel do estado emocional, das representações de doença e do optimismo, no *coping* e na funcionalidade. Este trabalho foi realizado numa amostra portuguesa de mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama e que iam iniciar os seus tratamentos na Unidade da Mama do Instituto Português de Oncologia do Porto (N=74). O desenho do estudo é do tipo longitudinal, sendo as pacientes avaliadas em 4 momentos: antes da cirurgia (planeamento cirúrgico), duas semanas após a cirurgia, durante os tratamentos complementares e no final dos tratamentos (entre os 9 e os 12 meses, após o planeamento cirúrgico). Foram utilizadas as versões portuguesas dos seguintes instrumentos de avaliação: o *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS, para avaliar o ajustamento emocional; o *Brief Illness Perception Questionnaire* – B-IPQ, para avaliar as representações de doença; o *Mental Adjustment to Cancer Scale* – Mini-MAC, para avaliar o *coping*; o *Sickness Impact Profile* – SIP, para avaliar a adaptação funcional à doença; o *Life Orientation Test* – LOT-R, para avaliar o optimismo disposicional; e o *Benefit Finding Scale* –BFS, para avaliar os benefícios percebidos. A Hipótese 1 previa que o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, em termos de respostas emocionais, representações de doença, *coping* e funcionalidade, variasse ao longo do processo de tratamento (planeamento cirúrgico, após cirurgia, durante o tratamento complementar e no final dos tratamentos). A Hipótese 2 previa que as mulheres submetidas a tumorectomia tivessem um ajustamento psicossocial mais positivo (níveis mais baixos de ansiedade e depressão, representações e respostas de *coping* mais adaptativas e maior funcionalidade) do que as mulheres submetidas a mastectomia. A Hipótese 3 previa que as representações de doença e do tratamento, e o estado emocional, fossem preditores significativos do *coping* e da funcionalidade, em cada momento de avaliação. A Hipótese 4 previa que as representações de doença e o estado emocional antes dos tratamentos fossem preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia ou durante os tratamentos complementares. A Hipótese 5 previa que o optimismo fosse um preditor significativo do ajustamento psicossocial (estado emocional, representações de doença, *coping* e funcionalidade) do

cancro da mama, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. A Hipótese 6 previa que os benefícios percebidos aumentassem no tempo (do meio do tratamento para o final do tratamento) e que fossem preditores significativos do ajustamento emocional à doença, da funcionalidade e das estratégias de *coping* utilizadas, durante os tratamentos complementares. Foram ainda realizadas análises exploratórias sobre a influência das variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade) e clínicas (o estatuto de menopausa e o estágio da doença), nas variáveis psicossociais. A Hipótese 1 foi confirmada para uma grande parte das variáveis psicossociais em estudo, nomeadamente para a Depressão; para a maioria das representações de doença, designadamente para o Controlo de Tratamento, a Identidade, a Preocupação e a Compreensão; para as estratégias de *coping*, Preocupação Ansiosa e Evitamento Cognitivo; e na funcionalidade para os Cuidados Pessoais, as Tarefas Domésticas e o Sono. Verifica-se que existe variabilidade no ajustamento psicossocial à doença ao longo do processo de tratamento. A Hipótese 2 não se confirmou para a grande maioria das variáveis, com excepção da Compreensão e do Lazer, favorecendo as mulheres mastectomizadas. A Hipótese 3 foi confirmada para grande parte das estratégias de *coping* e para várias categorias da funcionalidade, nas várias fases do tratamento. O estado emocional e as representações de doença foram preditores da adaptação psicossocial à doença, o que apoia, nesta amostra, o modelo de auto-regulação da doença de Leventhal. O estado emocional e as representações de doença são preditores significativos das seguintes estratégias de *coping*, antes da cirurgia: Desânimo-Fraqueza, Preocupação Ansiosa e Espírito de Luta; após a cirurgia, da Preocupação Ansiosa e do Espírito de Luta; e durante os tratamentos complementares, da Preocupação Ansiosa. Quanto à funcionalidade, o estado emocional e as representações de doença são preditores significativos da Locomoção, Mobilidade e Actividades Sociais após a cirurgia e dos Cuidados Pessoais, da Mobilidade, do Alerta e Sono, durante os tratamentos complementares. A Hipótese 4 foi confirmada parcialmente, tanto para o *coping* como para a funcionalidade. O estado emocional ou as representações de doença antes da cirurgia, são preditores significativos do *coping* e da funcionalidade após a cirurgia, sendo preditores conjuntos para a Locomoção e Alerta. Quanto aos preditores do *coping* e da funcionalidade durante os tratamentos complementares, verificou-se que o estado emocional antes da cirurgia é o principal preditor das estratégias de *coping* durante os tratamentos complementares. O estado emocional ou as representações de doença foram preditores pontuais da funcionalidade

durante os tratamentos complementares. Os resultados apoiam a H5 na sua globalidade, que previa que o Optimismo fosse preditor do ajustamento psicossocial à doença, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. O Optimismo revelou-se um preditor importante das representações de doença, do *coping* e funcionalidade. Assumiu-se quer como preditor directo, quer indirecto, ou seja, mediado pelo estado emocional. A Hipótese 6 confirmou-se, em parte, demonstrando que os benefícios percebidos aumentam com o passar do tempo, e que são um preditor do uso de várias estratégias de *coping*, durante os tratamentos complementares. O papel dos Benefícios Percebidos em relação à funcionalidade é limitado e os Benefícios Percebidos não foram preditores significativos do estado emocional durante os tratamentos. A idade e escolaridade são variáveis importantes no ajustamento à doença e tratamento, apresentando as mulheres mais novas ou as que têm menos do que o ensino básico, maior vulnerabilidade psicossocial. As variáveis clínicas estágio da doença e estatuto da menopausa tiveram impacto limitado nas variáveis psicossociais estudadas. No final do capítulo dos Resultados, foram discutidas as limitações do estudo em termos da sua validade interna e externa. Finalmente, foram discutidas as implicações dos resultados em termos de investigação futura e no desenvolvimento de programas de intervenção que facilitem o processo de ajustamento ao cancro da mama nas mulheres portuguesas.





## ABSTRACT

The aim of this study was to examine psychosocial adjustment to breast cancer, during treatment, in terms of emotional state, illness perceptions, coping, perceived functional limitations and benefit finding. Furthermore, we tried to understand the role of emotional state, illness representations and optimism, in coping and perceived functioning. The participants were 74 Portuguese recently diagnosed breast cancer patients, recruited in the main Oncology Hospital of the Northern region of Portugal. The study design is longitudinal with four time points: before surgery (baseline); two weeks after surgery, during adjuvant treatments (4 months after baseline); and at the end of adjuvant treatment (9 to 12 months after baseline). Measures included the Portuguese versions of: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), to assess emotional state; the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), to evaluate illness representations; the Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) to assess coping style; the Sickness Impact Profile (SIP), to measure perceived functional limitations; the Life Orientation Test (LOT-R), to assess optimism; and the Benefit Finding Scale (BFS) to evaluate perceived benefits. Hypothesis 1 predicted that psychosocial adjustment would vary along the treatment process, in terms of emotional state, illness perceptions, coping and functional limitations. Hypothesis 2 predicted that women who had a lumpectomy would have a better adjustment (lower levels of anxiety and depression, more adaptive illness perceptions and coping styles, and better perceived functioning) than women who had a mastectomy. Hypothesis 3 predicted that illness representations and emotional state would be significant predictors of coping and perceived functioning, at each time point. Hypothesis 4 predicted that illness perceptions and emotional state, before adjuvant treatment, would be significant predictors of coping and perceived functioning after surgery and during adjuvant treatments. Hypothesis 5 predicted that optimism evaluated prior to surgery would predict psychosocial adjustment after surgery and during adjuvant treatment. Hypothesis 6 predicted that benefit finding would increase during adjuvant treatments (from the middle to the end of treatment), and that benefit finding would be a significant predictor of emotional state, coping and perceived functioning, during adjuvant treatments. Exploratory analyses were conducted to evaluate the impact of socio-demographic variables (age and education) and clinical variables (menopausal status and stage of disease) on the

psychosocial variables. Hypothesis 1 was confirmed for most of the psychosocial variables: Depression; most illness representations, such as Treatment Control, Identity, Preoccupation and Comprehension; coping styles, such as Anxious Preoccupation and Cognitive Avoidance; and perceived functioning, such as Personal Care, Household Duties and Sleep. The data indicates that psychosocial adjustment varies during the treatment process. Hypothesis 2 was not confirmed for the majority of variables, with the exception of Comprehension (illness representation) and Leisure (perceived functioning), with better adjustment for women who had mastectomies. Hypothesis 3 was confirmed for most coping strategies and for several categories of functioning, during the stages of treatment. Emotional state and illness representations were significant predictors of psychosocial adjustment, which supports Leventhal's self-regulatory model, in this sample. Emotional state and illness perceptions were significant predictors of the following coping strategies: before surgery, Helplessness-hopelessness, Anxious Preoccupation, and Fighting Spirit; after surgery, Anxious Preoccupation and Fighting Spirit; and during adjuvant treatments, Anxious Preoccupation. We also found that emotional state and illness perceptions are significant predictors of perceived functional limitations after surgery, in the areas of Locomotion, Mobility, and Social Activities, and during adjuvant treatments, in the areas of Personal Care, Mobility, Alertness and Sleep. Hypothesis 4 was partially confirmed, for both coping and perceived functioning. Emotional state or illness perceptions before surgery are significant predictors of Coping and functionality after surgery; they were joint predictors for Locomotion and Alertness. During the adjuvant treatments, emotional state before surgery is the main predictor of coping. Emotional state and illness representations were only modest and limited predictors of perceived limitations in functioning during adjuvant treatments. The results offer support for Hypothesis 5, which stated that optimism, would predict psychosocial adjustment after surgery and during adjuvant treatments. Optimism was a significant predictor for emotional state, illness perceptions and perceived functioning. Optimism was a direct and indirect predictor, mediated by emotional state. Hypothesis 6 was partially confirmed, with results indicating that Benefit Finding increases with time, and is a predictor of coping, with more Benefit Finding associated with the use of various coping strategies, during adjuvant treatment. The role of Benefit Finding in perceived function limitations is limited and Benefit Finding is not a significant predictor of emotional state during adjuvant treatments. Age and level of education are important

variables in adjustment to illness and treatment, younger women and those with less than four years of education presenting with greater psychosocial vulnerability. The clinical variables, stage of disease and menopausal status, only had a limited impact on the psychosocial variables under study. At the end of the Results section, the limitations of the study were discussed concerning its internal and external validity. Finally, we discussed the implications of the results for future research and the development of psychological interventions to facilitate adjustment to breast cancer in Portuguese women.



## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Mendonça McIntyre, pelos muitos ensinamentos valiosos ao longo deste trabalho e de toda a minha formação e prática profissional e, ainda, pela pessoa e profissional que é.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia, pelo apoio prestado através da bolsa de doutoramento que usufrui desde 2006 e, pela confiança depositada neste trabalho de doutoramento.

Ao Instituto Português de Oncologia – Porto, em especial à Unidade da Mama, por terem concordado com a realização deste estudo. À equipa da Unidade da Mama, em especial às enfermeiras que me apoiaram na recolha dos dados. Às enfermeiras da unidade de cabeça e pescoço, que colaboraram no primeiro contacto estabelecido com as doentes.

A todas as mulheres que acederam participar neste trabalho, sem as quais o mesmo não seria possível.

À minha família e amigos, pelos bons momentos e pelo significado que dão à minha vida.



## ÍNDICE

	Pág.
Resumo	
<i>Abstract</i>	
Agradecimentos	
Índice	
Lista de Ilustrações	
Lista de Quadros	
Lista de Gráficos	
INTRODUÇÃO	33
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>41</b>
CAPÍTULO I - Caracterização do Cancro da Mama	45
1.1 - Epidemiologia do Cancro da Mama: Magnitude do Problema	47
1.2 - Definição e Génese do Cancro da Mama	49
1.3 - Tipos de Cancro da Mama	52
1.4 - Classificação do Cancro da Mama em Estádios	55
1.5 - Factores de Risco Associados ao Cancro da Mama	56
1.5.1 - Idade, factores genéticos e reprodutivos	58
1.5.2 - Factores de estilo de vida	60
1.6 - Diagnóstico do Cancro da Mama: História da Doente, Exame Físico, Mamografia e Biopsia	64
1.7 – Tratamento	65
1.7.1 - Cirurgia de conservação e mastectomia	65
1.8 - Recorrência	72
CAPÍTULO II - Factores Psicossociais no Ajustamento ao Cancro da Mama	75
2.1 - Psicologia Oncológica	77
2.2 - Ajustamento Psicossocial ao Cancro	79
2.3 - Factores Demográficos, Clínicos e Psicossociais que Medeiam o Ajustamento Psicológico, ao Cancro da Mama, a Progressão e Sobrevivência	83
2.3.1 - Factores sócio-demográficos e variáveis clínicas no ajustamento psicológico ao cancro da mama	84



2.3.2 - Estado emocional e ajustamento psicossocial ao cancro da mama	91
2.3.3 - Traços de personalidade, ajustamento psicológico e sobrevivência no cancro da mama	96
2.3.4 - <i>Coping</i> , ajustamento psicossocial e progressão do cancro da mama	100
2.3.5 - Suporte social, ajustamento psicológico e progressão do cancro da mama	109
CAPÍTULO III - Emoções Positivas e Doença Oncológica	117
3.1 - Optimismo: Definição e Modelos	119
3.1.1 - Optimismo como estilo explicativo	120
3.1.2 - Optimismo e pessimismo disposicional	124
3.1.3 - Fundamentos biológicos do optimismo	126
3.2 - Optimismo e Saúde	128
3.2.1 - Optimismo e bem-estar físico	128
3.2.2 - Optimismo e bem-estar psicológico	134
3.2.3 - Optimismo, <i>coping</i> e doença	138
3.3 - Optimismo e Doença Oncológica	143
3.3.1 - O Papel das emoções positivas no ajustamento e resultado da doença oncológica	143
3.3.2 - Benefícios percebidos, optimismo e ajustamento à doença oncológica	144
CAPÍTULO IV - Modelos de Adaptação à Doença e Tratamento	151
4.1 - Modelo de Auto-regulação da Doença de Leventhal e Colaboradores	154
4.1.1 - Representações de doença e cancro da mama	159
4.2 - Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Scheier e Carver	161
4.3 - Modelo de Adesão Terapêutica de Horne	167
CAPÍTULO V - Intervenção Psicológica no Cancro da Mama	175
5.1 - Intervenções Educacionais	178
5.2 - Intervenções de Suporte Psicossocial	182
5.3 - Intervenções Cognitivo-comportamentais	185
5.4 - Intervenções Multimodais ou Ecléticas	189

5.5 - Intervenção Psicológica e Optimismo	193
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</b>	197
<b>CAPÍTULO VI - Metodologia</b>	199
6.1 - Questões de Investigação e Hipóteses	201
6.2 - Variáveis Estudadas	204
6.3 - Procedimento de Recolha de Dados	204
6.4 - Participantes	207
6.4.1 - Caracterização sócio-demográfica das participantes	207
6.5 - Instrumentos	208
6.5.1 - Questionário Sócio-demográfico e clínico	209
6.5.2 - <i>Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ)-B</i>	209
6.5.3 - <i>Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini – MAC)</i>	217
6.5.4 - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	223
6.5.5 - <i>Sickness Impact Profile (SIP)</i>	229
6.5.6 - <i>Life Orientation Test-Revised (LOT-R)</i>	236
6.5.7 - <i>Benefit Finding Scale (BFS)</i>	239
6.6 - Procedimentos Estatísticos	242
<b>CAPÍTULO VII - Apresentação dos Resultados</b>	249
7.1 - Caracterização Psicossocial da Amostra no Momento da Pré-cirurgia	251
7.1.1 - Variáveis Emocionais	251
7.1.2 - Variáveis Cognitivas	252
7.1.3 – Optimismo	254
7.2 - Resultados dos Testes de Hipóteses	256
7.2.1 - Variabilidade no ajustamento psicossocial ao longo do processo de tratamento	256
7.2.2 - Variabilidade no ajustamento psicossocial ao longo do processo de tratamento, em função do tipo de cirurgia	280
7.2.3 - Representações de doença e estado emocional, enquanto preditores do <i>coping</i> e da funcionalidade, em cada momento de avaliação	290

7.2.4 - Estado emocional e representações de doença enquanto preditores do <i>coping</i> e da funcionalidade, durante o tratamento	314
7.2.5 - Papel do optimismo enquanto preditor do ajustamento psicossocial ao cancro da mama ao longo do tratamento	332
7.2.6 - Benefícios percebidos no processo de doença e enquanto preditores do ajustamento psicossocial à doença	354
7.3 - Análises Exploratórias	359
7.3.1 - Relação entre variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade) e as variáveis psicossociais	359
7.3.1.1 - Idade	359
7.3.1.2 - Escolaridade	362
7.3.2 - Ajustamento psicossocial ao cancro da mama e estágio da doença	365
7.3.3 - Ajustamento psicossocial ao cancro da mama e estatuto de menopausa	367
CAPÍTULO VIII - Discussão dos Resultados	373
8.1 - Discussão dos Resultados	375
8.1.1 - Características psicossociais das mulheres com cancro da mama antes da cirurgia	375
8.2 - Variabilidade no Ajustamento Psicossocial ao Longo do Processo de Tratamento	379
8.3 - Variabilidade no Ajustamento Psicossocial ao Longo do Processo de Tratamento em Função do Tipo de Cirurgia	394
8.4 - Representações de Doença e Estado Emocional Enquanto Preditores do <i>Coping</i> e da Funcionalidade em cada Momento de Avaliação	396
8.5 - Estado Emocional e Representações de Doença enquanto Preditores do <i>Coping</i> e da Funcionalidade durante o Tratamento	404
8.6 - Optimismo Enquanto Predictor Significativo do Ajustamento Psicossocial ao Cancro da Mama ao Longo do Processo de Tratamento	408
8.7 - Benefícios Percebidos no Processo de Doença e enquanto Preditores do Ajustamento Psicossocial à Doença	413
8.8 – Influências Demográficas e Clínicas	415
8.8.1 – Idade e escolaridade	415

8.8.2 – Estádio da doença e estatuto de menopausa	418
8.9 - Limitações do Estudo	419
CAPÍTULO IX - Conclusão Integrativa e Implicações Futuras	423
BIBLIOGRAFIA	433
ANEXOS	465
<b>Lista de Ilustrações</b>	
Ilustração 1. <i>Social-Cognitive Transition Model of Adjustment</i>	81
Ilustração 2. Modelo de Bloom	111
Ilustração 3. Modelo de auto-regulação de doença de Leventhal	156
Ilustração 4. Os cinco domínios das representações de doença	157
Ilustração 5. Representação esquemática de um circuito de feedback	162
Ilustração 6. Auto-regulação bem sucedida	166
Ilustração 7. Percepção acerca do tratamento e o modelo de auto-regulação	170
<b>Lista de Quadros</b>	
Quadro 1. Tendências de <i>Coping</i> dos Optimistas e dos Pessimistas	142
Quadro 2. Apresentação dos instrumentos utilizados em cada momento de avaliação	206
Quadro 3. Características Demográficas e Clínicas	207
Quadro 4. Resultados das correlações teste-reteste do IPQ-B (correlações <i>Pearson</i> ), em mulheres com cancro da mama	214
Quadro 5. Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões do IPQ-B	216
Quadro 6. Coeficientes de fidelidade teste-reteste do Mini-MAC (correlações de <i>Pearson</i> ) em mulheres com cancro da mama	220
Quadro 7. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as sub-escalas do Mini-Mac	221
Quadro 8. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as sub-escalas do	222
Quadro 9. Resultados da análise de consistência interna do HADS (ansiedade)	226
Quadro 10. Resultados da análise de consistência interna do HADS (depressão)	226
Quadro 11. Resultados da análise de consistência interna do HADS (Total)	227
Quadro 12. Resultados do estudo de fidelidade teste-reteste do HADS (correlações de <i>Pearson</i> ) em mulheres com cancro da mama	227

Quadro 13. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as sub-escalas do HADS	228
Quadro 14. Consistência Interna do SIP total	233
Quadro 15. Resultados do estudo de fidelidade teste-reteste do SIP (correlações de <i>Spearman</i> ) em mulheres com cancro da mama	233
Quadro 16. Estrutura factorial do <i>Sickness Impact Profile</i> , versão experimental	234
Quadro 17. Matriz de correlações ( <i>Spearman</i> ) entre as categorias do SIP	235
Quadro 18. Resultados da análise de consistência interna do LOT -R	237
Quadro 19. Resultados da análise de consistência interna do LOT-R (sem o item 3)	238
Quadro 20. Estrutura factorial do LOT-R	239
Quadro 21. Resultados das análises de consistência interna do BFS	241
Quadro 22. Resultados do teste-reteste do BFS (correlações <i>Pearson</i> )	242
Quadro 23. Médias e desvios padrão para Ansiedade e Depressão no momento 1	252
Quadro 24. Percentagem de casos clínicos e não clínicos para cada momento de avaliação	252
Quadro 25. Médias e desvios padrão para as representações/cognições de doença no momento1	253
Quadro 26. Médias e desvios padrão para o <i>coping</i> no momento1	254
Quadro 27. Média e desvio padrão para o Optimismo no momento 1	254
Quadro 28 – Correlações significativas de <i>Pearson</i> entre as escalas utilizadas no primeiro momento de avaliação – T1	255
Quadro 29. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas (T2, T3) para as variáveis do HADS, tendo o Tempo como factor e a Idade, Escolaridade, Ansiedade 1 e Depressão 1 como covariantes	257
Quadro 30. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas (T2,T3) para a Depressão, tendo como factores o Tempo e a Depressão (clínico/não clínico) e como covariantes a Idade e a Escolaridade	258
Quadro 31. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas (T2, T3, T4) para as variáveis do HADS, tendo o Tempo como factor e a Idade, Escolaridade, Ansiedade 1 e Depressão 1 como covariantes	259
Quadro 32. Médias e erros padrão da Depressão ao longo do tempo para os grupos clínico e não clínico	259
Quadro 33. Correlações significativas de <i>Pearson</i> entre as escalas utilizadas no segundo momento de avaliação – T2	260

Quadro 34. Correlações significativas de <i>Pearson</i> entre as escalas utilizadas no terceiro momento de avaliação – T3	261
Quadro 35. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas (T2, T3) para as representações de doença, tendo o Tempo como factor e a Idade, Escolaridade, e dimensões do IPQ-B no momento 1, como covariantes	264
Quadro 36. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para o Controlo do Tratamento (T2, T3), tendo como factores o Tempo e o Controlo do Tratamento 1 (recodificado) e como covariantes a Idade e a Escolaridade	265
Quadro 37. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para o Controlo do Tratamento (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Escolaridade (recodificado) e como covariantes a Idade e o Controlo do Tratamento1	266
Quadro 38. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Identidade (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Idade (recodificada) e como covariantes a Identidade 1 e a Escolaridade	267
Quadro 39. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Preocupação (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Preocupação1 (recodificada), e como covariantes a Idade e a Escolaridade	268
Quadro 40. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Preocupação (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Idade (recodificada), e como covariantes a Preocupação 1 e a Escolaridade	269
Quadro 41. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Compreensão (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Compreensão1 (recodificada), e como covariantes a Idade e a Escolaridade	270
Quadro 42. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Resposta Emocional (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Escolaridade (recodificada), e como covariantes a Idade e a Resposta Emocional 1	271
Quadro 43. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para as representações de doença (T2, T3, T4), tendo o tempo como factor e a Idade, Escolaridade, e dimensões IPQ-B momento 1 como covariantes	272
Quadro 44. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para o <i>Coping</i> (T2, T3) , tendo o tempo como factor e a Idade, Escolaridade e sub-escalas do Mini-MAC momento 1 como covariantes	273

Quadro 45. Resultados da ANCOVA medidas repetidas tendo o tempo e a Preocupação Ansiosa 1 (recodificada) como factores, e como covariantes a Idade e a Escolaridade	274
Quadro 46. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para o <i>Coping</i> (T2, T3, T4), tendo o Tempo como factor, e a Idade, Escolaridade e sub-escalas do Mini-MAC momento 1 como covariantes	275
Quadro 47. Médias e desvios padrão para a funcionalidade no momento2	276
Quadro 48. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para as várias sub-escalas do SIP, (T2, T3) tendo o Tempo como factor	277
Quadro 49. Resultados das análises de variância (ANOVAS) para medidas repetidas para as várias dimensões do SIP (T3 e T4), tendo o Tempo como factor e as dimensões do SIP momento 2 como covariantes	278
Quadro 50. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas, para o estado emocional (T2, T3) tendo o tempo e grupo como factores e a Ansiedade 1 e Depressão 1 como covariantes	281
Quadro 51. Médias e desvios padrão da Ansiedade e Depressão nos vários momentos de avaliação	281
Quadro 52. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas nas dimensões do IPQ-B (T2 e T3), tendo o tempo e grupo como factores, e a Idade, Escolaridade e dimensões do IPQ-B (momento1) como covariantes	282
Quadro 53. Médias e desvios padrão das representações de doença (IPQ-B) nos vários momentos de avaliação	284
Quadro 54. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para o <i> coping </i> (T2, T3), tendo o Tempo e Grupo como factores, e as dimensões do Mini-MAC (momento1) como covariantes	285
Quadro 55. Médias e desvios padrão para o <i>Coping</i> (Mini-MAC) nos vários momentos de avaliação	286
Quadro 56. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) medidas repetidas na funcionalidade (T2,T3), tendo o Tempo e o Grupo como factores	287
Quadro 57 (cont.). Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) medidas repetidas na funcionalidade (T2,T3), tendo o Tempo e o Grupo como factores	288
Quadro 58. Médias e desvios padrão para a Funcionalidade (SIP) nos vários momentos de avaliação	288

Quadro 59. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o estado emocional, as representações de doença e o <i>coping</i> , no momento de pré-cirurgia	291
Quadro 60. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento1)	292
Quadro 61. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento1)	293
Quadro 62. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional (momento1) e as representações de doença como preditores do Espírito de Luta (momento1)	294
Quadro 63. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o estado emocional, representações de doença e <i>coping</i> , no momento da pós-cirurgia	294
Quadro 64. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento2)	295
Quadro 65. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento2)	296
Quadro 66. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores do Espírito de Luta (momento2)	297
Quadro 67. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o estado emocional, as representações de doença e o <i>coping</i> , durante os tratamentos complementares	298
Quadro 68. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento3)	298
Quadro 69. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento3)	300



Quadro 70. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Espírito de Luta (momento3)	300
Quadro 71. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Fatalismo (momento3)	301
Quadro 72. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o estado emocional, as representações de doença e a funcionalidade, no momento da pós-cirurgia	302
Quadro 73. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores da Locomoção (momento2)	303
Quadro 74. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores da Mobilidade (momento2)	304
Quadro 75. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores das Actividades Sociais (momento2)	304
Quadro 76. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores das Emoções (momento2)	305
Quadro 77. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores do Alerta (momento2)	306
Quadro 78. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o estado emocional, as representações de doença e a funcionalidade, durante os tratamentos complementares	306
Quadro 79. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores da Locomoção (momento3)	307
Quadro 80. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores dos Cuidados Pessoais (momento3)	308
Quadro 81. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores da Mobilidade (momento3)	308

Quadro 82. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Lazer (momento3)	309
Quadro 83. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores das Actividades Sociais (momento3)	310
Quadro 84. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores das Emoções (momento3)	310
Quadro 85. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Alerta (momento3)	311
Quadro 86. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Sono (momento3)	312
Quadro 87. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e o <i>coping</i> após a cirurgia	315
Quadro 88. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento2)	316
Quadro 89. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento2)	317
Quadro 90. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Espírito de Luta (momento2)	318
Quadro 91. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Evitamento Cognitivo (momento2)	318
Quadro 92. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e a funcionalidade após a cirurgia	319
Quadro 93. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Locomoção (momento2)	320

Quadro 94. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores dos Cuidados Pessoais (momento2)	320
Quadro 95. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Mobilidade (momento2)	321
Quadro 96. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Actividades Sociais (momento2)	321
Quadro 97. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Emoções (momento2)	322
Quadro 98. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do estado de Alerta (momento2)	323
Quadro 99. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Sono (momento2)	323
Quadro 100. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e o <i>coping</i> durante os tratamentos complementares	325
Quadro 101. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento3)	326
Quadro 102. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento3)	326
Quadro 103. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Espírito de Luta (momento3)	327
Quadro 104. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Evitamento Cognitivo (momento3)	327
Quadro 105. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e a funcionalidade durante os tratamentos complementares	328

Quadro 106. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores dos Cuidados Pessoais (momento3)	329
Quadro 107. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Mobilidade (momento3)	329
Quadro 108. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Actividades Sociais (momento3)	330
Quadro 109. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Emoções (momento3)	331
Quadro 110. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do estado de Alerta (momento3)	331
Quadro 111. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o optimismo, estado emocional e as representações de doença no momento 2 e 3	333
Quadro 112. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor da Depressão após a cirurgia e durante os tratamentos complementares	334
Quadro 113. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo na Depressão pós-cirurgia e durante os tratamentos complementares	335
Quadro 114. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor das Consequências após a cirurgia e durante os tratamentos complementares	335
Quadro 115. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo nas Consequências pós-cirurgia e durante os tratamentos	336
Quadro 116. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor do Controlo Pessoal após a cirurgia e durante os tratamentos complementares	337

Quadro 117. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo no Controlo Pessoal pós-cirurgia e durante os tratamentos	338
Quadro 118. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor do Controlo do Tratamento após a cirurgia e durante os tratamentos complementares	339
Quadro 119. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo no Controlo de Tratamento durante os tratamentos	340
Quadro 120. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor da Compreensão após a cirurgia	340
Quadro 121. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo na Compreensão após a cirurgia	341
Quadro 122. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor da Resposta Emocional durante os tratamentos complementares	341
Quadro 123. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo na Resposta Emocional durante os tratamentos	342
Quadro 124. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o Optimismo e o <i>Coping</i> nos momentos 2 e 3	343
Quadro 125. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Desânimo-Fraqueza após a cirurgia e durante os tratamentos complementares	344
Quadro 126. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Desânimo- Fraqueza pós-cirurgia e durante os tratamentos	344
Quadro 127. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Espírito de Luta após a cirurgia e durante os tratamentos complementares	345
Quadro 128. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Espírito de Luta pós-cirurgia e durante os tratamentos	346

Quadro 129. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Fatalismo durante os tratamentos complementares	347
Quadro 130. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Fatalismo durante os tratamentos	347
Quadro 131. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre Optimismo e a Funcionalidade nos momentos 2 e 3	348
Quadro 132. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor da Locomoção pós-cirurgia	348
Quadro 133. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo na Locomoção pós-cirurgia	349
Quadro 134. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor da Mobilidade pós-cirurgia	349
Quadro 135. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo na Mobilidade pós-cirurgia	350
Quadro 136. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Lazer pós-cirurgia	350
Quadro 137. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor das Actividades Sociais pós-cirurgia	351
Quadro 138. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo nas Actividades Sociais pós-cirurgia	351
Quadro 139. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor das Emoções pós-cirurgia e durante os tratamentos complementares	352
Quadro 140. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo nas Emoções pós-cirurgia e durante os tratamentos	352
Quadro 141. Resultados das análises de variância (ANOVAS) para medidas repetidas (T3, T4), para os Benefícios Percebidos, tendo o tempo como factor	355
Quadro 142. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre os Benefícios Percebidos, o <i>coping</i> e a funcionalidade, durante os tratamentos complementares	355

Quadro 143. Resultados da análise de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Espírito de Luta (momento3)	356
Quadro 144. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Evitamento Cognitivo (momento3)	356
Quadro 145. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Fatalismo (momento3)	357
Quadro 146. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor da Locomoção (momento3)	357
Quadro 147. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Alerta (momento3)	358
Quadro 148. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as Representações de doença, tendo a idade como factor	360
Quadro 149. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para o <i>Coping</i> , tendo a Idade como factor	361
Quadro 150. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para o Estado Emocional, tendo a Escolaridade como factor	363
Quadro 151. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as Representações de doença, tendo a Escolaridade como factor	363
Quadro 152. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as Representações de doença, tendo a Escolaridade como factor	364
Quadro 153. Resultados significativos das análises de covariância (ANCOVAS) para as Representações de Doença, tendo o Estádio da Doença como factor e a Idade e Escolaridade como covariantes	367
Quadro 154. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para a Funcionalidade, tendo o Estádio da Doença como factor	367
Quadro 155. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas, para a Depressão (T2, T3) tendo o tempo como factor e a Depressão 1 como covariante	368
Quadro 156. Resultados das análises de variância (ANOVA) para medidas repetidas, para a Funcionalidade (T2, T3) tendo o tempo como factor	369
Quadro 157. Resultados significativos das análises de covariância (ANCOVAS) para o estado emocional, tendo o Estatuto de Menopausa como factor e o Estado Emocional no momento 1 e a Escolaridade como covariante	371

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1. Variação da Depressão no tempo (pós-cirurgia e tratamento complementar) para os grupos clínico e não clínico	258
Gráfico 2. Variação da Depressão no tempo (pós-cirurgia, tratamento complementar e final dos tratamentos) para os grupos clínico e não clínico	260
Gráfico 3. Variação do Controlo do Tratamento no tempo, para os momentos	265
Gráfico 4. Variação do Controlo do Tratamento no tempo, para os momentos	266
Gráfico 5. Variação da percepção dos sintomas (Identidade) ao longo do tempo	267
Gráfico 6. Variação da Preocupação com a doença ao longo do tempo T2 e T3, em função da Preocupação 1	268
Gráfico 7. Variação da Preocupação com a doença ao longo do tempo T2 e T3, em função da idade	269
Gráfico 8. Variação da Preocupação com a doença ao longo do tempo T2 e T3, em função da Compreensão 1	270
Gráfico 9. Variação da Resposta Emocional ao longo do tempo T2 e T3, em função da Escolaridade	271
Gráfico 10. Variação da Preocupação Ansiosa ao longo do tempo T2 e T3, em função da Preocupação Ansiosa 1	274
Gráfico 11. Variação da Compreensão acerca da doença, em função do Tipo de Cirurgia (tumorectomia ou mastectomia)	283
Gráfico 12. Variação do Sono após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estádio da Doença	366
Gráfico 13. Variação da Depressão após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estatuto de Menopausa	368
Gráfico 14. Variação da Locomoção após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estatuto de Menopausa	369
Gráfico 15. Variação dos Cuidados Pessoais após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estatuto de Menopausa	370





## **INTRODUÇÃO**

---



O cancro continua a ser uma das doenças mais temidas na actualidade e uma das principais causas de morte a nível mundial (Hill, 2001). Tal como acontece em outros países da Europa, em Portugal existe um risco elevado das mulheres poderem vir a desenvolver cancro da mama (Barros, Lunet & Simões, 2007). Este é o cancro mais comum entre as mulheres, e ameaça um órgão que se encontra intimamente relacionado com a auto-estima, a sexualidade, a feminilidade, os papeis sociais e a própria vida, provocando, conseqüentemente, alterações em várias dimensões da vida das pacientes.

Nas décadas passadas e, visto que os aspectos físicos do cancro da mama eram o principal factor de preocupação, os factores psicossociais associados a esta doença não constituíam uma prioridade ao nível do tratamento e da investigação. No entanto, durante o curto espaço de tempo em que a investigação tem focalizado os aspectos psicossociais do cancro da mama, têm surgido mudanças importantes no significado do cancro da mama, bem como alterações culturais e inovações no tratamento deste.

Efectivamente, constata-se transformações no que diz respeito ao papel da doente no tratamento, que se reflecte numa partilha dos diagnósticos e prognósticos com as pacientes (com muito mais frequência), dando-se a oportunidade de opção por um papel mais activo no processo de doença (Moyer & Salovey, 1996). Contudo, observamos, que nem sempre é esta a realidade portuguesa, por vezes as pacientes não conhecem verdadeiramente ou não querem ter conhecimento acerca do seu diagnóstico, não questionando o seu médico e depositando neste toda a sua confiança. Assim e, apesar destas deliberações serem mais partilhadas do que no passado, continua a ser o médico a tomar a maioria das decisões relacionadas com o tratamento.

Dias (2002) faz notar que o meio cultural e social evoluiu e o cancro da mama já não se encontra associado ao secretismo e à culpa. Segundo a autora, actualmente, as mulheres são incentivadas a partilhar as suas dificuldades relativamente à doença e a procurar o suporte daqueles que as rodeiam. Os mass media também têm dado uma maior cobertura a esta doença, às possibilidades do seu diagnóstico precoce e ao apoio às pacientes, favorecendo as alterações a nível das concepções sociais e culturais (Dias, 2002). Apesar destes progressos, as mulheres com cancro da mama continuam a debater-se com várias conseqüências da sua condição de saúde. Sintomatologia ansiosa, depressiva, raiva, tristeza, angustia, negação, desesperança, desânimo, alterações na imagem corporal, são algumas das respostas comuns destas mulheres face à doença e tratamento (e.g. Glanz & Lerman, 1992; Vedhara et al., 2001). O grau em que estas respostas surgem está dependente de muitos factores, tais como personalidade,

estratégias de *coping*, experiências passadas de *stress*, suporte social e, conhecimento acerca do tratamento e prognóstico da doença (Hack & Degner, 2004; Moyer & Salovey, 1996).

É neste contexto que a Psicologia da Saúde pode ser chamada a dar o seu contributo, enquanto especialidade que se dedica à compreensão dos factores psicossociais associados à saúde e doença, assim como ao sistema de cuidados de saúde (Matarazzo, 1980). Assumindo um modelo holístico, o enfoque não é apenas na doença em si, mas na pessoa que sofre da doença e no seu meio (McIntyre, 1994). Esta visão acerca do tratamento não é nova e tem sido proposta por diferentes médicos, desde Hipócrates (Ogden, 1999). A Psicologia da Saúde adopta esta posição, assumindo que os factores biológicos, psicológicos e sociais permanecem implicados em todos os estádios da saúde e da doença, variando entre os comportamentos e estados que mantém a pessoa saudável e aqueles que provocam doenças debilitantes e severas (Taylor, 1990), ou seja, adopta o modelo biopsicossocial. Segundo McIntyre. “*a psicologia da saúde assenta num modelo holístico, em que o indivíduo é visto como um todo, uma síntese complexa das suas múltiplas dimensões (física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, sociocultural, etc.), que se reflecte nos fenómenos de saúde e doença.*” (1994, p. 19).

A Psicologia Oncológica surge na sequência desta abordagem biopsicossocial da doença, focalizando primordialmente a melhoria da qualidade de vida dos doentes com cancro (Buela-Casal & Moreno, 1999). Esta necessidade encontra-se associada à elevada taxa de sobrevivência entre as pessoas com cancro e vem colocar alguns desafios no que refere à intervenção psicológica junto destes pacientes, que têm de conviver com uma doença ameaçadora de vida durante diversos anos. O corpo de investigação existente nesta área indica que a Psicologia pode e deve trabalhar em colaboração com os tratamentos médicos, com um efeito sinérgico que potencia os resultados obtidos (Fawzy, Cousins et al., 1990). Os contributos mais citados deste tipo de intervenção são: a melhoria das estratégias de *coping*, promovendo tanto o bem-estar psicológico como o bem-estar físico durante as várias fases da doença; contribuir para a resistência à progressão do cancro, possivelmente influenciando o sistema imunológico e, por esse meio, prolongando a sobrevivência; a redução dos sintomas associados ao cancro, tais como, a dor ou os efeitos secundários dos tratamentos, consequentemente aumentando a qualidade de vida dos doentes (Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004).

A necessidade de estudar o ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama prende-se com o facto de reconhecermos que esta problemática provoca níveis de distress consideráveis nestas pacientes (Hatchett et al., 1997). Apesar de não dispormos de um modelo que explique adequadamente o ajustamento ao cancro, alguns autores têm procurado explicar este processo (Moos & Schaefer, 1986; Taylor, 1983; Watson et al., 1988). Porém, segundo Brennan (2001), um ajustamento adequado pressupõe um processo de adaptação que ocorre ao longo do tempo, em que a mulher vai aprendendo a lidar com as mudanças ocorridas na sua vida, precipitadas pela doença.

O corpo de investigação actual, existente na área da Psicologia Oncológica e, mais especificamente, acerca do ajustamento psicossocial ao cancro da mama, tem dado relevo ao papel de factores sócio-demográficos como a idade e o nível educacional; de factores clínicos e da doença, como o tipo de cirurgia e estágio da doença; ao estado emocional, como a ansiedade e a depressão; à personalidade; ao *coping*; e ao suporte social (e.g. Akechi et al., 2001; Dunn & Steginga, 2000; Edgar et al., 2000; Hjerl et al., 2003; Manuel et al., 2007; Ranchor & Sanderman, 2006; Reynolds et al., 2000; Yurek, Ferrar & Andersen, 2000). No nosso estudo também utilizaremos estes parâmetros para tentar perceber como é que decorre o ajustamento das mulheres portuguesas com cancro da mama, durante o primeiro ano após o diagnóstico. No entanto, iremos um pouco mais além no que toca ao papel do optimismo e das representações de doença no ajustamento, nomeadamente ao nível das estratégias de *coping* e da funcionalidade.

O interesse pelo optimismo pode ser enquadrado numa área que começa a dar os primeiros passos e a que chamamos Psicologia Positiva. O movimento intitulado Psicologia Positiva afirma-se na edição de 2001 do periódico *American Psychologist* e, é definido como uma “tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adoptarem uma visão mais aberta e apreciativa das virtualidades, motivações e capacidades humanas” (Sheldon & King, 2001; p.216). Na Psicologia da Saúde, a investigação acerca de aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos, em oposição à Psicologia tradicional, com a sua ênfase nos aspectos psicopatológicos, assume-se como uma área de especial interesse e relevância. Assim, procura-se a compreensão de fenómenos psicológicos tais como optimismo, altruísmo, esperança, satisfação, entre outros, que se assumem tão importantes para a investigação quanto a depressão, ansiedade, agressividade e angustia (Yunes, 2003). Dentro dos fenómenos indicativos de vida saudável destaca-se o optimismo, por se referir a uma característica de

personalidade que medeia a relação entre os acontecimentos e a interpretação pessoal dos mesmos, sendo considerado (optimismo) a tendência a esperar que o futuro ofereça resultados favoráveis. Em geral, parece que as pessoas optimistas tendem a ter melhor humor, a ser mais perseverantes e a ter melhor estado de saúde (Seligman, 1991). O mesmo autor refere que os estudos mais consistentes da literatura científica indicam que as pessoas que possuem altos níveis optimismo e esperança (ambos relacionados com expectativa de resultados positivos em relação ao futuro e com a crença na própria capacidade de alcançar metas) tendem a sair fortalecidas e a encontrar benefícios em situações traumáticas e de *stress*, como é o caso de uma doença como o cancro da mama.

O modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal, permite o estudo do papel das representações de doença e a sua implicação no ajustamento das mulheres com cancro da mama. Este modelo propõe que os indivíduos constroem representações cognitivas e emocionais das ameaças de saúde e que são estas representações que vão guiar e regular o comportamento (Leventhal et al., 1997). Desta forma, ajudar-nos-á a analisar a interligação entre as crenças/representações de doença, o *coping* e a adaptação psicológica, em mulheres com cancro da mama.

Creemos que se compreendermos como é que decorre o ajustamento durante o período de tratamento, poderemos intervir de forma a facilitar este processo, melhorando os serviços de psico-oncologia que podem ser oferecidos àquelas pacientes que apresentem indicadores de um ajustamento pobre à doença. Sabemos que apesar de todo o sofrimento que impregna esta problemática, algumas mulheres reagem de forma ajustada ao diagnóstico e tratamento para o cancro da mama, enquanto outras não conseguem passar por esta transição nas suas vidas de uma forma positiva (Helgeson et al., 2004). Os sintomas de um ajustamento negativo conduzem a uma espiral de mal estar, na medida em que há estudos que comprovam que estes influenciarão o funcionamento do sistema imunológico debilitando-o, logo conduzindo a pior saúde (Epping-Jordan et al., 1999). É, portanto, a estas pacientes que os serviços de Psicologia devem dirigir maiores esforços no sentido da facilitação de um ajustamento positivo.

Vários estudos têm vindo a comprovar que as intervenções psicológicas, com doentes de cancro em geral e com doentes com cancro da mama em particular, têm revelado resultados positivos na aquisição de novas competências de *coping*, na redução de sintomatologia psicológica, como a depressão, a ansiedade, as atitudes disfuncionais e crenças irracionais e, na melhoria de parâmetros imunológicos (e.g. Fawzy & Fawzy

1994; Greer et al., 1992; Edgar et al., 1992; Greer et al., 1991; Helgeson et al., 1999; Kissane et al., 2003; Spiegel et al., 1989; Telch & Telch, 1986; Vos et al., 2004). O estudo que realizamos pretende avaliar o ajustamento das mulheres portuguesas com cancro da mama durante o processo de tratamento, no que respeita ao estado emocional, representações acerca da doença, *coping*, funcionalidade e benefícios percebidos. Pretendemos ainda avaliar a possível correlação entre o optimismo e as representações de doença e o ajustamento, nos indicadores referidos anteriormente. A utilização de um plano de investigação longitudinal que abrange um período de seguimento relativamente longo, constitui um contributo metodológico importante do estudo. Além disso, o enfoque no estudo de mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, constitui também um aspecto inovador na literatura internacional, que se tem focado primordialmente em mulheres em estádios mais avançados da doença. Em termos da realidade portuguesa, não temos conhecimento de outro estudo deste tipo ou que tenha analisados as variáveis estudadas conjuntamente. Assim, esperamos poder contribuir para uma compreensão mais científica do processo de ajustamento a esta doença na mulher portuguesa, no sentido de informar a intervenção biomédica e psicossocial neste domínio.

Em termos de estrutura, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte é composta por uma revisão da literatura acerca dos aspectos médicos e psicológicos do cancro da mama, e divide-se em cinco capítulos que incluem a fisiologia da doença, os factores psicossociais envolvidos no ajustamento da doença, o papel do optimismo enquanto preditor do ajustamento, os modelos de adaptação à doença e ainda as intervenções psicológicas realizadas nesta área. Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico, que se divide em quatro capítulos, que compreendem a descrição da metodologia utilizada, a apresentação dos resultados obtidos, a discussão dos resultados e a respectiva conclusão.





**PARTE I**

---

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



A primeira parte deste trabalho, procura fazer uma revisão da literatura acerca de vários aspectos relacionados com o cancro da mama e considerados pertinentes para a compreensão do estudo que será apresentado.

Inicialmente será efectuada uma resenha de dados epidemiológicos, seguindo-se informação médica acerca da doença, sua definição, tipos de cancro da mama, o que actualmente se crê ser a sua génese, os factores de risco mais frequentemente associados a esta doença e as intervenções médicas utilizadas nesta problemática, bem como, aspectos da recorrência da doença (Capítulo I).

O Capítulo II, procurará salientar alguns dos principais factores psicossociais associados a esta doença e que podem contribuir para a sua compreensão. Convergentemente, será dado destaque aos aspectos relacionados com as alterações físicas e psicológicas resultantes do cancro da mama e do seu tratamento, à relação entre os factores psicossociais e a etiologia da doença e, aos factores psicossociais que medeiam o ajustamento psicológico e a progressão do cancro da mama.

O papel do optimismo será considerado, no Capítulo III, tentando determinar qual a importância desta dimensão da personalidade no ajustamento ao cancro da mama. Procura-se elucidar acerca do estilo explicativo e do optimismo e pessimismo disposicional enquanto abordagens teóricas e, a sua relação com o bem-estar.

O Capítulo IV, deste trabalho destacará modelos que ajudam a explicar e a compreender a adaptação à doença e tratamento dando ênfase aos modelos de auto-regulação e, procurando estudar a aplicação destes modelos ao cancro da mama.

Para terminar, no Capítulo V, serão focadas as intervenções psicológicas que se têm revelado vantajosas na melhoria da saúde física e psicossocial de doentes com cancro da mama. Procurar-se-á ainda elucidar acerca de algumas estratégias que podem ser utilizadas para facilitar o optimismo.



## **CAPÍTULO I**

---

### **Caracterização do Cancro da Mama**



A caracterização do cancro da mama segundo os aspectos médicos parece-nos relevante para a compreensão desta doença e de quais as suas implicações a nível físico e ao nível dos regimes de tratamento.

Iniciamos o capítulo com alguns dados epidemiológicos do cancro da mama que pela sua magnitude quer a nível nacional quer a nível internacional, justificam um olhar mais atento às tantas mulheres que padecem com a doença. Segue-se a definição e a génese do cancro da mama. Ulteriormente, apresenta-se uma caracterização do cancro da mama de acordo com os diversos tipos e subsequentemente a sua classificação por estádios.

Um outro ponto procura esclarecer acerca dos factores de risco que têm sido mais frequentemente associados ao cancro da mama e, que podem ser divididos em factores não modificáveis, como a idade, factores genéticos e reprodutivos e factores modificáveis, como é o caso dos estilos de vida.

São analisados alguns aspectos relacionados com o diagnóstico do cancro da mama, seguindo-se os vários regimes de tratamento que são mais comuns no tratamento desta doença, bem como, as consequências de cada um destes. O capítulo finaliza com uma reflexão acerca da recorrência da doença

## **1.1 - Epidemiologia do Cancro da Mama: Magnitude do Problema**

A patologia oncológica em Portugal é um problema major (Barros, Lunet & Simões, 2007), em parte, por não existirem dados sólidos sobre incidência e mortalidade do cancro. Segundo os autores e, à semelhança do que acontece nos restantes países da União Europeia, em Portugal, o risco de desenvolver um cancro durante a vida é de cerca de 50% e de morrer de cancro cerca de 25%.

Uma pesquisa epidemiológica breve indica que na mulher os cancros mais frequentes (excluindo o da pele) são os da mama, cólon e recto, estômago e útero (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani, 2001) O cancro da mama é o cancro com maior taxa de incidência em Portugal, e o tumor mais frequente nas mulheres, com cerca de 4300 novos casos estimados para 2002 (Bastos, Barros e Lunet, 2007).

Ao procurarmos obter um panorama mais generalizado da doença e segundo Ferlay e col. (2001), a incidência do cancro da mama, varia consideravelmente em todo o mundo, sendo a América do Norte e a Europa as zonas de maior risco. Existe uma



variação considerável dentro de cada país devido a factores sociodemográficos, tais como a raça, a classe social, o estado civil e a região de residência. A “*American Cancer Society*” estimava que em 2007 seriam diagnosticados 178,480 novos casos de cancro da mama invasivo, nos Estados Unidos. No que respeita à Europa e, segundo a OMS, o cancro da mama foi o mais diagnosticado, com 429,900 novos casos em 2006. Segundo Boyle (2007), o aumento da incidência que se tem verificado nos últimos anos, deve-se à melhor detecção de casos numa fase inicial da doença. Segundo a “*American Cancer Society*” a percentagem de mortes por cancro da mama tem vindo a diminuir desde 1990, devido à detecção precoce da doença e à melhoria dos tratamentos. Ainda de acordo com a “*American Cancer Society*” esperava-se 40,910 mortes por cancro da mama para o ano de 2007 nos Estados Unidos.

Voltando ao plano nacional, os dados mais recentes acerca da mortalidade, indicam uma taxa de mortalidade global de 1025,1 por 100 000 habitantes, sendo 395,6 por 100 000 habitantes de mortalidade devida a patologia cardiovascular, seguindo-se o cancro como segunda causa de morte por 100 000 habitantes (Risco de Morrer em Portugal, 2001/Direcção-Geral da Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia. Lisboa: DGS, 2003). Segundo a mesma fonte, a mortalidade por cancro em Portugal é mais elevada nos homens do que nas mulheres. O cancro da mama continua a ser a causa de morte por cancro mais comum entre as mulheres, sendo o cancro do cólon e recto a segunda causa de morte para as mulheres. As taxas de mortalidade dos tumores malignos da mama por grupo etário apresentam os seguintes valores: dos 25-34 anos a taxa é de 2.6; dos 35-44 anos a taxa é de 13.2; dos 45-54 anos é de 37.5; dos 55-64 a taxa é de 51.5; dos 65-74 a taxa é de 73.6 a partir dos 75 anos a taxa de mortalidade por cancro da mama é de 130.8. As taxas de mortalidade por tumor maligno da mama feminina padronizada pela idade, em 2001, pelas regiões de Portugal (por 100.000 habitantes), apresentam os seguintes resultados, Algarve 26.9, Lisboa e Vale do Tejo 26.2, Alentejo 25.0, Região Autónoma dos Açores 35.2, Região Autónoma da Madeira 35.3, Região Centro 20.7, Região Norte 19.8 (Risco de morrer em Portugal, 2001/Direcção-Geral da Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia. Lisboa: DGS, 2003).

## 1.2 - Definição e Génese do Cancro da Mama

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve a partir das células da mama. Esta doença ocorre maioritariamente nas mulheres, mas pode ocorrer também no homem, embora muito raramente (*American Cancer Society*, 1998). Devido a uma prevalência muito elevada e à sua severidade, o cancro da mama é um problema de especial importância. Esta é uma doença extremamente heterogénea; o que leva a crer que a sua etiologia é provavelmente multifactorial, incluindo factores genéticos herdados e adquiridos. A interacção destes factores, pode dar origem a malignidade invasora que certamente conduz a uma variedade de alterações genéticas, produzindo variações de comportamento biológico de um paciente para outro. Estas diferenças causam uma ampla série de situações clínicas que tornam impossível a generalização de questões acerca do comportamento do cancro da mama (Carlson & Stockdale, 1988).

De uma perspectiva imunológica, as células do cancro podem ser vistas como células que se alteraram e escaparam aos mecanismos normais de regulação do crescimento (Colditz, 2005). Num animal maturo é mantido um balanço entre a renovação e a morte celular na maior parte dos órgãos e tecidos. Em circunstâncias normais, a produção de novas células é regulada, para que o número de determinado tipo de células se mantenha constante. No entanto, em algumas circunstâncias, as células deixam de responder aos mecanismos de controlo de crescimento, dando origem a clones que podem expandir-se atingindo tamanhos consideráveis e produzindo um tumor ou neoplasia (Hayes, 1995).

O ritmo a que as células se dividem é conhecido pelo seu tempo de duplicação, ou seja, o tempo que cada célula singular leva para se duplicar em duas células, resultando no dobro, o número de células que constituem o tumor (Ricks, 2005). Segundo o mesmo autor, o tempo de duplicação celular difere de um cancro para outro. Um tumor de crescimento rápido pode duplicar o seu número de células entre uma e quatro semanas, enquanto um tumor de crescimento lento pode levar cerca de seis meses a duplicar-se. Este processo continua durante meses ou anos, até que uma massa seja detectada, tecnicamente chamada de tumor. O leque de tempo para a duplicação dos vários tipos de cancro de mama situa-se entre os 23 e os 209 dias (Van Noorden et al., 1998).

Um tumor que continua a crescer e torna-se progressivamente invasor, é considerado maligno. O termo *cancro* refere-se especificamente ao tumor maligno.

Adicionalmente ao crescimento descontrolado, os tumores malignos exibem metástases; neste processo, pequenos grupos de células cancerosas deslocam-se de um tumor, invadem o sangue ou os vasos linfáticos e são transportados para outros tecidos onde continuam a proliferar. Mesmo em tipos específicos de cancro, como o cancro da mama, alguns tumores em virtude da sua constituição genética, têm uma maior propensão para formar metástases do que outros (Ricks, 2005).

Os tumores malignos são classificados de acordo com a origem embrionária do tecido, do qual o tumor deriva. Os *carcinomas* são tumores provenientes do tecido endodermal ou ectodermal, como por exemplo a pele. A maioria dos cancros de mama são carcinomas. Os *sarcomas*, que surgem menos frequentemente, são provenientes dos tecidos de conexão como por exemplo, ossos, gordura e cartilagens. As *leucemias* e *linfomas* são tumores das células hematopoiéticas da medula óssea. As leucemias proliferam através de células singulares, enquanto os linfomas tendem a desenvolver-se como as massas dos tumores (Kubi, 1992).

A indução da transformação maligna através dos carcinógenos físicos ou químicos, parece envolver vários passos e pelo menos duas fases distintas: iniciação e promoção. A iniciação envolve a transformação do genoma, mas em si próprio não conduz à transformação maligna. Após a iniciação, os promotores estimulam a divisão celular originando a transformação maligna. O desenvolvimento de uma célula normal numa célula cancerosa, é considerado um processo de múltiplas fases de evolução clonal, conduzidas por uma série de mutações somáticas que progressivamente transformam uma célula normal em pré-cancerosa que finalmente atinge o estado canceroso (Kubi, 1992).

Os estudos acerca do cancro da mama, têm sido dominados por uma de duas escolas de pensamento. Durante os primeiros três quartos do século XX, muitos médicos assumiam que o cancro da mama tinha origem no epitélio da mama, mantendo-se localizado durante um determinado período de tempo e depois propagando-se de uma maneira ordenada para os alvos mais próximos, como a pele e os nódulos linfáticos e, finalmente para os órgãos mais distantes. Esta ideia conduziu ao desenvolvimento de terapias locais muito agressivas, como por exemplo a mastectomia radical e a terapia através de radiações, como medida complementar à mastectomia (Hayes, 1995). Mais tarde, demonstrou-se que embora a terapia local intensa diminuísse o risco de recorrência local, não diminuía a recorrência da doença em locais mais distantes, nem aumentava a taxa de sobrevivência. Segundo o mesmo autor, estes resultados

originaram uma segunda teoria “*teoria sistémica da propagação do cancro da mama*” em que se defende que o cancro da mama, durante o seu curso, forma metástases muito prematuramente. De acordo com esta teoria muitos doentes recentemente diagnosticados com cancro da mama, têm conjuntamente micro-metástases espalhadas no organismo. Segundo a mesma teoria, o envolvimento dos nódulos linfáticos da região afectada, serve como um marco para as metástases distantes e, não como uma barreira para estas. Esta teoria advoga que a terapia local terá pouco ou nenhum efeito ao nível da sobrevivência, visto que a doença, na altura do diagnóstico, apresenta-se de forma sistémica.

Na verdade, devido à heterogeneidade do cancro da mama, ambas as teorias estão parcialmente correctas. De facto, em alguns pacientes o cancro da mama mantém-se circunscrito durante um período do seu desenvolvimento natural, antes de formar metástases, encontrando-se confinado aos gânglios linfáticos da região afectada. A terapia local parece ser suficiente para curar a doença quando está nesta fase. No entanto, muitos outros doentes não conseguem curar-se apenas com a terapia local, mesmo quando são diagnosticados prematuramente e, nestes casos, parecem beneficiar mais de uma terapia sistémica (Hayes, 1995).

Outras teorias explicativas estão ligadas ao aparente padrão hereditário do cancro da mama, o que conduziu a investigações acerca das alterações genéticas que podem ocorrer em doentes que desenvolvem esta doença. Numa das investigações, tentou-se associar o desenvolvimento do cancro da mama em famílias de alto risco com a manifestação de certos padrões genéticos polimorfos localizados. Enquanto que outra investigação consistiu na identificação de alguns genes que podem ser responsáveis pelo desenvolvimento do cancro. Estes “oncogenes” podem produzir tumores “in vitro” e podem ser detectados, muito frequentemente, nos tecidos com cancro numa fase muito primitiva da doença. Na sua grande maioria, os oncogenes são derivados de genes de células normais, designados de proto-oncogenes, que foram alterados e que, por isso, funcionam de uma forma anormal causando transformações malignas nas células (Hayes, 1995). Os oncogenes podem ser dominantes ou recessivos. Os proto-oncogenes dominantes normalmente encontram-se relacionados com a estimulação do crescimento das células e/ou inibindo a diferenciação e, a sua função é regulada para assegurar o crescimento restrito no local apropriado. O funcionamento destes genes é alterado, através de mutações em certos locais críticos, deixando de estar sujeitos aos

processos normais de controlo. Os oncogenes dominantes no cancro da mama são o HER-2/*neu* ou o gene *c-erbB2*.

Os proto-oncogenes recessivos normalmente funcionam como supressores do crescimento ou como estimuladores da diferenciação. Mutações em locais críticos destes genes dão origem à constituição de uma actividade diferente do crescimento normal dos genes, resultando numa proliferação sem restrições ou sem diferenciação. É importante referir que ambos alelos de um oncogene recessivo têm de ser alterados, para produzir transformação. A primeira alteração pode ser uma alteração somática herdada, tal como acontece em certos tipos de cancro familiares, ou as duas alterações podem ocorrer aleatoriamente após o nascimento, no tecido onde o cancro tem a sua origem (Hayes, 1995).

Os resultados destes estudos não significam que o cancro da mama é uma doença exclusivamente hereditária. De facto, existem dados que sugerem que os factores exógenos podem ser tão importantes como as causas genéticas.

É provável que a génese do cancro da mama seja multifactorial, constituído por componentes, genéticos, metabólicos e ambientais. Um modelo compreensivo pode incluir uma susceptibilidade genética inata para o desenvolvimento do cancro da mama (por exemplo ter um ou mais genes recessivos anormais) que juntamente com um factor ambiental (por exemplo, dieta pouco saudável) conduz ao desenvolvimento de um clone maligno das células. O subsequente crescimento descontrolado, a invasão e, as metástases podem ser o resultado da exposição a outros factores que não são “oncogénicos”, em si, mas que promovem estes comportamentos em células que já se encontram alteradas. Isto pode incluir substâncias com o potencial de estimular o crescimento, como o estrógeno. Também tem sido especulado que uma variedade de mecanismos “anti-oncogénicos” se desenvolveu para proteger contra a evolução de malignidade, através da eliminação das células transformadas. Se, de facto, este mecanismo existe, então o desenvolvimento do cancro da mama invasor e metástico deve incluir passos que o fazem escapar a este controlo inato (Willett, 1989).

### **1.3 - Tipos de Cancro da Mama**

Compreender algumas palavras-chave usadas para descrever tipos diferentes de cancro da mama, é importante, porque existem implicações diferentes ao nível do

prognóstico e das opções de tratamento, consoante o tipo de cancro. Embora anteriormente tenha sido discutida como uma doença singular, actualmente o cancro comporta um grupo diverso de lesões que diferem na sua aparência microscópica e comportamento biológico.

Os sintomas clássicos, de aviso do cancro da mama são: um caroço persistente, espessamento, inchaço, enfraquecimento, irritação da pele ou descamação, distorção do contorno da mama e, retracção do mamilo (Nettles-Carlson, 1995). Mais de 95% do tumor da mama maligno tem origem nos elementos do epitélio e são classificados como carcinomas (ou especificamente, adenocarcinomas). Os carcinomas da mama podem ser divididos em dois grupos principais: não invasores (*in situ*), nos quais as células do tumor se mantêm confinadas aos canais ou lóbulos e não revelam evidencia microscópica de invasão do estroma circundante e, invasores, caracterizados por células do tumor que invadem o estroma da mama (Schnitt, 1995). As lesões não invasoras são de dois tipos: *carcinoma in situ* e *carcinoma Lobular in situ*. Estes dois tipos de lesão diferem nas suas características clínicas, morfologia e comportamento biológico. Seguidamente é apresentada uma selecção dos tipos de cancro de mama mais comuns, segundo a *American Cancer Society* (1998).

*Carcinoma Ductal in situ (DCIS)*: este é o tipo de cancro de mama não invasor, mais comum e é a forma mais primitiva de cancro da mama. Existem células do cancro dentro dos canais da mama, mas não se propagam através das paredes dos canais para o restante tecido que constitui a mama. A melhor forma de diagnosticar o DCIS é através da mamografia e o grau do DCIS ajuda a predizer se este se pode tornar num cancro invasor. Perto de 100% das mulheres diagnosticadas neste estágio precoce da doença podem ser curadas. O tipo de DCIS, por vezes, também é utilizado para tomar decisões acerca do tratamento.

*Carcinoma Lobular in situ (LCIS)*: pode não ser um tipo de cancro verdadeiro, ou seja, é um tipo de cancro não invasor, ao qual também se dá o nome de neoplasia lobular. Este tipo de cancro tem origem nas glândulas produtoras de leite, mas não penetra através das paredes dos lóbulos. Por vezes, este tipo de cancro é classificado como o *estádio 0* do cancro da mama, embora muitos investigadores acreditem que o LCIS, em si, normalmente não se torna num cancro invasor. No entanto, as mulheres com esta condição têm um risco elevado de desenvolver um cancro da mama invasor na mesma mama ou na mama oposta. Por este motivo, é importante que as mulheres com LCIS sejam examinadas duas ou três vezes por ano e que efectuem mamografias anuais.

*Adenocarcinoma*: é um tipo geral de carcinoma que tem o seu início nos tecidos glandulares em qualquer parte do corpo. Os adenocarcinomas dividem-se em:

*Carcinoma Ductal Invasivo (IDC)*: tem início nos canais do leite. Este cancro atravessa as paredes dos canais e invade o tecido da mama. Atingindo este ponto, o cancro tem o potencial de criar metástases ou de se propagar a outras partes do corpo através do sistema linfático e da corrente sanguínea. Este tipo de cancro contribui para 80% do cancro de mama. Num exame microscópico, este tipo de cancro está dividido em três graus baseado numa combinação de características arquitectónicas e citológicas: bem diferenciado (grau I) moderadamente diferenciado (grau II) e pouco diferenciado (grau III).

*Carcinoma Lobular Invasivo (ILC)*: o ILC tem início nas glândulas de produção do leite. À semelhança do IDC, este cancro tem o potencial de se propagar a qualquer parte do corpo. Cerca de 10% a 15% do cancro de mama invasor são carcinomas dos lóbulos. Este tipo de cancro pode ser mais difícil de detectar através da mamografia, do que o IDC.

*Carcinoma Medular*: este tipo especial de tumor de infiltração tem uma fronteira bem definida entre o tecido do tumor e o tecido normal. Ele contribui para cerca de 55% do cancro da mama. O prognóstico para este tipo de cancro é melhor do que para outro tipo de cancros invasores.

*Carcinoma Mucinoso*: este é um tipo raro de cancro invasor e é formado pela produção de mucos das células cancerígenas. O prognóstico para este tipo de cancro é mais favorável do que para os outros tipos de cancro invasores.

*Carcinoma Tubular*: contribui para cerca de 2% de todos os cancros da mama, sendo um tipo especial de carcinoma invasor da mama. Tem um prognóstico melhor do que os carcinomas usuais de infiltração dos canais ou dos lóbulos.

Existem outros tipos de cancro da mama mais raros: é o caso do *Cancro da Mama Inflamatório*, um tipo de cancro invasor que contribui em apenas 1% para todos os tipos de cancro, este tipo de cancro é muito agressivo e apresenta um desenvolvimento muito rápido; a *Doença de Paget do Mamilo*, um tipo muito raro que ocorre em apenas 1% dos casos; o *Tumor Filoide*, usualmente benigno, que em raras ocasiões pode ser maligno (com potencial para formar metástases). Outra modalidade de cancro da mama, é o cancro da mama no homem. É muito raro, menos de 1 por cento de todos os cancros da mama e menos de 1 por cento de todas as doenças malignas que afectam o homem (Ricks, 2005). Manifesta-se da mesma forma que na

mulher, geralmente através do desenvolvimento de uma massa. Geralmente, o cancro da mama no homem é detectado em estádios mais avançados porque os homens não examinam regularmente a mama e não fazem mamografias regulares.

#### **1.4 - Classificação do Cancro da Mama em Estádios**

Para além do conhecimento acerca dos tipos de cancro, também é importante a sua classificação em estádios pois o estágio de um cancro é um factor essencial para seleccionar o tipo de tratamento a seguir, bem como para a avaliação dos resultados emergentes dos diferentes regimes de tratamento. O sistema de classificação da *American Joint Committee on Cancer* é conhecido pelo sistema TNM e, desde a sua criação em 1959, este sistema de classificação tem sido sujeito a revisões periódicas que reflectem os avanços na compreensão do cancro (Singletary et al., 2003). A letra T, seguida por um número de 0 a 4, descreve o tamanho do tumor e propagação à pele ou às paredes do peito por baixo da mama. Os números T elevados indicam um tumor grande e/ou uma propagação extensa para os tecidos próximos à mama. A letra N, seguida de um número de 0 a 3, indica ou não se o cancro se propagou aos nódulos linfáticos próximos da mama e, se sim, se os nódulos afectados estão ou não fixados a outras estruturas por baixo do braço: N1 significa que o cancro se propagou, de um a três nódulos linfáticos, N2 significa que mais de três e menos de dez nódulos se encontram afectados, N3 refere-se ao facto do cancro se ter propagado a 10 ou mais nódulos linfáticos (Bergh et al., 2007). A letra M, seguida de 0 ou 1, indica se o cancro se propagou, ou não, a órgãos mais distantes (por exemplo pulmões ou ossos) ou aos nódulos linfáticos que não estão perto da mama, como aqueles que se encontram por cima da clavícula. Uma vez determinadas estas categorias numa doente, esta informação é combinada num processo chamado “agrupamento por estágio”, para determinar o estágio da doença. Os estádios vão de 0 (estádio menos sério ou mais primitivo da doença) a IV (o estágio mais sério ou avançado da doença).

Relativamente à classificação da doença em estádios e de acordo com Singletary e col. (2003) e Bergh e col. (2007) temos: Estádio 0, diz respeito ao *carcinoma ductal in situ*, ou ao *carcinoma lobular in situ*, ou ainda à *doença de paget* sem tumor; estágio I, o tumor tem menos de 2 cm de diâmetro e parece não se ter propagado para além da mama; estágio IIA, O tumor tem mais de 2 cm e menos de 5 cm de diâmetro e/ou



propagou-se aos nódulos linfáticos por baixo do braço, no mesmo lado da mama com cancro (este estágio, os nódulos linfáticos não estão presos um ao outro ou aos tecidos circundantes); IIB, o tumor tem entre 2 a 5 cm e nódulos linfáticos por baixo do braço do lado da mama com cancro ou tem mais de 5 cm e não apresenta o envolvimento de nódulos linfáticos; no estágio IIIA, o tumor tem mais de 5 cm de diâmetro ou propagou-se aos nódulos linfáticos que se encontram presos um ao outro ou aos tecidos circundantes, neste estágio também poderá encontrar-se uma situação de ausência de tumor (T0) mas a presença de nódulos linfáticos afectados (N2), o estágio IIIB caracteriza-se por um tumor que independentemente do tamanho se propagou às paredes do peito, com a presença ou não de nódulos linfáticos afectados, no estágio IIIC estão incluídos os cancros da mama de qualquer tamanho que se tenham propagado à pele, à parede do peito, ou aos nódulos linfáticos mamários internos (localizados debaixo da mama e dentro do peito); no estágio IV, o cancro, independentemente do seu tamanho, deu origem a metástases em órgãos distantes, como os ossos ou pulmões, ou nos nódulos linfáticos que não estão próximo da mama.

Mulheres com tumores no estágio I têm aproximadamente 80% de possibilidade de sobrevivência de 10 anos, sem manifestação da doença, comparativamente com 60% no estágio II, 40% de mulheres com o estágio III e, menos de 10% de mulheres com o estágio IV da doença (Yeatman & Bland, 1991).

De uma forma geral, existe acordo quanto aos indicadores mais importantes de prognóstico para o cancro da mama, apesar de ainda não existirem certezas a este nível, algumas associações favoráveis a um bom prognóstico, podem ser: um tumor pequeno, a ausência de nódulos palpáveis, a ausência de invasão patológica dos nódulos linfáticos axilares e, ausência de invasão linfática intra-tumor. Uma boa diferenciação dos tecidos, níveis altos de receptor estrogénico e níveis baixos de crescimento do tumor também se encontram favoravelmente associados a um prognóstico positivo (Hayes, 1995).

## **1.5 - Factores de Risco Associados ao Cancro da Mama**

Neste ponto procura-se salientar de forma breve alguns dos factores de risco que são mais frequentemente associados ao cancro da mama. Existem pelo menos duas razões para identificar quais os membros da população que estão em risco de contrair

determinada doença. Primeiro, se o tratamento da doença for mais bem sucedido quando administrado numa fase precoce do seu curso, do que mais tarde, então os esforços devem focar-se nos indivíduos mais susceptíveis de desenvolver essa doença. Segundo, a informação acerca dos factores de risco identificados, podem providenciar esclarecimento acerca da patogénese da doença, levando a uma pesquisa mais produtiva com o intuito de melhorar a prevenção e tratamento (Hayes & Schnitt, 1995).

Segundo Hayes e Schnitt (1995), dos factores de risco identificáveis para o cancro da mama, os mais importantes parecem ser a idade e o sexo, não sendo susceptíveis de modificação através de uma alteração comportamental. Contudo, a idade em si, não causa a doença. Este risco surge dos danos que são provocados no ADN, ao longo da vida. Existem outros factores de risco, para além dos anteriores que têm sido identificados, mas que contribuem apenas para uma pequena percentagem de doentes com cancro da mama. Estes factores podem ser divididos em factores de risco alto, moderado ou baixo, comparativamente a indivíduos que não possuem esse factor.

Os factores identificados como sendo de alto risco, são: ser mulher; ter idade superior a 50 anos (90% do cancro da mama ocorre em mulheres com mais de 40 anos); ter nascido na América do Norte e Europa; ter história anterior de cancro da mama (o cancro em uma das mamas aumenta o risco de desenvolver a doença na mama oposta); história familiar de cancro da mama bilateral (mãe, irmã ou filha) ou síndrome familiar de cancro; e proliferação atípica de doença benigna da mama, especialmente se tiver história familiar (McPherson, Steel & Dixon, 2000). Estes factores aumentam, pelo menos, em quatro vezes a probabilidade de desenvolver a doença, se compararmos com pessoas que não têm estes factores; porém existem outras posições quanto aos factores de alto risco, de acordo com Madigan e col. (1995) os factores bem estabelecidos são ter o primeiro filho numa idade tardia, não ter filhos e, ter um familiar em primeiro grau com cancro da mama. Para outros autores, possuir algum parente em primeiro grau com história de cancro da mama (mãe, irmã ou filha) constitui um factor de risco moderado. Outros factores identificados como sendo de risco moderado são: pertencer a uma classe social elevada; ter a primeira gravidez depois dos 30 anos; obesidade pós menopausa; história pessoal de carcinoma nos ovários ou útero; e proliferação de doença benigna da mama, constituem factores de risco moderado. Estes representam uma probabilidade aumentada de desenvolver a doença, entre duas a quatro vezes, em comparação com pessoas que não apresentam estes factores. Por último, como factores de risco baixo encontra-se o consumo de álcool; a menarca antes dos 12 anos; levantam-se ainda

algumas dúvidas quanto à contribuição que uma terapia de substituição hormonal possa ter para esta doença bem como a utilização de contraceptivos orais e a dieta. Estes factores constituem um risco de uma ou duas vezes mais probabilidade de desenvolver a doença comparativamente a pessoas sem estes factores (Hayes & Schnitt, 1995). É de salientar a posição de Colditz (2005), para quem, o efeito de alguns factores de risco varia com a idade (ex: o índice de massa corporal antes e após a menopausa).

### **1.5.1 - Idade, factores genéticos e reprodutivos**

De todos os factores de risco que possam estar relacionados com o cancro da mama, o mais significativo é a idade. A incidência do cancro da mama aumenta rapidamente depois que a mulher entra nos 40 anos, os níveis estabilizam entre os 45 e 55 anos e, depois continuam a progredir a um nível gradual até aos 85 anos. Setenta e cinco por cento de todos os casos de cancro da mama ocorrem em doentes com 50 anos de idade ou mais velhas (Ricks, 2005). O aumento da taxa de incidência do cancro da mama após os 40 anos, sugere o envolvimento das hormonas reprodutoras, na etiologia deste tipo de cancro, visto que os cancros que não estão dependentes de hormonas não demonstram esta alteração ao nível da incidência, por altura da menopausa (Kelsey & Horn-Ross, 1993). Colditz (2005), baseou os seus estudos acerca da incidência do cancro da mama, num modelo desenvolvido por Pike em 1983. Este modelo baseia-se no conceito de que o envelhecimento do tecido da mama está na origem da doença. Segundo o autor, a acumulação de danos na divisão celular e molecular são o caminho que conduz ao cancro da mama.

Associado à idade temos os factores reprodutivos e hormonais que influenciam a incidência do cancro da mama, têm sido estudados desde há muitos anos. No entanto, a compreensão do seu papel na etiologia desta doença está longe de se encontrar completa. As mulheres cuja menopausa ocorre antes dos 45 anos têm risco menor de desenvolverem cancro da mama, do que as mulheres em que a menopausa ocorre depois dos 55 anos. Segundo Colditz (2005), esta diferença de 10 anos (comparar uma mulher com menopausa aos 45 anos e uma com menopausa aos 55 anos), reduz o risco da doença em 44%. Outro factor que aparece aumentar o risco da doença quando associado à menopausa é a obesidade; assim, as mulheres na menopausa e obesas têm um risco mais elevado de ter cancro da mama, do que as mulheres não obesas. Segundo o mesmo autor, as mulheres que têm o nascimento do primeiro filho depois

dos 35 anos, parecem ter um risco mais elevado de desenvolver cancro da mama, do que as mulheres que não têm filhos. Para este autor, a idade em qualquer dos nascimentos, após o primeiro, confere pouca ou nenhuma protecção contra esta doença. Além disso, os efeitos protectores de uma idade mais jovem no primeiro nascimento parecem encontrar-se restritos a uma gravidez completa. Desde há mais de 200 anos que uma baixa paridade, tem sido suspeita de constituir um factor de risco para o cancro da mama. Segundo Tomatis (1990), aquelas mulheres em que o primeiro nascimento ocorre antes dos 20 anos tem cerca de metade do risco de ter cancro da mama, do que as mulheres que nunca tiveram filhos ou que atrasaram a sua primeira gravidez até aos 30 anos ou mais tarde. Uma posição diferente é a de Colditz (2005), defendendo que o espaço entre os nascimentos encontra-se relacionado com a redução do risco; quanto mais próximos os nascimentos, menor é o risco. Outro factor frequentemente reconhecido como um factor de risco para o cancro da mama é uma menarca precoce. Alguns estudos, referidos por Tomatis (1990), revelaram uma diminuição de risco, aproximadamente de 20% resultante de cada ano em que a menarca é retardada; para Colditz (2005), uma diferença de 4 anos na idade da menarca de 11 para 15 anos permite uma redução de 30% no risco do cancro da mama. Segundo este autor, apesar de não ser possível intervir para promover alterações na idade da menarca, as evidências indicam que a actividade física e a dieta podem afectar a idade da menarca. A actual precocidade na idade de menarca não tem uma longa tradição na história dos países industrializados.

Pode ser estabelecida uma relação entre o estrogéneo, a idade e o risco de cancro de mama. Segundo Ricks (2005), o papel do estrogéneo no risco de desenvolvimento do cancro da mama resume-se à questão “tempo”. Segundo a autora, quanto mais tempo a pessoa se encontrar exposta a esta hormona, maior o risco de desenvolver cancro da mama. O incremento do risco é evidente em mulheres que começaram o seu ciclo menstrual antes dos 12 anos e para aquelas em que a menopausa se iniciou depois dos 55 anos. Apesar do estrogéneo ser importante no ciclo mensal, pode ter efeitos negativos nos tecidos da mama com o decorrer do tempo. Mensalmente, a mama da mulher responde aos níveis de estrogéneo presentes na primeira metade do ciclo e à progesterona na segunda metade. O estrogéneo no sangue dirige-se ao núcleo das células da mama e do útero ordenando a regulação do crescimento e divisão celular. Dá-se, assim, uma estimulação repetitiva do tecido. Com o decorrer dos anos existe a possibilidade de ocorrer uma mutação. Colditz (2004) conduziu um estudo para avaliar

os factores de risco do cancro da mama de acordo com os receptores de estrogéneo e de progesterona. Segundo o autor, os factores de risco e a incidência do cancro da mama difere de acordo com o estatuto dos receptores. Assim, uma estimativa ajustada dos factores de risco para o cancro da mama deve ser dividida de acordo com o estatuto dos receptores de estrogéneo e de progesterona do tumor.

O início precoce da menarca ou uma menopausa tardia não são as duas únicas formas de uma mulher estar exposta ao estrogéneo. Esperar para depois dos 30 anos para ter filhos ou nunca os ter, são outras formas. (Durante a gravidez o ciclo menstrual cessa e, a actividade do estrogéneo no corpo é muito mais concentrada).

Segundo Mettlin (1992), existem vários estudos que mostram que as doentes com cancro da mama referem mais história familiar desta doença do que outros doentes. As mulheres que herdaram uma predisposição genética para ter cancro da mama, não só são diagnosticadas em idades mais jovens como tendem a ter tumores mais agressivos (que perderam os receptores hormonais que se encontram na superfície das células), o que torna a doença mais difícil de tratar (King et al., 2003). Os genes BRCA1 e BRCA2, quando sofrem mutações, encontram-se associados aos cancros da mama e dos ovários que percorrem a família (Rahman & Stratton, 1998). No entanto, os cientistas suspeitam que existe mais genes associados ao cancro hereditário (Collins, 2000). O BRCA1 é um gene que se encontra no cromossoma 17 e o BRCA2 encontra-se no cromossoma 13. Quando saudáveis, os dois genes funcionam como supressores de tumores. Assim como já foi salientado, ter um familiar de primeiro grau com cancro da mama, tem sido constantemente relacionado com um aumento do risco de desenvolver esta doença. Quando a história familiar é de um cancro da mama que ocorre numa idade relativamente jovem ou cancro bilateral, o aumento do risco é substancialmente maior.

### **1.5.2 - Factores de estilo de vida**

O estabelecimento de uma relação entre a dieta e o desenvolvimento do cancro da mama foi proposto pela primeira vez nos anos 40 do século XX. Podemos considerar que este é um factor de risco moderado e modificável. As percentagens baixas de cancro da mama observadas no Japão e em outros países, em que a gordura constitui apenas 12% a 15% das calorias, fez levantar a questão acerca da possível ligação entre a dieta rica em gordura e o cancro da mama na mulher (Nettles-Carlson,

1995). No entanto, existem outros factores da dieta que podem hipoteticamente estar relacionados com a protecção contra o cancro da mama, são estes as vitaminas A, C e E combinadas com selénio um elemento que funciona como uma enzima antioxidante no metabolismo humano (Bakemeier, 1988). Uma revisão de estudos epidemiológicos destinados a verificar uma possível associação entre o cancro da mama e a ingestão de gordura, levada a cabo por Howe (1994), revelou que na sua totalidade os estudos epidemiológicos não indicam a existência de uma forte relação entre o consumo de gorduras e o risco de cancro da mama. No entanto os estudos ecológicos e os estudos de controlo de caso suportaram a existência de uma associação positiva, principalmente para a ingestão de gorduras saturadas em mulheres após a menopausa. Um estudo de Key e col. (2003), revelou que as mulheres pós-menopausa com um índice de massa corporal de trinta ou superior tinham uma concentração de estrogéneo no sangue entre 60 a 219 por cento acima das mulheres magras. Neste estudo, os investigadores concluíram que as mulheres obesas tinham 19% de risco de desenvolver cancro da mama. No entanto, quando os investigadores ajustaram os seus dados a tipos específicos de estrogéneo a circular no sangue, os 19% de risco diminuía para 2%. Estes dados revelam a necessidade de estudos adicionais que analisem as relações entre o excesso de peso e o cancro da mama. Sendo assim, para já, é possível estabelecer pelo menos uma associação frágil entre o consumo de gorduras e o risco de cancro da mama. Estudos mais recentes nesta área procuraram averiguar a interacção entre a dieta e os factores genéticos, pois acredita-se que esta interacção contribua para as diferenças inter-individuais no risco de cancro quando expostos a factores nutricionais com o potencial de promover ou proteger contra o cancro (Rock et al., 2000).

Para além dos componentes específicos da dieta, parece haver alguma indicação de que a obesidade, contribui como um factor de risco para o desenvolvimento do cancro da mama, tal como o consumo moderado de álcool iniciado antes dos 30 anos. Convém salientar, contudo, que não foi estabelecida nenhuma relação causal entre factores de risco comportamentais e o cancro da mama, do tipo que foi encontrado entre o consumo de tabaco e o cancro do pulmão. Ainda assim, com base nas evidências disponíveis, o consumo elevado de gordura e calorias parecem desempenhar um papel na susceptibilidade ao cancro da mama. As dietas ricas em vegetais e frutas provavelmente diminuem o risco do cancro da mama, enquanto o álcool e o excesso de peso provavelmente aumentam este risco, bem como o ganho de massa corporal após a menopausa (*Food, Nutrition and Prevention of Cancer*, 1997). Segundo a mesma fonte,

o tipo de dieta mais eficaz para prevenir o cancro da mama é uma dieta rica em vegetais e frutas, evitar o álcool e, a manutenção de um peso dentro dos níveis recomendados através do consumo de uma dieta apropriada e de actividade física regular durante a vida. As evidências sugerem que o consumo regular de café não afecta o risco de cancro da mama.

Investigadores de *Harvard School of Public Health* referiram em 1998 que as mulheres que consomem regularmente bebidas alcoólicas têm um risco elevado de ter cancro da mama quando comparadas com abstmias. Smith-Warner e col. (1998) conduziram um estudo em que foi analisado o consumo de álcool de 322,647 mulheres em vários países. Entre estas mulheres, mais de 4,300 desenvolveram cancro da mama. Os autores do estudo concluíram que as mulheres que bebem entre duas a cinco bebidas por dia têm 41% de risco de desenvolver cancro da mama invasivo, quando comparadas com mulheres abstmias. Segundo McDonald e col. (2004), a dose a idade e o tempo de consumo parecem estar associados ao cancro da mama. Os autores referem que o consumo recente de 7 ou mais bebidas por semana encontra-se associado ao aumento do risco de cancro da mama, os autores relatam, ainda, que o consumo numa idade mais avançada é mais importante do que um consumo antecedente. Porém, os cientistas ainda têm algumas dúvidas relativamente a este assunto. Levantam a hipótese de que alguns mecanismos biológicos possam interferir fazendo com que o álcool se constitua como factor de risco para o cancro da mama. Uma possibilidade é a de que o álcool pode influenciar a actividade das hormonas no corpo, particularmente o estrogéneo. O que está ainda por determinar é como o álcool conduz ao aumento dos níveis de estrogéneo, ou como é que o álcool previne a quebra de estrogéneo. Outro mecanismo plausível inclui o aumento da susceptibilidade das glândulas mamárias aos carcinogéneos e, um aumento do potencial para as células cancerígenas darem origem a metástases (Singletary & Gapstur, 2001). Enquanto estas questões continuarem por responder, de como o álcool influencia directamente o estrogéneo e, quais os mecanismos biológicos precisos, os cientistas preferem não considerar o álcool como um factor de risco elevado.

Para concluir acerca dos factores de risco e cancro da mama é importante referir que a grande vantagem de uma estratégia de intervenção para controlar o cancro, é a redução da sua incidência. No entanto, segundo Mettlin (1991), existem algumas dificuldades para uma intervenção ao nível dos factores de risco, no cancro da mama. Primeiro, nenhum dos factores de risco contribui para uma grande proporção da

incidência deste tipo de cancro. Segundo, seria necessário um longo período de tempo para que se reconhecessem os benefícios de uma intervenção deste tipo; muitos dos factores de risco para o cancro da mama, estão relacionados com acontecimentos de vida precoces que precedem o aparecimento da doença em várias décadas. Terceiro, vários dos factores de risco relacionados com o cancro da mama não são manipuláveis ou apresentam oportunidades limitadas de mudança (e.g. a história familiar, a raça, a idade). Outros factores de risco são, teoricamente, possíveis de modificar mas como fazem parte da cultura, uma alteração desses factores é certamente impraticável. Como exemplo desta situação pode ser apontado a idade que a mulher tem na sua primeira gravidez concluída. Em quarto lugar, deparamos com a inexistência de evidências fortes que justifiquem uma intervenção de prevenção ao nível dos factores de risco. De igual modo, ainda não existe conhecimento suficiente acerca das causas ambientais do cancro da mama para sugerir alterações de comportamento que conduzam à prevenção desta doença.

Uma posição diferente é defendida por Colditz (2005), que refere que uma possibilidade para diminuir a incidência do cancro da mama é focando na acumulação dos riscos. Principalmente no intervalo entre a menarca e a altura do primeiro nascimento. As pressões sociais para completar a educação e o estabelecimento de uma carreira antes do primeiro filho, são forças que exacerbam o risco do cancro da mama. Segundo este autor a prevenção do cancro da mama pode ser realizada através do aconselhamento dos profissionais de saúde, aconselhando acerca da dieta, da actividade física, do evitamento do ganho de peso, para diminuir o risco do cancro da mama bem como de outras doenças crónicas. O autor refere ainda que o ideal seria identificar as mulheres com alto risco de desenvolver cancro da mama e administrar-lhes quimioterapia preventiva. A nível da comunidade, o autor defende um conjunto de alterações no sentido da adopção da actividade física e acesso aos cuidados de saúde.

Os factores de risco para o cancro da mama são tão numerosos e a sua combinação tão variável que se torna difícil especificar um perfil que pudesse ser largamente aplicável como esforço para fazer alguns testes de despiste, em pessoas que pudessem ser mais susceptíveis à doença. Assim, com os conhecimentos disponíveis actualmente, não é seguro identificar um subgrupo de alto risco (outro para além da idade) no qual devem ser focados os exames de despiste do cancro da mama (Hayes & Schnitt, 1995). Também não é fácil traduzir os resultados das investigações epidemiológicas e estudos clínicos em formas de prevenção com sucesso. Certo é, que



o conhecimento acerca dos factores de risco e a percepção do risco pessoal são impulsionadores para a adopção de comportamentos para prevenir, detectar e gerir a doença (Washbrook, 2006).

## **1.6 - Diagnóstico do Cancro da Mama: História da Doente, Exame Físico, Mamografia e Biopsia**

Na avaliação da doente com cancro da mama tal como em outras doenças, deve ser feita uma história cuidadosa e um exame físico. Para o diagnóstico é importante incluir a história pessoal da doente bem como a história familiar de cancro da mama (dando especial atenção às parentes maternas em primeiro grau). Uma revisão meticulosa acerca de outras preocupações com a mama, bem como problemas médicos anteriores, devem ser tidos em consideração para planear a terapia a aplicar à doente, incluindo o procedimento cirúrgico e o tipo de anestesia a utilizar (Eberlein, 1995). A *American Cancer Society* recomenda que seja feito anualmente um *exame físico*, com início aos 40 anos e, *mamografias* em intervalos de um ou dois anos, entre os 40 e os 50 anos, levando as mulheres com mais de 50 anos a fazer *mamografias* anualmente (Stomper, 1995). Recomendações estas que, também, são seguidas em Portugal, pelo sistema nacional de saúde.

O *exame físico* serve como complemento para a *mamografia*. O *exame físico* tem por objectivo localizar algum caroço ou alguma área suspeita e verificar a sua textura, tamanho e a sua relação com a pele e músculos do peito. É importante salientar que em mulheres após a menopausa, a avaliação física patológica de uma massa através da apalpação, é requerida para o diagnóstico definitivo, mesmo quando o resultado da mamografia é negativo. Os cancros palpáveis podem ser detectados através de mamografias normais. Mais de 90% de todos os cancros de mama que são identificados anualmente através de testes de despistagem com mamografia e *exame físico*, são identificados através da mamografia. Estudos levados a cabo pelo centro para controlo de doenças e prevenção revelaram que entre as mulheres que façam regularmente exames de despistagem, a mamografia é capaz de detectar um tumor 1,7 anos antes de poder ser sentida pela mão. Um caroço palpável, encontrado pelo médico ou pela doente, deve ser sujeito a *biopsia* mesmo na presença de mamografias negativas, pois as mamografias apresentam uma taxa de 10% a 15% de falsos-negativos.

As biopsias podem ser cirúrgicas ou não cirúrgicas. O seu objectivo é independente da forma que são realizadas e consiste na recolha de amostras de tecido da lesão. Esta amostra é posteriormente analisada para determinar a presença de células malignas. Muitos médicos preferem biopsias de agulha (não cirúrgicas) e tendem a ordenar biopsias cirúrgicas apenas quando a anomalia é mais difícil de alcançar ou quando é necessário uma amostra maior de tecido (Smith et al., 1999). A técnica a escolher para cada paciente depende de diversas variáveis como o tamanho da massa e a localização.

O diagnóstico final é acompanhado por um exame microscópico do tecido da mama recolhido na *biopsia* (a única forma de se certificar de que o cancro está presente), que permite identificar o tipo histológico do cancro e permite designar a classe, de indiferenciado a bem diferenciado. O propósito em estabelecer o grau da doença é determinar a sua extensão e o prognóstico da progressão do tumor, de forma a poder instituir a terapia adequada (Nettles-Carlson, 1995).

## **1.7 – Tratamento**

### **1.7.1 - Cirurgia de conservação e mastectomia**

O tratamento do cancro da mama é multidisciplinar. A cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a terapia hormonal são modalidades de tratamento possíveis para todas as pacientes com cancro da mama (Benda et al., 2003). Para cada paciente, deve ser discutida a probabilidade dos riscos e dos benefícios em cada modalidade de tratamento.

Até o início dos anos 70, as mulheres que descobriam um caroço na mama, deparavam-se apenas com um tipo de procedimento: a biopsia e, se indicado, a mastectomia radical, geralmente incluída num procedimento único. Consequentemente, a mulher só descobria que lhe tinha sido removida a mama, apenas quando acordava da cirurgia. Esta prática foi popularizada pelo cirurgião William Halsted, como sendo o tratamento de escolha para o cancro da mama, baseado na teoria de que a doença propaga-se localmente e através do sistema linfático (Benda et al., 2003). Actualmente, a mastectomia radical foi substituída por processos menos mutilantes, sendo possível remover menos quantidade de tecido e existindo a possibilidade de reconstrução da mama (Moyer & Salovey, 1996). Por exemplo, em 1990, recomendações do *National*

*Institute of Health* determinaram que para a maioria das mulheres com cancro da mama no estágio I ou II da doença, era preferível fazer uma extracção do tumor com dissecação axilar seguida de radioterapia, do que uma mastectomia.

A história do *tratamento de conservação* da mama ou tumorectomia, não tem mais do que uma geração (*American Cancer Society*, 2005). O objectivo deste procedimento é preservar uma aparência cosmética satisfatória, pois limita o volume de tecido mamário removido, limita a quantidade de pele retirada e, assegura uma boa hemóstase na medida em que são utilizadas incisões separadas para a mama e para a parte axilar. No entanto, os efeitos cosméticos deste tipo de cirurgia variam bastante de paciente para paciente. Numa mulher com a mama maior pode haver poucas alterações na aparência, se o tumor for pequeno. Os riscos do tratamento de conservação incluem infecção, hemorragias, deformação da mama, possível lesão do nervo torácico bem como a possibilidade de edema do braço após dissecação do nódulo. O tratamento para conservação da mama em estádios precoces da doença inclui uma combinação de uma *cirurgia de conservação* e de radioterapia. Segundo Benda e col. (2003), o tratamento de conservação da mama é um método apropriado de terapia primária para a maioria das mulheres com cancro da mama no estágio I ou II. Este tratamento é preferível porque a taxa de sobrevivência é equivalente à das mastectomizadas e tem a vantagem de conservar a mama (*American Cancer Society*, 2005).

*Mastectomia*, significa remover toda a mama e é uma forma de cirurgia usada frequentemente para o cancro da mama (*American Cancer Society*, 2005). A história desta cirurgia, é longa, remontando ao século XIX, quer nos Estados Unidos quer noutros países ocidentais. Contudo, as cirurgias realizadas actualmente não são como as do passado. Actualmente existe uma maior preocupação em conservar o corpo da paciente e a sua mobilidade. Existem dois tipos de mastectomia: a mastectomia radical modificada e a mastectomia total ou simples. O primeiro tipo de procedimento, geralmente, é aconselhado para tumores grandes, com ou sem o envolvimento de nódulos linfáticos; para cancro bilateral; para tumores múltiplos; para tumores singulares pequenos acompanhados de calcificações ou outras patologias involgares. Implica a remoção de toda a mama, alguns dos nódulos linfáticos e, o “forro” por cima dos músculos do peito. Os nódulos linfáticos sub claviculares, abaixo do pescoço, são deixados intactos. A mastectomia total, geralmente, é recomendada menos vezes e usualmente reserva-se para casos em que não é esperado que o cancro se estenda para além da mama. A mastectomia total ou simples envolve unicamente a remoção da

mama e em alguns casos alguns nódulos linfáticos, deixando ficar todo o tecido mamário ao longo do peito e por baixo dos braços. Este tipo de cirurgia é uma versão limitada da cirurgia radical modificada e utiliza-se para os tumores que têm pouca probabilidade de se expandir para além da mama.

As indicações para *mastectomia* dependem da preferência da doente, da difusão da doença, da contra-indicação médica à radioterapia, de uma gravidez, da antecipação de resultados cosméticos fracos e, da qualidade da terapia por radiação (*American Cancer Society*, 2005). Na mastectomia, em geral o mamilo e a auréola, devem ser suprimidos. Dependendo do nível da doença, nível I ou nível II, a dissecação axilar pode ser executada. A dissecação axilar total, no nível III da doença, geralmente não é efectuada no cancro da mama, visto que não permite uma melhor adequação neste grau da doença, nem previne a recorrência a nível axilar. Certamente aumentaria o risco de edema no braço, após a cirurgia. Esta complicação pode ser devastadora e torna-se ainda mais comum quando é feita uma dissecação axilar no nível III da doença, seguida de radioterapia axilar (Eberlein, 1995).

### **1.7.2 - Radioterapia**

A radioterapia pode ser utilizada para destruir células cancerígenas que permaneçam na mama, na parede do peito ou debaixo do braço, após a cirurgia, ou ainda para reduzir o tamanho do tumor, antes da cirurgia (*Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group*, 2000).

Actualmente parece ser racional o uso de radioterapia após a mastectomia, em doentes que apresentam um risco elevado de recorrência local da doença, por exemplo doentes com doença local avançada (Recht, 1995). A radioterapia ainda é sugerida a quase todas as pacientes que fizeram uma cirurgia de conservação da mama. A área tratada com radiação após a tumorectomia corresponde à área da cirurgia e foca-se no local onde o tumor cresceu.

Doentes com cancro da mama localmente avançado têm sido tratados apenas com radioterapia. Podem ser aplicadas doses muito altas de radioterapia e os resultados cosméticos costumam ser aceitáveis. No entanto, as taxas de insucesso após uma radioterapia radical encontram-se na ordem dos 25% a 50%, podendo ser mais elevada em doentes com cancro da mama inflamatório (Bartelink, 2001).

A radioterapia também pode ser utilizada em doentes com metástases, nestes casos com um papel paliativo. A sua aplicação mais comum é em metástases nos ossos

(Bartelink, 2001). A dor é totalmente ou substancialmente aliviada em 75% a 80% dos doentes que recebem radioterapia. O desenvolvimento de metástases a nível do SNC é um problema comum e, a radioterapia ajuda a aliviar os sintomas na maioria dos doentes; no entanto, o tempo médio de sobrevivência para doentes com metáteses no cérebro é menos de seis meses.

Alguns dos efeitos secundários da radioterapia, segundo Shapiro e Recht (2001) são a toxicidade cardíaca, cancros secundários, linfedemas e, fracturas das costelas.

Outro tipo de radioterapia é a braquiterapia. Este tipo de tratamento pode durar mais do que um mês ou apenas alguns dias (Nag et al., 2001). Esta é uma opção de tratamento importante para as pacientes com cancro da mama Vicini e col. (2002), com dados recentes a indicarem que nas fases menos severas da doença I/II este pode ser utilizado isoladamente, de forma segura, evitando os inconvenientes e toxicidade associados à radioterapia tradicional.

### **1.7.3 - Terapias sistémicas: quimioterapia e terapia hormonal**

A identificação de factores de risco e o uso de mamografias de despiste são concebidas para detectar o cancro, enquanto este se encontra confinado à mama (Tabar et al., 2001). Contudo, para um número substancial de doentes, o cancro já se encontra para além dos limites da mama e, as metástases já se encontram espalhadas em outros órgãos na altura em que o cancro da mama é detectado. Assim, apesar da terapia local ser importante, o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama com metástases, é crucial para doentes com este problema. Existem dois tipos de modalidades sistémicas eficazes para o tratamento do cancro da mama: A *quimioterapia*, que consiste em agentes cito tóxicos; e a *terapia hormonal*, que envolve o uso de agentes ou modalidades que alteram o meio endócrino e, assim, afectam o crescimento das células com tumor (Mauri, Pavlidis & Ioannidis, 2005). A quimioterapia e a terapia endócrina são eficazes para prevenir a recaída e prolongar a sobrevivência de pacientes recentemente diagnosticados com cancro e, em que exista evidência de micro-metástases mas em que não é detectada recorrência.

A *quimioterapia* actua através de agentes que interferem com os processos essenciais das células, conduzindo-as à morte (Hortobagyi, 1998), alguns agentes interferem com a reprodução de X. Nenhum dos agentes usados na quimioterapia é específico para as células com cancro, sendo todos tóxicos para as células normais. Como resultado, os efeitos secundários da quimioterapia são: supressão da medula

óssea, náusea e vômito, toxicidade neurológica, ganho de peso, falhas no funcionamento dos ovários, toxicidade a nível cardíaco, fadiga e diminuição da qualidade de vida e ainda disfunções a nível cognitivo (Shapiro & Recht, 2001). Os efeitos secundários variam de intensidade, de acordo com a droga usada, a dose e o método de administração.

No que refere ao prognóstico, a *quimioterapia adjuvante sistémica* providencia uma redução da recorrência e mortalidade (Shapiro & Recht, 2001). Foram identificados vários factores de prognóstico para calcular o risco de uma recaída, na altura em que é feito o diagnóstico inicial. Os doentes com doença metastática muito raramente ou nunca são curados da malignidade. Os doentes com cancro da mama localmente avançado (estádio IIIB) também têm um mau prognóstico. Felizmente, muitos doentes apresentam um cancro da mama no estágio I ou II e é para estes doentes que os factores de prognóstico assumem maior importância. O factor de prognóstico mais importante para estes doentes é a presença ou ausência de metástases nos nódulos linfáticos axilares (Hayes, 1995). No caso de tumores grandes ou de cancro da mama inflamatório, geralmente recomenda-se a *quimioterapia neoadjuvante*. Nestes casos a quimioterapia é realizada antes da cirurgia e, os estudos comprovam que tal terapia aumenta estatisticamente o número de pacientes a quem pode ser oferecida uma cirurgia de conservação (Bergh et al., 2007).

Muitas das células envolvidas no cancro da mama são sensíveis à *terapia hormonal*. Dois tipos de hormonas influenciam as células do cancro da mama: polipeptídeos e esteróides. Ambas têm efeitos estimuladores e inibitórios no crescimento das células. Uma quantidade mínima de cancros da mama apresenta estrógeno e proteínas receptoras de progesterona e, a viabilidade e crescimento das células parece ser dependente das hormonas.

A *terapia hormonal* é um tratamento adjuvante e embora, os seus mecanismos de acção ainda não tenham sido totalmente esclarecidos crê-se que a manipulação do meio ambiental hormonal influencia a divisão e viabilidade das células do cancro da mama que é dependente esteróides hormonais. Têm sido usados vários tipos de terapia hormonal (sendo o Tamoxifeno a mais utilizada). Os efeitos destas terapias parecem ser o resultado da eliminação da produção de estrogéneo ou do bloqueio dos efeitos do estrogéneo a nível celular. Alguns agentes podem exercer um efeito negativo na própria célula. Cerca de dois terços das mulheres diagnosticadas com cancro da mama são positivas para os receptores de hormonas, o que significa que têm um tipo de cancro

cujos crescimento é estimulado pelas hormonas de estrogénio e/ou progesterona. Esta condição torna as pacientes candidatas a utilização de drogas antiestrogéneas.

Ainda não é claro como é que as terapias sistémicas produzem os seus efeitos benéficos. Parece que para cada curso de quimioterapia uma fracção logarítmica constante de células é morta. Existem várias possibilidades em termos teóricos para que isto aconteça: o tumor pode ser sensível aos agentes usados e a continuação do tratamento com estes agentes pode levar à extinção do tumor; o tumor pode ser sensível durante um curto período de tempo mas, finalmente, as células podem tornar-se resistentes e o tumor cresce. Os doentes com muitas metástases detectadas podem responder à quimioterapia e à terapia hormonal, podendo beneficiar de uma redução dos sintomas relacionados com o tumor. No entanto, estes doentes raramente são curados da sua doença. A administração da terapia hormonal ou da quimioterapia a doentes em que não foram detectadas metástases dá-se pelo nome de *quimioterapia adjuvante*. As evidências sugerem que para os doentes que estão em risco de recorrência da doença, a administração da *quimioterapia adjuvante sistémica* é mais eficaz do que a administração da terapia na altura da recaída. Estudos levados a cabo pelo *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group* (1992) demonstraram que com a utilização da quimioterapia adjuvante sistémica não só a altura em que eventualmente ocorrerá a recaída é prorrogada, bem como existem menores probabilidades destes doentes virem a morrer de cancro da mama, comparativamente aos que não receberam esta terapia.

#### **1.7.4 - Consequências dos tratamentos**

Tanto a radioterapia como os tratamentos sistémicos anteriormente apontados têm efeitos secundários indesejáveis e difíceis de suportar do ponto de vista físico, psicológico e, social. Geralmente, estes tratamentos absorvem muito tempo e são física e emocionalmente extenuantes (Nettless-Carlson, 1995). Um dos efeitos devastadores a nível físico é o facto de os químicos e radiações usados para destruir as células cancerígenas também causarem danos nos tecidos saudáveis (Sheridan & Radmacher, 1992). Os efeitos secundários mais referidos pelas doentes, do ponto de vista físico, são a náusea, vómito e queda de cabelo (Burish, Carey, Krozely, & Greco, 1987; Kaklamani & Gradishar, 2005). Sendo que a perda do cabelo, de todos os efeitos secundários causados pelo tratamento, é o mais temido, podendo conduzir à depressão. A nível psicológico, os especialistas em saúde mental têm enfatizado que iniciar a quimioterapia é uma experiência causadora de ansiedade (Kaklamani & Gradishar, 2005) sendo que as

dificuldades sentidas pelas doentes se traduzem essencialmente em sintomatologia depressiva e desordens de ansiedade (Kissane et al., 2004). Segundo Miller e col. (2005) a depressão é frequentemente diagnosticada após a quimioterapia e, as suas revisões de alguns estudos permitiram-lhes afirmar que a sua prevalência varia entre 3% a 55% dependendo da população em estudo. Os autores referem, ainda, que os distúrbios de sono também são frequentes nestas mulheres, o que sugere um impacto a nível do funcionamento diário. Algumas limitações do funcionamento físico, podem contribuir para a depressão, através da perda da independência e da capacidade para realizar actividades sociais e profissionais usuais, bem como o isolamento social (Pinder et al., 1993). Os sintomas ansiosos podem resultar das incertezas acerca da eficácia dos tratamentos na cura da doença. A nível social, muitas mulheres que enfrentam este problema têm que abandonar temporariamente o seu trabalho, o que pode resultar numa redução da rede social de apoio.

Durante anos, as mulheres tratadas para o cancro da mama queixavam-se de um fenómeno chamado de “*chemo brain*”; descreviam-no como uma diminuição do funcionamento cognitivo (memória, capacidade de concentração). Estes sintomas começavam não muito tempo após o início dos ciclos de quimioterapia (Meyers et al., 2004). Apesar de muitos dos estudos que analisaram esta problemática terem sido realizados com doentes com cancro da mama, acredita-se que doentes tratados com quimioterapia para outras doenças também sofram com estes sintomas. Alguns estudos estimam que cerca de 40% das mulheres tratadas com quimioterapia, sejam afectadas por esta condição; no entanto, outros consideram que apenas 15% seja afectada (Tannock et al., 2004). Este fenómeno pode ser causado por múltiplos factores: a quimioterapia pode produzir alterações hormonais e, as alterações químicas podem ter efeitos profundos no funcionamento cerebral. Contudo, algumas questões continuam por explicar, como por exemplo porque é que algumas mulheres apresentam estes deficits a nível cognitivo e outras não. Um estudo realizado por Van Dam e col. (1998), revelou que o comprometimento da capacidade cognitiva ocorria quando as mulheres recebiam doses *standard* ou elevadas de quimioterapia. Outra análise conduzida por Meyers e col. (2004), sugeriu que os deficits a nível cognitivo poderiam estar presentes antes da quimioterapia ter início. Identicamente, Wefel e col. (2004), preocupados com o facto da maioria dos estudos nesta área apenas avaliarem o funcionamento cognitivo das pacientes após a quimioterapia, sem terem uma medida de *baseline* antes destes tratamentos, decidiram avaliar 84 mulheres com cancro da mama, a nível



neuropsicológico antes de receberem os tratamentos de quimioterapia. Os resultados levaram-nos a concluir que as dificuldades cognitivas, frequentemente, já se observavam antes da quimioterapia. Apesar desta informação não ser conclusiva, para perceber este fenómeno torna-se necessário outros estudos, com um design longitudinal que possam analisar as mudanças no funcionamento cognitivo ao longo do tempo, com medidas obtidas antes dos tratamentos, durante e quimioterapia e, após a quimioterapia para ajudar a determinar o efeito transitório ou não que este tratamento poderá ter a nível cognitivo. Nesse sentido, ainda, outro estudo revelou que os efeitos da quimioterapia a nível cognitivo tendem a desaparecer após o tratamento terminar (Tannock et al., 2004). O tipo de esquema de tratamento e a dose utilizada também pode ser relevante para ajudar a determinar os efeitos da quimioterapia a nível cognitivo. Brezden e col. (2000), procuraram comparar o funcionamento cognitivo de um grupo de mulheres com cancro da mama (n=31) a receber doses *standard* de quimioterapia com um grupo de controlo composto por pessoas saudáveis (n=36). Os resultados indicaram diferenças no funcionamento cognitivo entre os dois grupos, com as mulheres com cancro da mama e a realizar quimioterapia a exibirem um funcionamento mais pobre. Estas diferenças mantiveram-se quando controladas as variáveis idade, nível educacional e fase de menopausa. As diferenças também não eram causadas por diferenças significativas nos níveis de humor (POMS) entre os grupos.

A confirmarem-se os resultados apontados por estes estudos e segundo Brezden e col. (2000) e Miller e col. (2005), podem surgir implicações a nível do consentimento informado, na medida em que as mulheres devem estar informadas acerca dos efeitos negativos, devendo esta informação fazer parte do seu processo de tomada de decisão em relação aos tratamentos. Também seria desejável providenciar aconselhamento e suporte psicossocial para as mulheres que recebem quimioterapia.

## **1.8 - Recorrência**

Nada prepara a mulher para a possibilidade de recorrência da doença. Nada do que o médico possa dizer, nada do que os membros da rede de suporte social digam e nada do que a mulher pensou, até que isso tenha acontecido (Ricks, 2005). Uma recorrência tem impacto a vários níveis. Na verdade, é um cancro e deve ser tratado, na

sua generalidade, como um cancro inicial. No entanto, o seu impacto emocional é muito maior do que quando a mulher é diagnosticada pela primeira vez com a doença.

O cancro pode regressar sobre várias formas, *segundo primário*, recorrência local, recorrência regional e recorrência à distância. Quanto ao *segundo primário* e de acordo com os especialistas, ser diagnosticado pela segunda vez com um cancro não é considerado uma recorrência de cancro, isto porque a localização da doença é diferente, da anterior e porque, também, pode ter características patológicas que o tornam diferente do primeiro cancro. Na *recorrência local*, a recorrência ocorre na mesma mama ou no tecido da cicatriz que restou da mama que foi removida por mastectomia. A *recorrência regional*, geralmente refere-se ao regresso do cancro nos nódulos linfáticos, principalmente os que se encontram perto da mama que foi tratada previamente. A designação de *recorrência à distância*, é utilizada quando o cancro é detectado num local distante como os ossos, fígado ou outro local, é considerado uma metástase do cancro original.

O cancro regressa devido a vários factores, alguns dos quais ainda não se encontram totalmente definidos. Existem múltiplas variáveis que determinam a probabilidade de recorrência, contudo, é necessário considerar o tamanho do tumor, o estatuto dos nódulos linfáticos, o tipo de cancro da mama, entre outros factores. Num estudo prospectivo conduzido por Gordon e col. (1992), com 1 392 pacientes com cancro da mama, em que consideraram a relação entre a recorrência do cancro da mama e sobrevivência com a idade, receptores de estrogéneo, número de gânglios linfáticos positivos, obesidade, raça, estatuto socioeconómico e, tamanho do tumor na altura do diagnóstico. A amostra era constituída por 253 mulheres negras, 1 132 mulheres brancas e 7 de outras raças. Os resultados indicaram que um número mais elevado de gânglios linfáticos, um tumor de diâmetro maior, um nível socioeconómico mais baixo e, receptores de estrogéneo negativos, estavam relacionados com um tempo de sobrevivência menor. As pacientes, com um nível socioeconómico mais baixo, independentemente da raça, apresentaram maior probabilidade de ter uma recorrência e de morrer de cancro da mama.

### **Conclusão**

Esta revisão pretendia apresentar um panorama geral acerca do que é o cancro da mama, dos diversos factores de risco que têm sido associados a esta doença, bem como

as suas características e das diversas implicações a nível dos tratamentos e consequências dos mesmos. Neste ponto surgiram algumas questões que podem ser destacadas na medida em que poderiam ser alvo de estudos mais aprofundados na população portuguesa com cancro da mama. Nomeadamente, interessa perceber até que ponto é que as mulheres portuguesas entendem a informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde, quanto ao diagnóstico e aos tratamentos. Importaria perceber como é que as mulheres com cancro da mama fazem as suas opções quanto ao tipo de cirurgia e tratamentos, quando lhes é dada a possibilidade de escolha. E ainda, quais os efeitos que os planos de tratamento utilizados em quimioterapia, comparando-os com outros tipos de tratamento, têm ao nível do funcionamento cognitivo das mulheres portuguesas, caracterizadas por um nível socio-educacional baixo.

Do exposto, pode ser concluído que devido à sua magnitude, o cancro da mama assume um papel de especial relevância na saúde da mulher, em que a prevenção primária parece ser a forma mais eficaz de reduzir as consequências desta doença tanto a nível físico como psicossocial.

## **CAPÍTULO II**

---

### **Factores Psicossociais no Ajustamento ao Cancro da Mama**



A possível relação entre os factores psicossociais e o cancro da mama, mais especificamente o ajustamento ao diagnóstico, tratamento e evolução da doença continua a ser uma área de alguma controvérsia e debate, à qual dedicaremos o capítulo seguinte. Procurando ganhar mais *insight* acerca das consequências, que as sobreviventes desta doença têm que enfrentar.

Iniciaremos o capítulo com uma introdução à Psicologia Oncológica, porque é a partir deste sub capítulo que nos debruçaremos sobre as questões que unem a Psicologia à doença oncológica, mais em concreto, ao cancro da mama. Esta introdução à Psicologia Oncológica permite-nos situar e caracterizar o nosso domínio científico e de intervenção, isto é o psicossocial e o psico-biológico.

O capítulo prossegue com a caracterização do ajustamento psicossocial ao cancro enfatizando aquilo que será uma adaptação normativa a esta doença e que pode ser compreendido através do modelo proposto por Brennan (2001).

Nos pontos seguintes procura-se um entendimento acerca de como é que factores psicossociais, como os factores socio-demográficos, clínicos (variáveis da doença), e psicossociais (estado emocional, personalidade, *coping* e suporte social) poderão mediar o ajustamento psicológico e a progressão do cancro da mama.

## **2.1 - Psicologia Oncológica**

A Psicologia Oncológica refere-se ao estudo de duas dimensões do cancro (Holland & Gooen-Piels, 2003). A primeira dimensão - psicossocial - diz respeito à resposta psicológica dos pacientes à doença, nos vários estádios, bem como à resposta psicológica das suas famílias e cuidadores. A segunda dimensão - psico-biológica - contempla os factores psicológicos, comportamentais e sociais que influenciam o risco, detecção e sobrevivência de cancro. Segundo os autores previamente referidos, para apreender o conhecimento referente a ambas as dimensões é necessário recorrer a equipas multidisciplinares, compostas por médicos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e, religiosos; dando corpo a uma especialidade designada de Psico-Oncologia ou Psicologia Oncológica. Desta forma a Psicologia Oncológica assume o papel de apoiar os pacientes e respectivos familiares que se encontram em distress e ainda, servir como um recurso de aconselhamento psicossocial para os profissionais da oncologia (Holland & Gooen-Piels, 2003). Em última análise, o objectivo primordial

dos profissionais de Psico-Oncologia é garantir a qualidade de vida dos doentes com cancro.

A Psicologia Oncológica é considerada por alguns uma sub-especialidade da psicologia (Trill, 2001), enquanto outros (Holland & Gooen-Piels, 2003) consideram-na uma sub-especialidade da Oncologia. Inequívoco é o desenvolvimento relativamente recente da Psicologia Oncológica, com início em meados dos anos 70. O seu desenvolvimento tardio deveu-se às atitudes negativas perante o cancro, visto que durante séculos o diagnóstico do cancro “equivalia a morte”, fazendo com os médicos não comunicassem ao paciente o diagnóstico, considerando que fazê-lo seria cruel e retiraria a esperança ao paciente. No final do século XIX e início do século XX, a cura cirúrgica tornou-se possível quando a doença era diagnosticada numa fase inicial. A criação em 1937 do “*National Cancer Institute*” nos EUA, acrescentou um novo entusiasmo na procura da etiologia e cura do cancro, o que originou um aumento do interesse pelos sobreviventes a longo prazo destas doenças, iniciando-se assim as primeiras oportunidades para explorar a resposta psicológica das pessoas que sobreviviam ao cancro. Por volta dos anos 70, do século XX, com o aumento da sobrevivência e com os pacientes a divulgarem que haviam tido cancro, o diagnóstico de cancro começou a ser mais frequentemente revelado aos pacientes e às suas famílias (Ibañes & Durá, 2000). Aumentou, também, a preocupação com a morte e com a melhoria da qualidade de vida e direitos dos pacientes, conduzindo a uma maior atenção ao nível do suporte e aos aspectos psicológicos dos cuidados prestados aos pacientes (Derogatis, 1986). Ao surgirem evidências da relação entre alguns aspectos psicológicos e o cancro, despertou também um novo ímpeto para a análise destes factores. Alguns investigadores, principalmente nos Estados Unidos e Reino Unido, começaram a identificar-se como psico-oncologistas ou como oncologistas psicossociais, começando por estudar a co-morbilidade psiquiátrica no cancro e questões psicossociais chave. Por outro lado, a tolerância cada vez menor ao sofrimento que caracteriza as sociedades modernas traduziu-se na necessidade de apoiar os pacientes com cancro e as suas famílias, proporcionando-lhes atenção especializada que lhes permitisse lidar com a doença e com a morte da forma menos dolorosa possível (Trill, 2001).

Somos levados a concluir que o estudo dos factores psicossociais é uma dimensão determinante na área da Psicologia Oncológica, nomeadamente para melhor perceber o ajustamento à doença, facilitando esse processo e melhorando a qualidade de

vida dos pacientes. Nesse sentido, nos pontos seguintes, vamos deter-nos na compreensão do ajustamento ao cancro da mama e nos factores que o determinam.

## **2.2 - Ajustamento Psicossocial ao Cancro**

Dada a incidência elevada de distress entre os pacientes com cancro, não é de surpreender que o conceito de *ajustamento psicossocial* seja importante para a investigação na Psicologia Oncológica (Hatchett et al., 1997). Contudo, a utilização deste termo é ainda vaga e, pode deixar margem para alguns mal entendidos, visto que ainda não existe uma compreensão e descrição do processo de ajustamento e das suas implicações para o cancro (Kornblith, 1998).

O ajustamento tem sido conceptualizado de numerosas formas, Lazarus (1969, cit. por Brennan, 2001), sugere que o “ajustamento consiste nos processos psicológicos através dos quais o indivíduo gere as diversas pressões ou exigências”, p.18. No entanto, esta definição de ajustamento não se refere especificamente ao cancro. Alguns modelos teóricos identificaram uma adaptação com sucesso como um processo cognitivo caracterizado pela atribuição de significados, aumento do sentimento de competência e fortalecimento da auto-estima (Moos & Schaefer, 1986 e Taylor, 1983 cit. por Brennan, 2001). Watson e col. (1988), definiram o ajustamento ao cancro como “as respostas cognitivas e comportamentais do paciente ao diagnóstico do cancro”, p.203. O ajustamento também têm sido visto como uma tendência para um estado emocional normativo, avaliado, por exemplo através do HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Brennan, 2001). Qualquer um destes esforços para definir ajustamento é parco, na medida em que não incluem aspectos importantes do ajustamento, como a dimensão social ou espiritual, nem definem o que é um ajustamento adequado ou com sucesso.

Os mecanismos psicológicos do ajustamento raramente têm sido descritos e segundo Brennan (2001), ainda não existem modelos teóricos adequados para descrever este processo. De acordo com este autor, o termo *ajustamento* sugere uma mudança de um estado para outro. Embora a investigação tenha vindo a focar-se no ajustamento como se fosse, meramente, a fase final do *coping* com uma determinada ameaça, Brennan (2001) considera que o *coping* deve ser visto como um processo de mudança que ocorre no indivíduo. Assim, em vez de se considerar o ajustamento como um



estado final, segundo o autor, seria mais produtivo perguntar: quais são os componentes de um ajustamento normal ao cancro, o que é estar ajustado e quais os processos envolvidos?

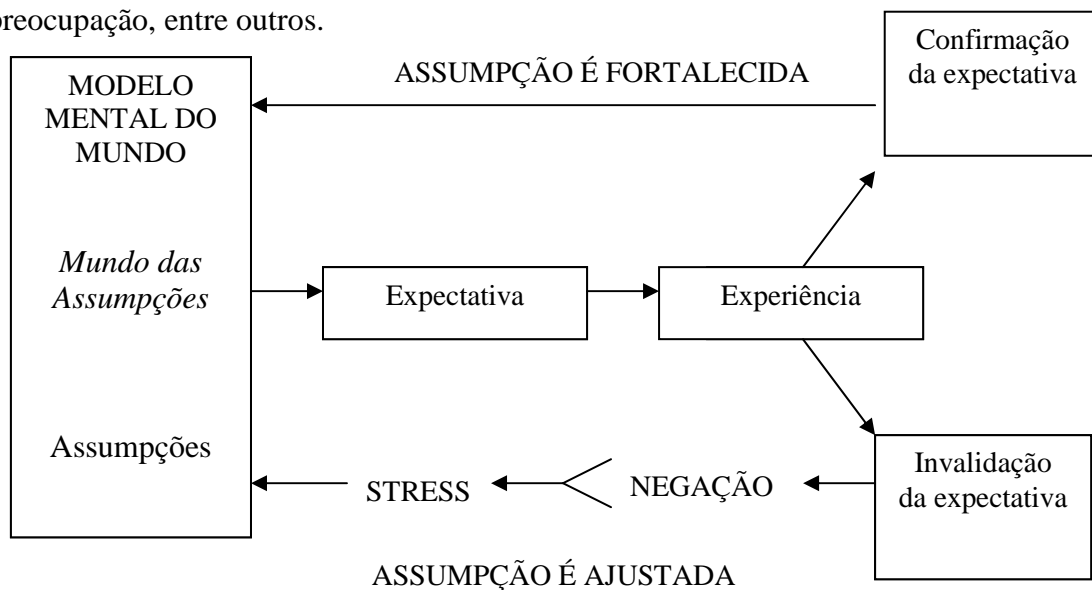
De acordo com Brennan (2001), e reforçando a ideia iniciada no parágrafo anterior, o termo “ajustamento devia destinar-se a descrever um processo de adaptação que ocorre ao longo do tempo, em que o indivíduo vai lidando, aprendendo e acomodando-se às mudanças que foram precipitadas pela alteração das circunstâncias da sua vida”, p.2. Desta forma, o autor procura enfatizar uma abordagem psicossocial e desenvolvimental que não se resume meramente ao *coping* com as exigências. Este autor apresenta um dos modelos teóricos mais conhecidos na conceptualização do ajustamento ao cancro, *Social-Cognitive Transition Model* de ajustamento ao cancro. Resumidamente, considera-se que o ajustamento é um processo contínuo de aprendizagem e adaptação às muitas alterações que o indivíduo enfrenta como resultado de viver com cancro ou de estar a receber tratamento para esta doença. O grau de ajustamento depende do efeito da combinação das respostas de *coping*, suporte social e avaliação cognitiva da experiência de ter um cancro.

Segundo Brennan (2001), o *Social-Cognitive Transition Model* (SCT) de ajustamento é uma tentativa de considerar tanto o ajustamento positivo como o negativo utilizando a teoria sócio-cognitiva e de *coping* (ver Ilustração 1). Este modelo enfatiza o contexto social em que ocorre a experiência do indivíduo. Como resultado do seu desenvolvimento social o indivíduo adquire uma matriz complexa de assumpções acerca do mundo, um mapa cognitivo que se encontra constantemente a ser revisto. Este mapa mental do mundo (designado de assumpções nucleares), só é útil se for capaz de prever, avaliar e interpretar a experiência com precisão, permitindo ao indivíduo manter uma experiência coerente e relativamente estável do mundo. Acontecimentos novos ou inesperados exigem a elaboração ou expansão das assumpções acerca do mundo, em que as experiências previsíveis conduzem a um fortalecimento da assumpção que originou essa previsão (e.g. após a noite vem o dia). De acordo com Brennan (2001), as pessoas com cancro experienciam níveis elevados de stress porque as suas assumpções nucleares acerca do mundo foram fracturadas e as pessoas são obrigadas a alterá-las. Segundo Brennan, algumas das assumpções nucleares comumente fragmentadas pela experiência de ter um cancro (Brennan, 2001) são referentes à trajectória de vida, às representações acerca do próprio (inclui as

representações de controlo e de valor pessoal) à natureza das relações de afecto e, às questões espirituais e existenciais.

Psicologicamente, alguns acontecimentos (e.g. doença ameaçadora de vida) podem ameaçar as assumpções ou impedir uma reacção adaptada às circunstâncias (Brennan, 2001). Esta desorientação pode ocorrer imediatamente após o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida e pode perdurar por horas, ou até dias, conduzindo o indivíduo a resistir a aceitar aquilo que lhe foi comunicado. Assim, no modelo SCT, a negação serve para controlar a absorção da informação traumática. Tal como outros mecanismos de defesa, a negação, neste modelo, tem uma função adaptativa. Assim, o sujeito utiliza esta estratégia, temporariamente, para manter e preservar um modelo coerente acerca do mundo. Contudo, se esta negação se mantiver durante muito tempo, poderá resultar num ajustamento mal adaptativo, na medida em que não permite a absorção e integração da nova informação no mundo das assumpções.

Ainda segundo este modelo, o cancro pode ameaçar a motivação do sujeito, visto que o conhecimento acerca de uma expectativa de vida mais curta pode conduzir a uma perda de aspirações e objectivos. Algumas pessoas com cancro não fazem planos para o futuro, para não se desapontarem. Assim as pessoas com cancro encontram-se em risco de perder a sua estrutura motivacional, o que pode conduzir à falta de esperança e depressão (Brennan, 2001). Segundo o autor, algumas manifestações de uma transição negativa podem incluir a apatia, perda de confiança e da auto-estima, preocupação, entre outros.



**Ilustração 1.** *Social-Cognitive Transition Model of Adjustment*, (adaptado de Brennan, 2001, p. 8).

O SCT também preconiza que o diagnóstico de cancro provoca alterações fundamentais na relação do indivíduo com o ambiente, alterações estas, que podem modificar radicalmente as assumpções acerca do controlo e valor pessoal. Perante o diagnóstico de cancro algumas pessoas descobrem um novo auto-controlo e uma afirmação do valor pessoal através da revisão da sua identidade, mesmo quando isso implica a acomodação a alterações no seu corpo (Brennan, 2001). Uma forma dos indivíduos sentirem mais controlo é colaborando com os profissionais de saúde, tornando-se mais informados acerca da sua doença e tratamento. Algumas manifestações de uma transição negativa podem incluir problemas com a auto-imagem, problemas sexuais, depressão e ansiedade.

A natureza das relações íntimas (Brennan, 2001) é outra assumpção que pode entrar em ruptura perante o diagnóstico de cancro. Os pacientes com cancro e aqueles que se incluem no seu mundo social confrontam-se com a ameaça de uma separação permanente das pessoas que amam. Esta realidade é causadora de grande stress, não só pela possibilidade de deixarem o mundo, mas também pela antecipação da reacção de luto dos sobreviventes. Assim, a natureza das relações, bem como os papéis desempenhados são reexaminados. Uma transição positiva pode originar relações interpessoais mais criativas, valorizadas e envolventes. A solicitação de suporte social em resposta à doença, pode facilitar mudanças pessoais e sociais positivas. Uma transição negativa pode incluir dificuldades de relacionamento, dificuldades sexuais, ruminação, preocupação e distress entre os familiares.

Brennan (2001) considera que as questões espirituais também fazem parte do conjunto de assumpções nucleares que se encontram fragilizadas numa situação de doença oncológica. As experiências existenciais podem ser muito variadas. Contudo, muitas delas parecem ser acerca da validação ou não de assumpções acerca da natureza da existência (e.g. porquê eu?). A sensação de injustiça e a dúvida espiritual é muitas vezes sentida pelas pessoas que tentam seguir uma doutrina religiosa ou até por aqueles que são ateístas, o que pode resultar na perda de significado espiritual e no isolamento. Algumas manifestações de uma transição negativa a este nível, podem incluir a apatia, a perda do significado espiritual e o isolamento existencial. As questões espirituais e existenciais têm sido desenvolvidas e estudadas pela Psicologia Oncológica, demonstrando-se a sua relevância no ajustamento das pessoas com cancro (Feher & Maly, 1999; Romero et al., 2005). Segundo Romero e col. (2005), a espiritualidade é

um preditor de desordens de humor e de melhor qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama.

Em resumo, podemos constatar que o modelo SCT procura considerar a diversidade de experiências que as pessoas com cancro experimentam, tanto a nível do desenvolvimento pessoal como de desordens psicológicas. É sobretudo um modelo de adaptação normativo (Brennan, 2001), em que o indivíduo e o seu mundo social tentam fazer sentido das mudanças impostas pela doença e seu tratamento. Contudo, não encontramos indicações de que este modelo tenha sido testado empiricamente, nem da existência de instrumentos desenvolvidos especificamente para avaliar e validar os componentes de um ajustamento “normal” ao cancro.

### **2.3 - Factores Demográficos, Clínicos e Psicossociais que Medeiam o Ajustamento Psicológico, ao Cancro da Mama, a Progressão e Sobrevivência**

A literatura médica e psicológica tem demonstrado que o ajustamento psicossocial ao cancro da mama não é linear, verificando-se uma grande variação individual na resposta biológica e psicológica a esta situação de doença. A Psicologia Oncológica tem tentado determinar qual a influencia que os factores psicossociais têm no ajustamento psicológico e social das mulheres com cancro da mama, bem como na evolução da própria doença. A Componente psicossocial está, em parte, associada ao facto destas mulheres terem de viver com a doença por períodos prolongados de tempo, necessitando de se ajustar à mesma, bem como ao tratamento. É de salientar, também, que o entendimento acerca dos factores que medeiam o ajustamento psicológico ao cancro da mama pode ser importante para identificar subgrupos de mulheres que são mais vulneráveis aos efeitos psicológicos adversos desta experiência de doença e que, por isso, devem ter prioridade ao nível de serviços de apoio psicológico. Nesse sentido, uma tal compreensão, pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções que promovam o ajustamento à doença e a redução de stress entre as mulheres com cancro da mama, aumentando assim a sua qualidade de vida. De acordo com Helgeson e col. (2004), a trajectória de ajustamento nas mulheres com cancro da mama não é igual para todas as pacientes. Segundo estes autores, algumas mulheres revelam melhorias no ajustamento no decorrer do tempo, enquanto outras vão alternando entre deterioração e melhorias no funcionamento, ao longo do processo de doença.

Outro aspecto que tem vindo a suscitar grande interesse por parte dos profissionais e do público em geral é a possível relação entre os factores psicossociais e a evolução ou resultado da doença. Diferentes estudos tentaram elucidar acerca do valor preditivo dos factores psicossociais na progressão do cancro da mama (Mulder, Van Der Pompe, Spiegel Antoni & De Vries, 1992; Petticrew, Bell & Hunter, 2002). A questão central destes estudos consiste no seguinte: será que os factores psicossociais tais como o humor e a personalidade podem influenciar a mortalidade por cancro? (Van Der Pompe et al., 1996). Assim, para compreendermos melhor a associação entre os factores psicossociais e a sobrevivência dos doentes com cancro da mama, tem-se considerado crucial focar nos mecanismos psicobiológicos que podem mediar esta relação, sendo a psiconeuroimunologia uma linha de pesquisa que poderá providenciar informações relevantes relativamente a este tema (Petticrew, Bell & Hunter, 2002).

Seguidamente serão salientados alguns factores demográficos, clínicos e psicossociais que têm sido alvo de investigação quando se procura estudar o ajustamento das mulheres com cancro da mama, alguns dos quais serão objecto do nosso estudo empírico.

### **2.3.1 - Factores sócio-demográficos e variáveis clínicas no ajustamento psicológico ao cancro da mama**

#### **Idade**

A evidência de que os factores sócio-demográficos (idade, raça, nível educacional, estado civil, estágio desenvolvimental) influenciam o ajustamento ao cancro da mama e seu tratamento é limitada. Contudo, existem vários estudos que demonstram que a *idade* na altura do diagnóstico influencia a experiência de stress psicológico (Glanz & Lerman, 1992). Por exemplo, existe evidência de que o impacto de ter cancro da mama e o seu tratamento conduzem a níveis de stress mais elevados nas mulheres mais jovens do que nas mulheres mais velhas (Northouse & Swain, 1987). Considera-se que, para as mulheres mais jovens, a morbilidade física e psicológica associada ao tratamento afecta mais a sua capacidade para funcionar adequadamente nos vários papéis sociais que tipicamente caracterizam este grupo etário. Estudos realizados na década passada corroboram este aspecto, revelando que as mulheres mais jovens experimentam mais infelicidade, mais stress financeiro e sentem que as suas

necessidades não são satisfeitas, comparativamente às mulheres mais velhas (Mor et al., 1994; Schover, 1994; Staton et al., 1998; Wang et al., 1999). Spencer e colegas (1999) consideram que o stress sentido pelas mulheres mais jovens reflecte-se essencialmente ao nível da imagem do corpo e da sexualidade. Segundo Knobf (1998), outros factores causadores de stress são: a subsequente infertilidade como consequência dos tratamentos, que por sua vez pode afectar o auto-conceito da mulher a nível sexual; e a menopausa prematura como resultado da toxicidade dos tratamentos que também pode resultar numa série de sintomas fisiológicos e psicológicos, causadores de stress. As mulheres mais jovens podem ainda encontrar-se mais vulneráveis às pressões sociais relativas aos estereótipos de beleza e juventude, o que pode agravar ainda mais a experiência de ter cancro da mama (Schover, 1994). Para além dos aspectos anteriormente referidos, para as mulheres mais novas, a doença é vista com elevado potencial de ameaça do futuro e da vida. Num estudo mais recente, realizado por Dunn e Steginga (2000), concluiu-se que a ansiedade e o medo sentido por muitas das mulheres jovens com cancro da mama, encontra-se relacionado com as preocupações de não viverem o suficiente para verem os seus filhos pequenos a crescer. Também Ganz e col. (2002), ao explorarem o impacto que o cancro da mama pode ter nos planos de vida e actividades das mulheres, perceberam que o impacto do diagnóstico desta doença é maior nas mulheres mais jovens do que nas mulheres mais velhas. Miller e col. (2005), consideram que as mulheres mais jovens que recebem quimioterapia após a cirurgia têm um risco maior de apresentar desordens ao nível do ajustamento. Por outro lado, Moyer e Salovey (1996), referem que as mulheres mais velhas podem reagir mais devido à ameaça de vida, principalmente se estiverem a passar por outras perdas como, por exemplo, a morte do esposo. Porém, Hilton (1989) sugere que as mulheres mais velhas parecem ter menos medo de recorrência da doença.

Apesar de alguma inconsistência na literatura, vários estudos corroboram que o ajustamento psicológico ao cancro da mama é pior nas mulheres mais novas. Num estudo levado a cabo por Compas e col. (1999), investigou-se os sintomas de ansiedade e depressão em 80 mulheres entre os 36 e os 80 anos, recentemente diagnosticadas com cancro da mama. Os momentos de avaliação foram por altura do diagnóstico e aos 3 e 6 meses após o diagnóstico. Os resultados mostraram que os sintomas de ansiedade/depressão e a idade encontravam-se negativamente correlacionados na altura do diagnóstico. Contudo, a associação entre a idade e os sintomas de ansiedade e depressão não eram significativos aos 3 e aos 6 meses após o diagnóstico. Segundo este

estudo, a idade parece ser um factor a considerar no ajustamento psicológico das mulheres com cancro da mama na altura do diagnóstico, com as mulheres mais jovens a exibirem maior distress.

Com o objectivo de testar a qualidade de vida em mulheres jovens com cancro da mama, Avis e col. (2005), conduziram um estudo com 202 mulheres com idade inferior a 50 anos, dos 4 aos 42 meses após o diagnóstico da doença. O estudo demonstrou que dores generalizadas e infelicidade com a aparência eram referidas por mais de 70% das mulheres. Calores, dor nas relações sexuais e, dificuldades com o controlo da bexiga, aumentavam significativamente com a idade. Os autores concluíram que as mulheres mais novas são um grupo de risco no que respeita à diminuição da qualidade de vida mesmo passados alguns anos do diagnóstico. Segundo os autores, estas mulheres podem necessitar de intervenções destinadas às suas necessidades relacionadas com os sintomas de menopausa e com as relações, funcionamento sexual e imagem corporal, facilitando o ajustamento à doença e aumentando a sua qualidade de vida.

O *estádio desenvolvimental* em que a doente se encontra é, também, um factor importante no ajustamento ao cancro da mama, quer se considere o nível biológico, pessoal ou os objectivos de vida. O conhecimento acerca da fase de vida em que o cancro ocorre e de quais são os processos do curso de vida, objectivos e relações interpessoais que este vem ameaçar ou interromper, é muito importante para poder providenciar mais *insight* acerca dos problemas psicológicos que podem surgir em resposta à doença (Rowland, 1989; Sammarco, 2001). Como já foi referido anteriormente, alguns aspectos que fazem parte do processo desenvolvimental, como a fertilidade, o desenvolvimento de relações interpessoais, a profissão, o desenvolvimento pessoal, os filhos, a idade, a manutenção de uma relação conjugal estável e o lidar com perdas múltiplas, são aspectos que podem ser agravados e ou ameaçados pelo cancro da mama. Assim, a idade e o estágio de desenvolvimento são factores que requerem especial atenção em investigações futuras, pois podem ser um indício importante para orientar a intervenção junto destas pacientes.

### **Etnia e Nível Educacional**

Na pesquisa bibliográfica efectuada para este estudo, também não foram encontrados muitos estudos referentes a estas variáveis.

Numa meta-análise levada a cabo por Glanz e Lerman (1992), não foram encontrados estudos que referissem efeitos significativos ao nível da etnia, estado civil, ou nível educacional, no que refere ao ajustamento à doença oncológica. De acordo com estes autores, a falta de dados alusivos a estes factores (nível educacional, etnia e estado civil) não significa que estes não sejam importantes. A ausência de informação, provavelmente, deve-se ao facto da população utilizada nos estudos ser mais ou menos homogénea, mulheres brancas, casadas, de meia-idade e com dois filhos.

Da nossa pesquisa podemos focar um estudo realizado por Vinokur e col. (1989) em que se constatou que o *nível educacional* tinha um efeito positivo ao nível do controlo interno. E ainda, mais recentemente, um estudo de Culver e col. (2004), que faz referência ao papel da *etnia* no ajustamento ao cancro da mama. Neste estudo procurou-se avaliar as diferenças entre mulheres de diferentes etnias, relativamente ao *coping* com o cancro da mama, em que os grupos de mulheres estudadas foram: afro-americanas, hispânicas e mulheres brancas (não hispânicas). As mulheres brancas reportaram mais utilização do humor para lidar com a doença, do que as mulheres negras ou as hispânicas. Por outro lado, as mulheres negras utilizavam mais *coping* religioso do que as mulheres brancas ou hispânicas. Verificou-se ainda uma interacção significativa entre o *coping* e o distress: a ventilação ou expressão emocional, encontrava-se relacionada com níveis de distress elevados, sendo esta relação ainda mais forte nas mulheres hispânicas do que nas mulheres brancas. Assim parece que as mulheres destas etnias apresentam algumas diferenças no *coping* com o cancro da mama e provavelmente na forma como se ajustam a esta doença.

### **Variáveis Clínicas**

A própria doença e a sua sintomatologia são variáveis que parecem mediar a resposta psicológica ao cancro da mama. Vários factores da doença, tais como o tratamento, o estágio da doença, o estatuto dos sintomas e a resposta funcional, têm sido foco de atenção, embora ainda não seja claro de que forma é que estes factores perturbam o ajustamento psicossocial (Irvine et al., 1991). Este facto deve-se essencialmente ao tipo de metodologia utilizado nas investigações; muitos dos investigadores que estudam a correlação entre variáveis da doença e o ajustamento, falham no controlo de algumas variáveis que podem influenciar os resultados. A necessidade de controlo de variáveis como o tempo passado desde o diagnóstico, o



estádio da doença e a resposta funcional à doença e ao tratamento é essencial para interpretar o impacto da cirurgia ou dos tratamentos no ajustamento psicossocial.

O *estádio da doença* raramente tem sido encarado como um preditor importante do ajustamento. Miller e col. (2005), consideram que as sequelas a nível do funcionamento físico parecem ser um melhor preditor do ajustamento em mulheres com cancro da mama do que o estágio da doença. Apesar desta controvérsia há vários estudos que têm examinado o ajustamento psicossocial ao cancro da mama ao longo das várias fases da doença, em função de variáveis clínicas. Por exemplo, Frost e col. (2000), examinaram as diferenças a nível do ajustamento psicossocial (bem-estar físico, psicológico e social), em mulheres com cancro da mama, em várias fases da doença: recentemente diagnosticadas (n=35), a receber terapia adjuvante (n=52), fase estável da doença (n=84, em média, cerca de 4 anos após o diagnóstico) e recorrência da doença (n=64). As participantes responderam aos seguintes instrumentos, *Short Form-36* (SF-36), *Health Survey* (RD) desenvolvido pelos autores do estudo, *Cancer Rehabilitation Evaluation System Short Form* (CARES-SF) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI). Os resultados indicaram algumas diferenças ao longo das diversas fases da doença. As diferenças foram encontradas nas sub-escalas que incluem a percepção dos estados de saúde, o impacto da doença, as interações médicas, o funcionamento físico, a fadiga, a dor, o funcionamento social e a satisfação com a saúde. O grupo com doença recorrente revelou experimentar mais dificuldades do que os outros grupos a nível da percepção de saúde, funcionamento físico, somatização, impacto na vida em geral e ainda ao nível das interações médicas. O grupo das mulheres recentemente diagnosticadas revelou mais dificuldades relacionadas com a dor, do que os outros grupos e, mostrou sentir mais dificuldades com o funcionamento físico do que o das mulheres do grupo com doença estável. Tanto as mulheres recentemente diagnosticadas como as que se encontravam a efectuar tratamentos apresentaram mais limitações no desempenho dos seus papéis, do que o grupo com doença estável. As mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, as que se encontravam a receber tratamentos para a doença e as do grupo com doença recorrente experimentavam mais fadiga e dificuldades com o funcionamento social do que as mulheres na fase estável da doença. Deste estudo podemos concluir que as mulheres na fase de doença estável encontram-se mais ajustadas do que as mulheres em outras fases da doença. Assim, os efeitos negativos a nível físico, psicológico e social eram mais limitados para as mulheres numa fase em que já passaram cerca de 4 anos após o diagnóstico.

A variável *tipo de cirurgia* tem surgido como um foco de atenção ao nível da investigação, em especial desde que se começou a optar por cirurgias mais conservadoras. Holland e Rowland (1989) ao compararem as reacções psicológicas de mulheres que haviam realizado mastectomia com as que haviam realizado tumorectomia, constataram que as primeiras sofriam de mais depressões e apresentavam mais dificuldades em lidar com a sua sexualidade, sentindo-se menos atraentes. Também Irvine e col. (1991) citam vários estudos (e.g. Beckman et al., 1983; Bartelink et al., 1985; Steinberg et al., 1985; Kemeny et al., 1988; e de Wolberg et al., 1989) em que foram encontrados dados que indicam que as mulheres que fazem uma cirurgia de conservação (tumorectomia) têm um melhor ajustamento psicossocial e sexual, do que as mulheres que fazem mastectomia radical. Um estudo realizado por Schain e colegas (1994), procurou investigar se um tratamento de conservação da mama, seguido de radioterapia, conferia um conforto psicológico superior ao de uma mastectomia. Os resultados revelaram que 6 meses após os tratamentos, as mulheres que tinham feito mastectomia evidenciavam menos controlo sobre os acontecimentos das suas vidas e mais problemas com as relações sexuais, em comparação com as mulheres que tinham feito tratamento de conservação e radioterapia. Adicionalmente, encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres, no grau de stress sentido perante os seus corpos nus. Os autores concluíram que um tratamento de conservação da mama protege a percepção que a mulher tem do seu corpo. Também Yurek, Ferrar e Andersen (2000), relatam que as mulheres que fizeram uma mastectomia, quando comparadas com mulheres que realizaram cirurgia de conservação da mama, revelam mais disfunção no comportamento sexual após a cirurgia e nas respostas sexuais e mais stress relativo às alterações da imagem corporal. Outro estudo realizado por Härtl e col. (2003), mostrou que as doentes tratadas com uma cirurgia de conservação reportavam uma imagem corporal mais favorável, comparativamente às que haviam realizado uma mastectomia, mais satisfação com o tratamento cirúrgico e melhores resultados cosméticos, embora apresentassem um medo maior de recorrência da doença. Porém, resultados diferentes foram encontrados num estudo realizado por Nissen e col. (2001), com mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, que haviam realizado cirurgia de conservação (n=103), mastectomia (n=55), ou mastectomia com reconstrução (n=40). Neste estudo avaliou-se a qualidade de vida das mulheres após o diagnóstico (*baseline*) e 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses após a *baseline*, através do *Mischel Uncertainty in Illness Scale*, o *Profile of Mood States* e o *Functional Assessment of*

*Cancer Therapy for Breast Cancer*. Os resultados das análises de regressão multivariada revelaram que as mulheres submetidas à cirurgia de conservação (tumorectomia) apresentavam mais distúrbios de humor do que as mulheres que haviam feito apenas a mastectomia, sendo esta diferença significativa apenas aos 12 meses após a *baseline*. Não foram encontradas, para além da imagem corporal diferenças ao nível do bem-estar entre as mulheres que realizam cirurgia de conservação e as que realizaram mastectomia. No mesmo sentido Parker e col. (2007), referem que o ajustamento psicossocial e a qualidade de vida são equivalentes para mulheres submetidas a tumorectomia, a mastectomia e a mastectomia com reconstrução. Explorar melhor estes estudos. Em Portugal, Rebelo, Rolim, Carqueja e Ferreira (2007) conduziram um estudo com 60 mulheres diagnosticadas com cancro da mama e submetidas a cirurgia (mastectomia ou tumorectomia), e a realizar tratamentos de quimioterapia. Os autores partiram da hipótese de que as mulheres tumorectomizadas apresentariam uma auto-imagem a nível físico mais favorável e, conseqüentemente melhor qualidade de vida do que as mulheres mastectomizadas. Contudo, os resultados indicaram que as mulheres submetidas a tumorectomia avaliavam a sua imagem corporal de uma forma mais negativa do que as mulheres mastectomizadas, o que segundo os autores reflecte uma menor qualidade de vida para o grupo de mulheres submetidas a tumorectomia. Os autores verificaram ainda que as mulheres tumorectomizadas se preocupavam mais com a queda de cabelo do que as mulheres mastectomizadas. Os autores citam Trill e Goyanes (2003) para explicar que provavelmente a auto-avaliação que as mulheres mastectomizadas fazem do seu corpo é influenciada pela crença de que este procedimento cirúrgico fará a remoção das células cancerígenas o que se traduz numa medida mais segura, permitindo um maior controlo da doença e prevenção de recidivas. No que refere à maior preocupação relativamente à queda do cabelo, apresentada pelas mulheres tumorectomizadas. Os autores avançam com a explicação de que ao conservarem as suas mamas, é possível que a percepção da imagem corporal das mulheres tumorectomizadas esteja mais associada à queda do cabelo.

O *tipo de cirurgia* também pode condicionar a escolha de outros tipos de tratamento utilizados para combater a doença (quimioterapia, radioterapia, tratamento hormonal) que podem influenciar o ajustamento devido aos seus efeitos indesejáveis, principalmente os que são provocados pela quimioterapia. Assim, os sintomas relacionados com o cancro da mama ou que estão associados ao seu tratamento,

parecem encontrar-se correlacionados com o ajustamento a esta doença. Por exemplo, Taylor e col. (1985), descobriram que as dificuldades a nível físico estavam positivamente correlacionadas com níveis baixos de ajustamento psicossocial. Ganz e col. (2002), num estudo de seguimento de mulheres sobreviventes sem recorrência da doença, concluíram que os níveis de funcionamento em várias dimensões das suas vidas estavam relacionados com os tratamentos de quimioterapia realizados no passado. Mais especificamente, o tratamento sistémico (quimioterapia ou tamoxifeno) encontrava-se associado a um funcionamento mais pobre em várias dimensões que caracterizam a qualidade de vida (e.g. pior funcionamento físico, mais dor, pior funcionamento social, e menos saúde a nível geral). Pelos resultados encontrados neste estudo, a quimioterapia parece ser um factor de vulnerabilidade para o ajustamento, correlacionando-se com um ajustamento mais pobre durante o tratamento e nas fases posteriores da doença. No entanto, limitações inerentes a estas investigações restringem o poder com que estas afirmações podem ser feitas. São bons exemplos a utilização de metodologias retrospectivas, amostras pequenas e medidas de seguimento pobres.

Algumas orientações podem ser retiradas da revisão acerca do papel dos factores sócio-demográficos e clínicos no ajustamento e progressão do cancro da mama, nomeadamente a existência de indicações de que as mulheres mais jovens têm maior risco de desenvolver stress emocional, desordens mentais, bem como desordens de adaptação após a cirurgia e a quimioterapia. Estas indicações enfatizam a necessidade dos serviços de saúde criarem mais serviços de consulta psico-oncológica e de intervenções para facilitar o ajustamento destas mulheres. Também parece essencial que estes serviços sejam disponibilizados durante o primeiro ano após o diagnóstico, dado que é durante este período que a mulher tem que enfrentar situações como a cirurgia, tratamentos complementares, incertezas acerca do futuro, interrupção de algumas actividades diárias e de projectos de vida.

### **2.3.2 - Estado emocional e ajustamento psicossocial ao cancro da mama**

Como temos vindo a referir, o cancro da mama têm um impacto severo em varias áreas de vida das pacientes. Muitas das mulheres com cancro da mama acabam por experienciar reacções psicológicas adversas, sendo frequente, as desordens de ajustamento, geralmente acompanhadas de depressão e ansiedade (Spiegel, 1996; Lueboonthavatchai, 2007). Sabe-se, também, que a ansiedade e a depressão podem

contribuir para piorar o curso da doença e os resultados dos tratamentos (Lueboonthavatchai, 2007).

A maioria das mulheres diagnosticadas recentemente com cancro da mama experienciam ansiedade e/ou depressão nos 3 meses que se seguem à cirurgia (Hall et al., 1999). Estes autores, realizaram um estudo prospectivo com 269 mulheres, identificando desordens de ansiedade em 49.6% das mulheres com cancro da mama e desordens depressivas em 37.2% das mesmas, aos 3 meses após a cirurgia, identificadas através da entrevista clínica. Mais recentemente, Akechi e col. (2001) procuraram investigar os determinantes da morbilidade psiquiátrica em pacientes com cancro da mama, após a cirurgia. Segundo os autores a prevalência de morbilidade psiquiátrica (incluindo ansiedade e depressão - avaliada através do HADS) era de 23%. Os determinantes da morbilidade psiquiátrica revelaram ser, a dor, ter crianças com problemas de saúde, outros problemas (com as crianças, outros membros da família e, a própria doença da paciente e tratamento futuro), bem como respostas de *coping* pobres (baixo espírito de luta, preocupação ansiosa elevada, fatalismo elevado e, impotência/desesperança elevada). Os factores que se revelaram determinantes principais foram, ter crianças com problemas de saúde e ter níveis elevados de preocupação, bem como níveis elevados de impotência/desesperança. Lueboonthavatchai (2007) procurou identificar a prevalência da ansiedade e depressão, bem como os factores psicossociais associados ao cancro da mama. Para este estudo, os autores utilizaram uma amostra de 300 mulheres com cancro da mama, a quem foi administrado o *Hospital Anxiety and Depression Scale*, o *Social Support Questionnaire*, o *Family Relationship and Functioning Questionnaire* e o *Problem and Conflict Solving Questionnaire*. Verificou-se que a prevalência das desordens de ansiedade era de 16% e de depressão era de 9%. Quanto aos sintomas de ansiedade a prevalência era de 19% e para a depressão era de 16.7%. Neste estudo, as relações familiares pobres, problemas de ajustamento, dor e fadiga apresentavam-se como fortes preditores da ansiedade e depressão nas pacientes com cancro da mama. Estes dados relativos à prevalência, salientam a importância de considerar os aspectos emocionais no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, como poderemos verificar seguidamente.

Vários são os estudos que procuram através de formas diversas investigar as reacções emocionais ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Num estudo mais antigo, do tipo longitudinal, Hughes (1982) investigou 44 doentes com cancro da mama, tendo como objectivo recolher dados referentes à sintomatologia psiquiátrica e reacções

emocionais à doença e ao tratamento. O autor realizou entrevistas antes da mastectomia e em três ocasiões diferentes durante o ano seguinte. Os resultados indicaram que em cinco das doentes que manifestavam depressão grave, a perda da mama apresentou-se como a principal causa para esta situação. Segundo o autor, o *stress* após a cirurgia pode muitas vezes ser prognosticado por um *score* elevado no “*General Health Questionnaire*”, ou por um nível elevado de preocupações expressas antes da cirurgia. Meyer & Aspegren (1989), identificaram duas questões principais que podem causar *stress* psicológico nas mulheres mastectomizadas: primeiro, a ameaça de uma doença potencialmente fatal; e segundo, a mutilação causada pela cirurgia provocando alterações na configuração corporal. A necessidade de um procedimento cirúrgico (Sinsheimer & Holland, 1987), pode resultar em sintomatologia ansiosa pré-operatória e uma combinação de ansiedade e depressão após a cirurgia.

Segundo Burgess e colegas (1988), a ansiedade e a supressão emocional podem ser factores determinantes no ajustamento psicológico ao cancro da mama. Estes autores referem que níveis elevados de ansiedade correspondem a um ajustamento pobre em resposta ao diagnóstico, incluindo a impotência, a desesperança e um baixo *locus* de controlo interno. Na mesma linha de investigação, Watson e col. (1991), conduziram uma investigação em que procuraram examinar associações entre o controlo emocional (avaliado através da *Courtauld Emotional Control Scale*), o ajustamento ao cancro (avaliado através da *Mental Adjustment to Cancer Scale*) e os níveis de ansiedade e depressão (avaliados através da *Hospital Anxiety and Depression Scale*) em 380 mulheres diagnosticadas recentemente (entre 1 a 3 meses) com cancro da mama. Segundo os autores, a adopção de um espírito de luta aparece associado com a diminuição da ansiedade e depressão, enquanto, a impotência, a preocupação e o fatalismo encontravam-se associados com o aumento da ansiedade e depressão. Num estudo realizado por Pinder e colegas (1993) foi revelado que 25% das mulheres com cancro da mama avançado apresentavam valores clinicamente significativos nas sub-escalas de ansiedade ou depressão, ou em ambas, do “*Hospital Anxiety and Depression scale*”. Os autores referem ainda que um funcionamento pobre encontra-se fortemente associado a níveis elevados de depressão.

Mais recentemente, para estudar a influência da ansiedade e supressão emocional no distress psicológico, Iwamitsu e col. (2005), conduziram uma investigação com 21 pacientes com cancro da mama e 72 com tumor benigno da mama. No seu estudo, os autores descobriram que as pacientes com cancro da mama que

suprimiam as emoções e que tinham níveis elevados de ansiedade crónica, ao longo da sua vida, apresentavam níveis mais elevados de distress emocional antes e após o diagnóstico.

A depressão foi estudada por Hjerl e col. (2003) enquanto factor de prognóstico após o diagnóstico do cancro da mama. Os autores procuraram determinar se a depressão pré-operatória ou pós-operatória constituía um factor de prognóstico negativo, independentemente da idade, estágio da doença e, factores de prognóstico bem documentados. Um total de 20.593 mulheres com cancro da mama, pertencentes a um registo nacional da Dinamarca (*Danish Breast Cancer Cooperation Group*), foram incluídas neste estudo, um total de 10.382 foram classificadas como tendo um cancro no estágio inicial e 10.211 como tendo cancro num estágio avançado. No primeiro grupo, o seguimento era em média de 5.5 anos e no grupo de mulheres com doença avançada era de 3.8 anos. Para a depressão pré-operatória foram considerados todos os registos após os 15 anos de idade e até 3 meses antes do diagnóstico do cancro e para a depressão pós-cirurgia, qualquer admissão psiquiátrica após o diagnóstico do cancro da mama, até à altura da morte. Os resultados revelaram que a depressão pré-operatória se encontrava associada a um risco elevado de mortalidade para as pacientes com a doença em estado avançado. Apesar de não significativa verificou-se a mesma tendência para as pacientes com doença em estado inicial. Para as pacientes com cancro da mama em estágio inicial, a depressão após a cirurgia também se encontrava associada a um risco elevado de mortalidade.

Segundo Reich, Lesur e Perdrizet-Chevallier (2007), os principais factores de risco para a depressão 5 anos após o diagnóstico do cancro da mama, relacionam-se mais com as características da paciente do que com os aspectos da doença ou do tratamento. Estes factores de risco incluem os sintomas de fadiga, história de depressão ou episódio recente de depressão (após o início da doença), impotência/desesperança e, resignação. No entanto existem alguns factores relacionados com a a doença e tratamento que podem contribuir para as desordens de humor, nomeadamente as dificuldades com a imagem corporal e a sexualidade, causadas pela mastectomia. É indiscutível que para além destes factores constituírem factores de risco para a depressão, também, contribuem para diminuir a qualidade de vida das pacientes.

Um estudo conduzido por Epping-Jordan e colegas (1999) procurou estudar longitudinalmente (durante 6 meses após o diagnóstico), o ajustamento psicológico ao cancro da mama na altura do diagnóstico, aos 3 e aos 6 meses de seguimento, numa

amostra de 80 mulheres diagnosticadas entre o estágio I e IV da doença. Aos 3 meses a maioria dos tratamentos de radioterapia e quimioterapia estavam finalizados: 5% encontrava-se a efectuar tratamentos de radioterapia e 15% de quimioterapia. Aos 6 meses, 4% das participantes encontravam-se a efectuar tratamentos de radioterapia e, 7% de quimioterapia. Destas mulheres, 36% continuavam a receber terapia hormonal aos 3 e 6 meses. Os autores examinaram o optimismo e pessimismo disposicional, sintomas de stress associados ao cancro, como os pensamentos intrusivos e o evitamento e ainda o *coping*, enquanto preditores dos sintomas de ansiedade e depressão. Para estudar estas variáveis utilizaram o LOT (*Life Orientation Test*), o IES (*Impact of Event Scale*), CSI (*Coping Strategies Inventory*) e o SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*). Os autores encontraram indicações de que os sintomas de ansiedade e depressão na altura do diagnóstico tinham por preditor um optimismo disposicional baixo, esta relação era pelo menos parcialmente mediada por estratégias de *coping* focadas na emoção e de desinvestimento. Aos 3 meses, os pensamentos intrusivos surgiam como preditores das alterações na ansiedade e depressão, em que níveis mais elevados de pensamentos intrusivos encontravam-se relacionados com níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Aos 6 meses, o optimismo disposicional baixo (avaliado na *baseline*) voltava a emergir como um factor preditor das alterações na ansiedade e depressão, no sentido em que para níveis mais baixos de optimismo encontravam-se valores mais elevados para a ansiedade e depressão. Esta relação era, novamente, mediada pela utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção e de desinvestimento. Estes estudos parecem apontar no sentido de que o pessimismo pode representar uma vulnerabilidade ao nível do ajustamento ao cancro da mama.

Um aspecto de especial interesse, no estudo das reacções emocionais ao cancro, é a partilha de sintomas entre o cancro e a depressão. São bons exemplos a anorexia, a fadiga, a perda de peso, a insónia e a incapacidade para experimentar prazer. Esta similitude pode levantar algumas questões no que refere ao diagnóstico de depressão em doentes com cancro, o que faz com que muitas vezes a depressão seja sub ou sobre diagnosticada nas mulheres com cancro da mama (Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2007). Assim, o diagnóstico da depressão deve ser realizado com base nos sintomas psicológicos, incluindo humor disfórico, perda da auto-estima, sentimentos de impotência, culpa, problemas de concentração e ideação suicida. O *Hospital Anxiety and Depression Scale*, instrumento seleccionado para o nosso estudo empírico e



amplamente usado na literatura revista tem em conta esta sobreposição de sintomas, procurando evitar o sobre-diagnóstico da ansiedade e depressão.

Através desta revisão da literatura, podemos concluir que a resposta à doença e tratamento (ajustamento) envolve respostas afectivas fortes, especialmente ao nível da ansiedade e depressão. Assim, o estado emocional aparece como um aspecto determinante no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, com implicações ao nível do distress psicológico, das respostas de *coping* e, ainda no curso da doença.

Os sintomas de ansiedade e depressão podem ser prognosticados por algumas características da personalidade, influenciando o processo de ajustamento psicossocial ao cancro da mama.

### **2.3.3 - Traços de personalidade, ajustamento psicológico e sobrevivência no cancro da mama**

Historicamente a investigação acerca do impacto da personalidade na saúde tem uma longa tradição tanto na Medicina como na Psicologia (Vollrath, 2006). Segundo a autora, entre os factores psicológicos que influenciam a saúde, a personalidade, ou seja, as características individuais na forma de pensar, sentir e agir, desempenha um papel central. A personalidade pode ser vista como uma estrutura estável do indivíduo, que influencia a forma como este vai reagir a diversas circunstâncias de vida, e que tende a ser mais ou menos constante ao longo do tempo (Patrão & Leal, 2004). Alguns traços de personalidade podem ser importantes na forma como o indivíduo reage em situações de stress como é o caso do cancro da mama. Nesse sentido, neste sub-capítulo iremos salientar aspectos da personalidade tipo C, seguindo-se factores como o neuroticismo e finalmente o optimismo.

A personalidade Tipo C tem sido definida como um padrão comportamental que caracteriza as pessoas com cancro, sendo as suas principais características o controlo da expressão de emoções negativas (e.g. raiva, ansiedade, depressão) na relação com os outros e em situações de conflito, caracteriza-se ainda por um estilo pouco assertivo, cooperativo, conciliador e submisso (Andreu, 2001).

Vários são os estudos que se debruçam sobre os aspectos que caracterizam a personalidade tipo C relacionando-a quer com o ajustamento ao cancro quer com a sobrevivência. Um estudo de Watson e col. (1991), concluiu que a supressão emocional, utilizada como estratégia de *coping*, podia contribuir em algum grau para

um prognóstico pobre do cancro. Segundo Lehto e col. (2005), situações causadoras de stress podem ser mais ameaçadoras para as pessoas com personalidade tipo C, dado que estas apresentam mais dificuldades em expressar as suas emoções negativas. De acordo com Hilakivi-Clarke e col. (1993), as mulheres com cancro da mama apresentam dificuldades na expressão das emoções negativas, principalmente a raiva, e tendencialmente evitam os conflitos, ainda que isso implique o sacrifício das próprias necessidades em prol das necessidades dos outros. Por outro lado, Classen e col. (1996) e Iwamitsu e col. (2003) referem que as mulheres com cancro da mama que exprimem as suas emoções apresentam um melhor ajustamento à doença. Também, Reynolds e col. (2000) no seu estudo com mulheres com cancro da mama, encontraram associações entre a expressão emocional e o aumento da sobrevivência.

Alguns dos estudos que procuraram estudar a relação entre a personalidade e o início ou ajustamento ao cancro da mama focam-se em factores de personalidade mais “tradicionais” (neuroticismo, extroversão) avaliados, por exemplo, através do *Eysenk Personality Questionnaire* (Ranchor & Sanderman, 2006). O modelo dos cinco factores tem servido de base a muita da investigação que procura relacionar o cancro com a personalidade (Williams, 2006). Este modelo organiza hierarquicamente os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura (O), Amabilidade (A), Conscienciosidade (C), correspondentes aos domínios do NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) uma medida frequentemente utilizada para medir os cinco factores. Resumidamente, o neuroticismo reflecte uma inibição do comportamento, que envolve uma sensibilidade aos sinais de punição e de não recompensa (a ansiedade é considerada uma manifestação da inibição do comportamento). A extroversão por outro lado, corresponde ao afecto positivo. A abertura à experiência, é um domínio amplo relacionado com uma imaginação activa, apreciação da estética, e o estar atento aos sentimentos internos, encontrando-se ainda relacionado com a educação e inteligência. A amabilidade, reflecte uma tendência para as relações interpessoais e sociais de cooperação, num pólo de um *continuum* encontra-se o cepticismo em relação às intenções dos outros e, competitividade no pólo oposto. A conscienciosidade, poderá ser um mediador importante dos efeitos do neuroticismo e da extroversão no comportamento de doença (Williams, 2006).

Do modelo dos cinco factores, o neuroticismo é o que têm suscitado mais interesse na área da saúde (Williams, 2006). No que refere à área da Psicologia Oncológica e segundo Carlsson e Hamrin (1994) e Ruiz e col. (1999) um ajustamento

pobre à doença, em mulheres com cancro da mama pode encontrar-se associado ao neuroticismo. Contudo, e segundo Ranchor e Sanderman (2006), não existem evidências suficientemente fortes de que os traços de personalidade básicos, como o neuroticismo e a extroversão, estejam relacionados com a sobrevivência do cancro.

A literatura revista até agora, focou-se mais nos traços de personalidade menos adaptativos. Contudo, devido à emergência da psicologia positiva, alguns estudos procuram perceber a influencia de traços de personalidade positivos, em vários resultados de doença e longevidade (Danner, Snowdon & Friesen, 2001; Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Neste sentido e, dado que alguns doentes desenvolvem um ajustamento mais pobre à doença do que outros, Carver e col. (1994) procuraram investigar o papel dos traços de personalidade, optimismo e pessimismo, no ajustamento de mulheres com cancro da mama. Os autores concluíram que estas dimensões da personalidade (pessimismo e optimismo), se encontram associadas a diferenças no ajustamento psicológico ao cancro da mama. Segundo eles, o pessimismo acerca da vida aumenta o risco de reacções psicológicas adversas relativamente ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama, enquanto o optimismo, em geral, prediz o bem-estar subjectivo; encontrando-se associado a uma aceitação realista da doença.

Na mesma linha de investigação Schou e col. (2004), procuraram estudar o papel do pessimismo enquanto preditor do ajustamento emocional (ansiedade e depressão) um ano após a cirurgia, em mulheres com cancro da mama. As participantes no estudo foram 165 mulheres, então, recentemente diagnosticadas. A prevalência de ansiedade e depressão na altura do diagnóstico era 34% e 12% respectivamente e 26% e 9% após um ano. A prevalência da morbidade emocional era superior entre as mulheres pessimistas. O pessimismo revelou-se como o principal preditor da ansiedade e da depressão um ano após a cirurgia. Quanto mais pessimistas as mulheres eram acerca do seu futuro, maior era o risco de desenvolverem ansiedade no ano que se seguia à cirurgia. As pessimistas que tinham uma estratégia de *coping* de impotência/desesperança quando recebiam o diagnóstico de cancro da mama, tinham um risco três vezes maior de experienciar depressão um ano após a cirurgia.

A personalidade desempenha um papel relevante na experiência de stress, como é o caso do cancro da mama, na medida em que vai determinar a percepção de ameaça e as reacções emocionais ou fisiológicas à mesma (Lazarus & Folkman, 1984). Dada a interligação entre estratégias de *coping* e personalidade, Ranchor e Sanderman (2006) consideram difícil traçar uma linha clara que separe estes dois constructos. Segundo os

autores, os traços de personalidade podem ser caracterizados por cognições e características comportamentais estáveis ao longo do tempo, capazes de influenciar situações de stress, enquanto o *coping* são os esforços cognitivos ou comportamentais utilizados para fazer face a situações de stress. Assim, a distinção entre as estratégias de *coping* e a personalidade bem como o seu papel no ajustamento e sobrevivência do cancro pode ser difícil de determinar. Isto porque o ajustamento e a sobrevivência podem estar relacionados com a forma como a pessoa lida com o stress, que por sua vez pode ser dependente da personalidade. Dada a importância do *coping* e do stress e a influência que estes exercem no resultado da doença; bem como a relação entre personalidade e *coping*, talvez seja pertinente considerar a contribuição do *coping* para a compreensão da personalidade no ajustamento e resultado do cancro (Ranchor & Sanderman, 2006).

Constructos que aparecem na literatura sobre o *coping* e cancro da mama, como o “Espírito de Luta” e o “Fatalismo”, têm sido equacionados como traços mais estáveis do indivíduo, ou de personalidade. Num estudo desenvolvido por Greer, Morris e Pettingale (1979, cit. por Ranchor e Sanderman, 2006) avançou-se a ideia de que o *coping* ou os traços de personalidade podem influenciar a sobrevivência de doentes com cancro, estimulando a pesquisa nesta área. Nesse estudo, os autores descobriram que o “Espírito de Luta” encontrava-se associado a um aumento do tempo de sobrevivência em mulheres com cancro da mama. Na mesma linha de pesquisa Watson, Homewood, Hailand e Bliss (2005) publicaram um estudo de seguimento de 10 anos com uma amostra inicial de 578 pacientes com cancro da mama, em que incluíram como medidas de avaliação o MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*) e o HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Os resultados deste estudo revelaram que a estratégia de *coping* de desesperança/impotência estava associada a períodos mais curtos de sobrevivência.

Apesar dos estudos acima referidos não serem conclusivos quanto ao papel da personalidade no ajustamento e progressão do cancro da mama, parecem existir indicações de que as características da personalidade influenciam em alguma medida o ajustamento psicológico destas mulheres, devendo ser consideradas nas intervenções junto das pacientes. Quanto à progressão do cancro, os estudos parecem apontar no sentido de a impotência/ desesperança poder ter um valor preditivo ao nível da sobrevivência. Porém, e segundo Ranchor & Sanderman (2006), não será demais lembrar que qualquer influencia da personalidade no ajustamento e resultado da doença deve ser tratado com cuidado, principalmente na prática clínica, na medida em

que não existem evidências claras de que a paciente pode controlar o cancro através dos seus factores psicológicos. Assim, salientar este mecanismo poderá ser prejudicial dado que pode culpabilizar a paciente.

#### **2.3.4 - *Coping*, ajustamento psicossocial e progressão do cancro da mama**

Apesar da sobreposição entre os constructos de personalidade e *coping*, defendida por alguns autores referidos no ponto anterior, Lazarus e Folkman (1984), proponentes do modelo interactivo do stress, sublinham o carácter dinâmico dos processos de *coping*, que envolve a possibilidade de mudanças nas estratégias de *coping* à medida que o indivíduo interage com o seu meio, num processo de auto-regulação. Esta conceptualização distingue o processo de *coping* dos traços de personalidade, conceito mais estável e menos sensível à mudança. Assim, optamos por diferenciar estes dois constructos, quer na revisão teórica, quer no estudo empírico, adoptando um modelo menos determinista do processo de ajustamento ao cancro da mama. Este modelo favorece, também, a possibilidade de intervenção para mudar o processo de *coping* melhorando o ajustamento à doença e tratamento.

Consideramos, então, que o processo individual de adaptação ao cancro da mama é melhor descrito pelos modelos de stress-*coping*, dos quais o mais conhecido e utilizado é o modelo de Lazarus e Folkman (1984), já referido. Segundo os autores, as pessoas que se defrontam com um stressor (neste caso vários aspectos e consequências de ter uma doença) fazem uma avaliação desse stressor, sendo que esta avaliação vai determinar as suas reacções emocionais e comportamentais a este. Os autores distinguem dois tipos de avaliação: avaliação primária e avaliação secundária. A avaliação primária permite atribuir um significado pessoal ao acontecimento e indica se o acontecimento tem um significado positivo, neutro ou negativo. As emoções positivas surgem em consequência de uma interpretação positiva e as emoções negativas decorrem do facto da situação poder constituir uma ameaça física ou psicológica para o próprio (o que é esperado em casos de doença grave). As emoções negativas podem ser divididas em duas classes: sentimentos de ansiedade, se a situação que provoca stress é percebida como uma ameaça e, sentimentos de raiva e/ou luto, se a situação augura danos pessoais ou perda. Estas interpretações negativas e os seus efeitos, são mais evidentes durante a fase inicial de confrontação com o stressor. Após o diagnóstico de cancro da mama, é típico surgirem reacções de confusão, ansiedade,

tristeza e desgosto, reacções que também são susceptíveis de ser alteradas com o decorrer do tempo (Couzijn, Ros & Winnubst, 1990). Uma alteração das emoções durante o curso da doença pode também resultar da avaliação secundária, ou resposta à questão “O que é que eu posso fazer acerca disto?”. Este processo refere-se a pensamentos através dos quais a pessoa explora a sua aptidão para reduzir a ameaça, dano ou perda causada pelo acontecimento e a qual pode ser chamada de *capacidade de coping*.

O *coping*, como já referido, é definido como qualquer esforço para lidar com as exigências externas ou internas, que são avaliadas como excedendo os recursos do sujeito (Lazarus & Folkman, 1984). As exigências externas referem-se ao acontecimento em si, as exigências internas referem-se às reacções emocionais ao acontecimento. Esta distinção conduziu os autores (Lazarus & Folkman, 1984) a diferenciar entre respostas de *coping focadas no problema* (respostas dirigidas a um acontecimento externo) e respostas de *coping focadas na emoção* (respostas dirigidas às reacções emocionais da pessoa ou ao seu estado interno). Durante um processo em que sejam utilizados pensamentos e acções dirigidos às reacções internas e aos acontecimentos externos, estas podem coincidir ou ser alternadas, dando origem a consequências emocionais e de comportamento.

O comportamento de *coping* pode variar grandemente de pessoa para pessoa e de situação para situação (Jarrett et al., 1992). Isto explica porque é que existem diferenças na eficácia do comportamento de *coping* e, também porque é que alguns doentes se adaptam mais rápida e facilmente ao *stress* associado ao facto de ter uma doença crónica, do que outros. Assim, a forma como as pessoas lidam com os aspectos da doença crónica, gera consequências psicológicas, sociais e físicas importantes.

Os primeiros estudos acerca do *coping* com o cancro surgiram em 1950 e enfatizaram as defesas do inconsciente e os comportamentos de *coping* desadaptados (Meyerowitz, 1983). Muitos investigadores adoptaram o modelo de Lazarus e Folkman, referido previamente, em que o *coping* é visto como um esforço para reduzir ou restituir o equilíbrio com o meio. Sendo as dimensões de *coping* focadas na situação ou focadas na emoção (como o evitamento), utilizadas para estudar o *coping* nos doentes com cancro. De uma maneira geral, podem ser identificadas três estratégias principais: estratégias de *coping* focadas no problema, estratégias de *coping* de evitamento ou passivas focadas na emoção e estratégias de *coping* activas focadas na emoção (Ridder & Schreurs, 1994). Um estudo conduzido por Dunkel-Schetter,

Feinstein, Taylor e Falke (1992) revelou que os doentes com cancro não se limitam a utilizar uma ou duas estratégias de *coping*: 67% dos sujeitos (N=668) utilizam pelo menos quatro ou cinco estratégias para se adaptarem aos stressores que o cancro lhes impõe. No entanto, os estudos têm sublinhado que os doentes de cancro usam sobretudo estratégias passivas focadas na emoção, tais como escape ou evitamento e a fantasia (Dunkel-Schetter et al., 1992; Ridder & Schreurs, 1994). Esta preferência aparente pode dever-se a um enviesamento nos questionários de *coping*; por exemplo, no estudo de Dunkel-Schetter e col. (1992), que avaliava preferencialmente as estratégias passivas, como o distanciamento e o evitamento. Segundo Dunkel-Schetter e col. (1992) e Felton e Revenson (1984), nem o tipo de cancro nem a sua duração parecem afectar a preferência pelas estratégias de *coping* focadas na emoção.

Existe alguma evidência que o impacto psicossocial do cancro, mais do que o cancro em si, pode influenciar o *coping*, devido ao medo e às incertezas acerca do futuro e às limitações ou capacidade física, normalmente indicados como os aspectos que causam mais stress e, que contribuem para os níveis elevados de estratégias de *coping* focadas na emoção. Outros dados sugerem que não é apenas a quantidade de ameaça que afecta o *coping*, mas também o seu contexto, o que significa que os acontecimentos ameaçadores durante a fase inicial do cancro conduzem ao uso de mais estratégias emocionais activas ou de resolução de problemas (Heim et al., 1987). Esta opção deve-se ao facto de o diagnóstico diminuir as incertezas que ocorrem aos pacientes.

As questões relacionadas com as tarefas adaptativas também podem ser importantes para interpretar os efeitos do *coping* no bem-estar do paciente. Contrariamente à suposição de que apenas as estratégias de *coping* focadas no problema podem reduzir os níveis de ansiedade e depressão, estudos mais antigos com doentes de cancro revelaram que as estratégias de *coping* emocionais activas; tais como reavaliação positiva ou auto-controlo, podem ser úteis (Felton et al., 1984). Alguns autores reivindicam, inclusive, que as estratégias emocionais passivas, tais como evitamento ou auto-culpabilização podem trazer alívio e reduzir a ansiedade (Filipp et al., 1990). Para melhor compreendermos de que forma é que o *coping* pode funcionar como um amortecedor dos aspectos stressantes do cancro no bem-estar, torna-se necessário continuar a investigar nesta área.

Como temos vindo a referir, as exigências que o indivíduo enfrenta variam de uma doença para outra e, com uma doença em particular, de um estágio para o outro, o

que implica uma provável alteração nas estratégias de *coping* utilizadas (Heim, Augustiny, Schaffner & Valach, 1993). No que refere ao cancro da mama em particular, têm sido realizadas algumas investigações procurando examinar a relação entre o estilo de *coping* e o ajustamento psicológico das mulheres com cancro da mama em diferentes fases da doença, tais como estágio inicial da doença, após o diagnóstico, após a mastectomia e durante a quimioterapia (Classen, 1996).

No que refere ao ajustamento à doença e *coping* após o diagnóstico, Stanton e Snider (1993) procuraram estudar as reacções à doença e identificar os factores que facilitam um ajustamento emocional positivo. Os autores conduziram o seu estudo baseados na teoria do stress e *coping* de Lazarus e Folkman. Este estudo seguiu 117 mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, tendo-se recolhido dados relativamente à personalidade, avaliação cognitiva, *coping* e variáveis de humor, antes da realização da biopsia, após o diagnóstico e, para as mulheres que recebiam o diagnóstico de cancro, depois da respectiva cirurgia. Seguidamente à biopsia, 36 mulheres foram diagnosticadas com cancro da mama e 81 com doença benigna. Não foram encontradas diferenças nestes dois grupos, ao nível de avaliações cognitivas, *coping* e afectos, antes do diagnóstico. No entanto, as doentes que receberam o diagnóstico de cancro revelaram mais afectos negativos (ansiedade e depressão) após a biopsia, do que as doentes com diagnóstico benigno. Posteriormente à cirurgia, as doentes com cancro evidenciaram menos vigor e mais fadiga do que as doentes com doença benigna, embora os dois grupos não se tenham diferenciado no que diz respeito a outras emoções negativas. Na mesma linha de investigação, Carver e col. (1993) entrevistaram 59 mulheres com cancro da mama na altura do diagnóstico e seguiram-nas por um período de 1 ano. As mulheres que referiam utilizar mais estratégias de *coping* positivas, como a aceitação e o humor, apresentavam menos distress do que as mulheres que utilizavam estratégias como a negação e o desinvestimento. Mais recentemente, McCaul e col. (1999) também se interessaram pelo estudo dos possíveis preditores do ajustamento em mulheres com cancro da mama, incluindo o *coping*. Estes autores efectuaram um estudo com 61 mulheres, logo após terem sido diagnosticadas no estágio I ou II da doença. As medidas foram recolhidas após o diagnóstico e 4 meses depois, revelando-se que o preditor mais consistente de distress, e em menor grau, da qualidade de vida, era o estilo de *coping* de evitamento: as mulheres que reportavam mais *coping* de evitamento na *baseline*, eram também as que apresentavam mais distress, aos 4 meses



de seguimento. Estes dados estão de acordo com os encontrados em investigações anteriores (e.g. Carver et al., 1993; Stanton & Snider, 1993).

Com o objectivo de estudar quais as estratégias de *coping* que permitem um maior sucesso quando as pacientes enfrentam uma quimioterapia para o cancro da mama, Shapiro e col. (1997), realizaram uma investigação com 56 mulheres, a quem foram avaliando e comparando as estratégias de *coping* (avaliados através do *Medical Coping Modes Questionnaire* – MCMQ) e as diferenças no que refere aos efeitos colaterais a nível físico e psicológico, verificados durante o tratamento (avaliados através do *Social Support Questionnaire* – SSQ e do *Rotterdam Symptom Checklist* – RSCL). Os resultados indicaram que as pacientes que utilizavam estratégias de *coping* confrontativo revelavam menos sintomas colaterais físicos e psicológicos do que as doentes que utilizavam estratégias de *coping* de evitamento-confrontação e evitamento-resignação.

Um estudo Português de Varela e Leal (2007), com 84 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, (em que 38 se encontravam a realizar tratamentos para o cancro da mama e 46 já os haviam terminado), procurou determinar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres portuguesas. Para este estudo, e no sentido de determinar as estratégias de *coping*, as autoras utilizaram o Mini-Mac. Os resultados indicaram que as estratégias mais utilizadas eram o Espírito de Luta e o Fatalismo, seguidas do Evitamento Cognitivo e a da Preocupação Ansiosa. A estratégia de *coping* menos utilizada era o Desânimo/Fraqueza. As autoras procuraram ainda verificar como é que as estratégias de *coping* se distribuíam em função das variáveis sócio-demográficas: idade, escolaridade e estado civil. Encontrando-se apenas uma correlação significativa entre a Preocupação Ansiosa e a escolaridade ( $r=-.22$ ,  $p<.05$ ), o que indica que quanto maior o nível de escolaridade da mulher menor a utilização da Preocupação Ansiosa. Também foi estudado como é que as estratégias de *coping* se distribuíam pelas variáveis clínicas: tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo de cirurgia e, ainda, tipo de cirurgia. Os resultados indicaram que não se encontram diferenças significativas nas estratégias de *coping* em função das variáveis estudadas.

Apesar de escassa, a investigação também tem procurado examinar a relação entre as estratégias de *coping* e o ajustamento à doença num estágio avançado. Bloom e Spiegel (1984) realizaram um estudo que revelou que as estratégias de *coping* de evitamento estavam associadas a um funcionamento social pobre em mulheres com cancro da mama em estágio avançado. Também Classen e col. (1996) procuraram

identificar a relação entre o ajustamento psicológico ao cancro da mama em estágio avançado e o *coping*. Os autores previam uma correlação positiva entre o *coping* caracterizado pela expressão emocional e a adopção do espírito de luta e o ajustamento psicológico, e negativa com o *coping* de negação e fatalismo. Foi utilizada uma amostra de 101 mulheres com cancro da mama recorrente ou metastático. Os resultados indicaram que o espírito de luta e a expressão emocional se encontravam associados a um melhor ajustamento. Não foi encontrada nenhuma associação entre os distúrbios de humor e a negação ou fatalismo. Kershaw e col. (2004) analisaram as estratégias de *coping* utilizadas por 189 pares de mulheres com cancro da mama num estágio avançado e seus cuidadores, tentando perceber como é que estas estratégias se relacionavam com a sua qualidade de vida. As análises revelaram que as estratégias de *coping* utilizadas por estas mulheres, eram a reavaliação positiva, distração e ventilação, o suporte emocional e a religião, enquanto os cuidadores utilizavam estratégias de *coping* menos produtivas, como o recurso ao álcool ou drogas. Nas pacientes, o *coping* activo encontrava-se associado com uma melhor qualidade de vida, enquanto o *coping* de evitamento estava associado com níveis mais baixos de qualidade de vida.

A relação entre as respostas de *coping* e o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, tem sido bem documentada, principalmente, para o período que se segue ao diagnóstico. Contudo, também se torna pertinente perceber a associação entre as respostas de *coping* e o ajustamento a longo prazo. Segundo Culver e col. (2002), a experiência recente de um cancro da mama é considerada uma crise, que na maioria das pacientes se prolonga até um ano após a cirurgia. A forma como a mulher vai lidar com esta crise, pode desempenhar um papel importante no seu ajustamento. Durante este primeiro ano, geralmente a mulher enfrenta diversas situações, como o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos, para as quais pode fazer sentido a utilização de estratégias de *coping* diferenciadas e com objectivos diferentes. Nesse sentido, interessa perceber que estratégias podem ser mais eficazes em cada fase da doença, visto que sabemos que uma estratégia eficaz numa determinada altura não será necessariamente eficaz noutra altura. Num estudo conduzido pelos mesmos autores verificou-se que duas das estratégias de *coping* estudadas prediziam o nível de distress das pacientes. Assim, o desinvestimento comportamental aos 3 meses predizia um distress mais elevado aos 6 meses e, a aceitação aos 3 meses predizia menos distress aos 6 meses. Os autores foram levados a concluir que estes dados, relativos ao *coping* e ao stress, evidenciam uma espiral

maladaptativa ao longo do tempo: o distress após a cirurgia predizia maior desinvestimento aos 3 meses, o desinvestimento aos três meses previa níveis de distress mais elevados aos 6 meses e o distress aos 6 meses previa níveis mais elevados de ventilação aos 12 meses. Com o objectivo de analisar a relação entre o *coping* e a adaptação psicossocial entre doentes com cancro da mama ao longo do tempo e nas diferentes situações clínicas inerentes à doença, Heim, Valach e Schaffner (1997) realizaram um estudo longitudinal com 74 pacientes observadas entre 3 e 5 anos, após o diagnóstico, em intervalos de 3 a 6 meses. Os resultados sugerem que existe uma correlação significativa entre as estratégias básicas de *coping* e a adaptação psicossocial. Mais especificamente, foi demonstrada uma correlação positiva entre a adaptação psicossocial e as estratégias que geralmente são categorizadas como boas estratégias de *coping*, tais como o suporte, o auto-controlo e num grau menor, a distração e a negação. Mutuamente, estratégias de *coping* pobres, tais como a resignação-fatalismo, em combinação com uma atitude passiva de evitamento e de auto culpabilização do próprio ou do meio, apresentam uma correlação negativa, em quase todos os estádios da doença, com a maioria dos critérios de ajustamento. Um objectivo semelhante ao do estudo anterior, foi traçado por Hack e Degner (2004). Estes autores tentaram analisar a relação entre as respostas de *coping* e o ajustamento das mulheres com cancro da mama, aos 3 meses e aos 3 anos após o diagnóstico. Os resultados revelaram que as mulheres que se encontravam deprimidas na altura do planeamento do tratamento e que responderam ao diagnóstico com um *coping* passivo, de evitamento, i.e. resignação, apresentavam um ajustamento pior três anos depois. Isto parece indicar que as mulheres que respondem ao seu diagnóstico de cancro da mama com um *coping* passivo, de resignação têm um risco mais elevado de desenvolverem um ajustamento pobre a longo prazo.

Jim e col. (2006), procuraram perceber, em mulheres com cancro da mama, a relação longitudinal entre o *coping* e os auto-relatos acerca do significado que a doença teve nas suas vidas, aos 2 anos após o diagnóstico. Os resultados indicaram que as estratégias de *coping* positivas (e.g. reinterpretação positiva, suporte social, *coping* religioso), prediziam a atribuição de um significado positivo às suas vidas (sentimentos de paz, de satisfação com a vida actual e com o futuro, espiritualidade e “luta”) e a ausência destas estratégias prediziam relatos de perda de significado ou confusão.

A investigação também tem procurado analisar a importância das estratégias de *coping* no que respeita à progressão do cancro da mama. Seguindo esta linha de

investigação, Greer (1991) procurou testar a hipótese de que o estilo psicológico adoptado pelos doentes quando desenvolvem cancro, em alguns casos, influencia o curso da doença. Esta hipótese foi examinada à luz de um estudo de seguimento durante 15 anos, com mulheres com cancro da mama num estado inicial e, de outros estudos pertinentes nesta área. As evidências confirmaram a hipótese para cancros num estado precoce, em que não se observam metástases, embora a confirmação para doentes com metástases seja equivocada. As respostas passivas, de incapacidade e desesperança, são consistentemente associadas a resultados pobres (período mais curto de sobrevivência). A resposta oposta à desesperança, isto é, o espírito de luta tem sido insuficientemente estudada mas, geralmente, encontra-se associado a um período maior de sobrevivência. A outra estratégia de *coping* activa, normalmente denominada de negação ou de evitamento positivo, também se encontra associada a um prolongamento da sobrevivência.

Como já vimos anteriormente, a idade parece ser um factor a considerar quando estudamos o ajustamento das mulheres com cancro da mama, na medida em que existem vários estudos que comprovam que as mulheres mais novas podem apresentar mais dificuldades, após o diagnóstico desta doença. Deste modo pode ser relevante perceber quais as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres mais jovens, a quem foi diagnosticado um cancro da mama, podendo-se oferecer a estas mulheres orientação acerca de estratégias de *coping* que permitam lidar com os diversos stressores associados a esta problemática. Com este intuito, Manuel e col. (2007) procuraram examinar as estratégias de *coping* de 201 mulheres com menos de 50 anos (na altura do diagnóstico) e que se encontravam num período pós diagnóstico que variava entre os 6 meses e os 3.5 anos. Uma análise quantitativa do *Ways of Coping Scale* revelou que as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas eram a reestruturação cognitiva positiva, a ilusão e a realização de mudanças. Uma análise qualitativa, baseada numa questão aberta acerca de como as mulheres lidam com os diferentes aspectos stressores do seu diagnóstico, revelou que as mulheres consideravam útil uma panóplia de estratégias de *coping*, dependendo do stressor que estavam a enfrentar. Por exemplo, o suporte social era útil para lidar com a raiva ou depressão, enquanto a reestruturação cognitiva positiva era mais útil para lidar com as preocupações acerca do futuro. Assim, e para melhor apoiar as mulheres diagnosticadas com cancro da mama seria importante que os profissionais de saúde estivessem conscientes dos stressores que acompanham esta problemática bem como das estratégias de *coping* que se revelam mais eficazes

para fazer face aos mesmos. Por outro lado, também importa perceber quais as estratégias de *coping* que conferem maior grau de conforto e ajustamento às mulheres mais velhas. Nesse sentido, Feher e Maly (1999), procuraram identificar e examinar estratégias de *coping* religiosas e espirituais em mulheres mais velhas (mais de 65 anos) recentemente diagnosticadas com cancro da mama; concluindo que a religião e a espiritualidade providenciam ferramentas importantes para estas mulheres se ajustarem nesta fase da doença.

Resumidamente, foi possível constatar que a literatura acerca do *coping* com o cancro da mama, apresenta perspectivas discordantes acerca do valor de estratégias de *coping* activas, focadas no problema versus estratégias de negação ou evitamento. Parece ser possível concluir que todas as estratégias básicas de *coping* cognitivo-comportamentais contribuem de alguma forma para a adaptação psicossocial ao cancro da mama, dependendo de vários factores, tais como o estágio da doença. Um passo importantíssimo parece ser a criação de métodos de intervenção psicológica que capacitem as doentes com respostas passivas e de desesperança a adoptarem estratégias de *coping* activas e espírito de luta. Seguindo estas evidências, as estratégias de *coping* activas parecem funcionar como um alívio para o stress emocional, repercutindo-se positivamente na progressão da doença. Parece-nos importante referir que apesar desta evidência, não existem dados que comprovem que as estratégias de *coping* activas, só por si, sejam vantajosas ao nível do ajustamento no cancro da mama. Os estudos também parecem indicar que o evitamento, enquanto estratégia de *coping*, parece contribuir para um pior ajustamento ao cancro da mama. No entanto, não podemos descurar os dados que indicam que há um impacto positivo das estratégias de negação e evitamento em certas fases do processo de tratamento.

Outro aspecto a considerar quando tratamos de estratégias de *coping* é o suporte social. Este pode ser visto como uma estratégia de *coping*, quando o sujeito procura a ajuda de outros, por exemplo para desenvolver um plano de acção ou apenas para a expressão de emoções. Podendo ajudar o individuo a dar um significado mais positivo ao acontecimento.

### **2.3.5 - Suporte social, ajustamento psicológico e progressão do cancro da mama**

O suporte social é um dos factores psicossociais que se pode constituir como um amortecedor das adversidades impostas pelo diagnóstico e tratamento do cancro da mama (Patrão & Leal, 2004). O suporte social refere-se a um conjunto de mecanismos que através das relações interpessoais vão proteger os indivíduos dos efeitos negativos do stress, na sua saúde, no bem-estar e na qualidade de vida, que deveria estar presente independentemente dos acontecimentos stressantes (Serra, 2002). Segundo Moyer e Salovey (1996), o suporte social diz respeito aos recursos providenciados pelas pessoas da rede social de um indivíduo, como por exemplo o esposo, familiares, amigos, colegas de trabalho, ou profissionais. O apoio social também pode ser visto como a percepção que o indivíduo tem, de que pertence a um grupo com obrigações mútuas e onde se sente querido, amado, estimado e valorizado. De uma forma mais geral, Bloom (2000) considera que o suporte social refere-se a diferentes graus de necessidade de afecto, aprovação, segurança e pertença a um grupo de pessoas significativas.

Este constructo tem sido definido de diversas formas, e geralmente é consensual a multidimensionalidade da sua natureza (Winemiller et al., 1993). Apesar das discrepâncias na definição de suporte social, existem três aspectos que parecem ser consensuais na maioria das definições: (a) aspectos estruturais da rede de suporte social (número e composição), (b) tipos funcionais de assistência disponível (emocional, instrumental, informação), e (c) a natureza do suporte (satisfação, reciprocidade). No que diz respeito aos tipos de suporte social e segundo Bloom (2000) e Serra (2002) o apoio emocional ou afectivo refere-se ao sentimento que o indivíduo tem de ser estimado e acompanhado pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros e limitações, o que contribui para melhorar a sua auto estima. O apoio emocional é um recurso social que possivelmente facilita a forma como as pessoas lidam com situações de stress, em doentes com cancro da mama, o suporte social encontra-se relacionado com benefícios a nível psicológico, social e físico (Bloom, 1982). O apoio a nível da informação permite que o indivíduo faça uma avaliação mais correcta do seu problema, dando-lhe outro significado, estabelecendo objectivos mais realistas e ainda facilitando a tomada de decisões. Este tipo de apoio é particularmente importante na fase em que é diagnosticada a doença, facilitando a obtenção de informação acerca do prognóstico e tratamento. O apoio instrumental, consiste na ajuda concreta, em termos materiais, que

podem ajudar o indivíduo a resolver um problema (por exemplo: disponibilidade de ambulâncias para transportar as doentes diariamente para a realização da radioterapia).

Têm sido propostas algumas teorias para explicar o mecanismo através do qual o suporte social influencia o impacto na saúde dos acontecimentos de vida stressantes. No modelo do efeito directo ou efeito principal, é sugerido que a presença do suporte social é benéfico e a sua ausência causadora de stress, sugerindo que o suporte social influencia a apreciação acerca do stressor (Cohen, 1985). Por exemplo o suporte social pode influenciar directamente o ajustamento através da segurança, fazendo com que os pacientes sintam maior controlo, ao saberem que os outros os ajudarão (Kornblith, 2001).

No modelo amortecedor, o suporte social protege ou amortece os efeitos dos acontecimentos de vida no ajustamento. Os acontecimentos de vida causadores de stress que ocorrem na presença do suporte social produzem menos distress do que se ocorressem na ausência de suporte social. O suporte social pode ajudar os pacientes a redefinirem o acontecimento de forma a que este deixe de ser visto como stressor e/ ou a funcionar como uma provisão de recursos, reduzindo a severidade do acontecimento (Thoits, 1982 cit. por Kornblith, 2001). Segundo os mesmos autores, o modelo amortecedor assume que o suporte social é útil apenas se este for desejado pelo indivíduo, o suporte fornecido a indivíduos que não se encontrem sob stress, ou em excesso, não tem valor.

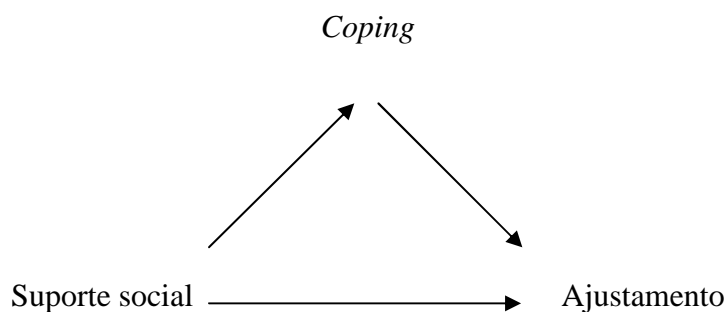
Devido à natureza multidimensional do suporte social, segundo Kornblith (2001), é possível que ambos os modelos possam explicar a relação entre o suporte social e os acontecimentos de vida causadores de stress e o seu efeito no estado emocional. A segurança, o afecto e o suporte emocional, de uma forma geral, podem influenciar directamente o ajustamento enquanto a reavaliação cognitiva de um acontecimento causador de stress, ou a mobilização de recursos durante o acontecimento stressante podem reduzir o seu impacto.

Segundo Broadhead e Kaplan (1991), as incertezas e medos inerentes ao facto de ter um cancro da mama aumenta a necessidade das pacientes receberem suporte. Os autores consideram, ainda, que o medo intenso da doença e o estigma associado à mesma, criam problemas de comunicação que diminuem o acesso ao suporte social. As necessidades de suporte das doentes com cancro da mama podem variar de acordo com as exigências de ajustamento com que se confrontam; daí a importância de serem capazes de conseguir ter acesso a múltiplos tipos de suporte. Ou seja, todos os tipos de

suporte social são úteis, dependendo da possibilidade de controlo do stressor. Assim, o suporte instrumental e informativo é importante quando o stressor pode ser controlado ou eliminado. Quando a situação não é controlável, o apoio emocional é fundamental para ajudar a controlar a resposta emocional negativa.

Um estudo clássico no que refere ao impacto do suporte social no ajustamento ao cancro da mama é o de Bloom (1982). Esta autora conduziu uma investigação que procurou pesquisar o ajustamento de mulheres com cancro da mama, supondo que o suporte social experienciado pela mulher seria um preditor do ajustamento, na medida em que facilitaria o *coping* com a doença. As participantes do estudo foram 130 mulheres entrevistadas após a cirurgia, num período que variou entre uma semana após cirurgia a 2.5 anos após a cirurgia. Realizou-se uma análise de regressão múltipla em que as variáveis estudadas foram: como variável independente, as medidas de suporte (previa-se que o suporte social tivesse um efeito indirecto no ajustamento); como variável mediadora, a resposta de *coping*; e como variável dependente, as medidas de ajustamento (auto-conceito, distress psicológico que incluía ansiedade, depressão, raiva, vigor, fadiga e confusão). Os resultados mostraram que dois dos indicadores de suporte social, percepção da coesão familiar e quantidade de contactos sociais tinham efeitos directos no *coping* e efeitos indirectos nas medidas de ajustamento. Estes resultados levaram, a autora a concluir que o *coping* medeia a relação entre o suporte social e o ajustamento nas mulheres com cancro da mama.

A ilustração 2. representa o modelo proposto por Bloom.



**Ilustração 2.** Modelo de Bloom, (adaptado de Samsi, Naus, Bailey e Ruby, 2005)



Tendo por base o modelo de Bloom (1982), Samsi, Naus, Bailey e Ruby (2005) examinaram os efeitos do suporte social percebido no ajustamento de mulheres com cancro da mama após o diagnóstico e tratamento, procurando ainda perceber se esta relação era mediada pelo tipo de *coping*. As participantes foram 78 mulheres afro-americanas. Os resultados indicaram que as mulheres afro-americanas que referiam percepções mais elevadas de apoio instrumental ou material (suporte tangível) e uma percepção mais elevada de que existem pessoas disponíveis para estarem com elas ou com quem podem fazer coisas (suporte pessoal), apresentam um melhor ajustamento à doença e um nível mais elevado de bem-estar. Neste estudo o *coping* não se revelou um mediador significativo entre o suporte social e o ajustamento.

Um aspecto de especial relevo quando estudamos o suporte social, diz respeito à percepção que o indivíduo tem desse mesmo suporte. Segundo Lieberman (1982), perante uma situação de stress, como é o diagnóstico e tratamento do cancro da mama, a maioria das pacientes procura ajuda socorrendo-se do suporte social formal (profissionais de saúde) ou informal (rede de amigos e família). A família pode ser uma fonte de suporte social importante para as pacientes que estão a vivenciar um cancro da mama. Contudo, é importante não esquecer que dependendo da cultura e da estrutura da família, esta pode ser facilitadora ou não da percepção de suporte social sentida pela paciente. A percepção do suporte emocional parece encontrar-se relacionada com o ajustamento emocional. No entanto, esta relação parece ser mais forte para pacientes com um bom prognóstico de cancro em oposição a doentes com um prognóstico pobre, o que sugere que um prognóstico pobre é tão ameaçador que não pode ser melhorado pelo suporte social (Dunkel-Schetter, 1984). A inconsistência e inadequação do suporte social, sentidos pelos pacientes com doença recorrente ou num estado avançado, em que seja necessário quimioterapia, podem ser explicados pelo aumento das necessidades de suporte por parte da paciente e pelo aumento das dificuldades das pessoas que poderiam providenciar suporte, em fazê-lo em situações extremas (Moyer & Salovey, 1996). Estas situações podem conduzir a um ciclo vicioso, em que as mulheres em que o desafio colocado pela doença é mais difícil de suportar, recebem menos suporte social e queixam-se mais.

Koopman e col. (1998), examinaram as relações entre o ajustamento emocional em mulheres com cancro da mama avançado e o suporte social. Os autores avaliaram três tipos de suporte: (1) número de pessoas do sistema de suporte, (2) suporte positivo, (3) suporte aversivo. Os resultados deste estudo foram consistentes com a hipótese de

que o suporte social pode melhorar o humor e que o stress social pode piorar o humor das pacientes. Os distúrbios de humor apareciam associados ao isolamento social e a ambientes sociais aversivos (pouca ajuda, demasiadas exigências e criticismo). Os resultados salientam a potencial importância do suporte social, mas também os efeitos negativos das interações sociais negativas. Assim, evitar o criticismo e as exigências pode ajudar no ajustamento das mulheres com cancro da mama.

Outros estudos decompuseram os mecanismos através dos quais o suporte social exerce os seus efeitos positivos. Um estudo realizado por Spiegel e col. (1991, cit. por Moyer e Salovey, 1996), estudou duas dimensões diferentes do suporte social: suporte emocional e oportunidades para contactos sociais, relacionando-as com o bem-estar psicológico e funcionamento social em indivíduos que estavam a lidar com cancro da mama. Este estudo revelou a existência de um processo interactivo que relaciona o suporte emocional com a atitude e, interliga o suporte emocional e a atitude ao funcionamento social. Segundo os autores, isto leva a crer que é a restrição da rede social face às limitações físicas impostas pelo cancro da mama e não o estigma associado à doença, que pode diminuir a viabilidade do suporte social.

Num estudo mais recente, Edgar e col. (2000) tiveram como objectivo avaliar cinco tipos diferentes de recursos utilizados pelas mulheres com cancro da mama, durante o tratamento: (1) suporte informal providenciado pelos membros da família e por outros pacientes com cancro; (2) suporte dos membros da equipa dos serviços de saúde e outros profissionais; (3) a utilização de voluntários e organizações de suporte, com foco nos grupos de suporte; (4) recursos relacionados com a recolha de informação, tais como livros, *internet* ou *media*; e (5) terapias alternativas ou complementares, para além dos tratamentos *standard*. Procurou-se perceber como é que estas fontes de suporte ajudavam as mulheres a lidar com as dificuldades causadas pela experiência de ter um cancro. Os resultados mostraram que as mulheres que recorreram a organizações que providenciavam suporte ou a terapias complementares alternativas, utilizavam o *coping* centrado no problema e menos utilização de estratégias de *coping* de evitamento ou de escape. Segundo os autores do estudo, a utilização deste tipo de suporte (organizações que providenciam suporte ou terapias complementares alternativas) parece ajudar a lidar com o distress causado pelo cancro da mama.

O suporte social tem sido identificado como um factor importante na prevenção e diminuição da depressão e ansiedade nos pacientes com cancro (Bloom & Spiegel, 1984). Alguns estudos têm revelado a relação bidireccional entre o suporte social e a

depressão (Badger et al., 1999). Se parece evidente que a perda de suporte social pode conduzir à depressão, também a depressão pode conduzir à perda de fontes de suporte social, confundindo a causa e o efeito. Segundo Brady e Helgeson (1991), isto pode acontecer através de vários mecanismos: a mulher pode desistir das suas relações à medida que a depressão e o distress emocional aumentam; as suas necessidades podem crescer até um ponto em que não podem ser satisfeitas; o seu companheiro pode distanciar-se à medida que o distress da mulher aumenta; e as necessidades da mulher podem permanecer as mesmas, mas a sua percepção de suporte pode ser influenciada por pensamentos negativos, que são uma característica do distress psicológico (Brady & Helgeson, 1991).

O apoio social, no cancro da mama, tem recebido muita atenção, não só ao nível das consequências psicossociais, mas também devido aos seus potenciais efeitos positivos a nível físico. Estes benefícios podem ser assinalados a nível celular e a nível do indivíduo. Por exemplo, a percepção sentida pelas doentes com cancro da mama acerca da qualidade do suporte emocional providenciado por outros significativos, parece ser o preditor mais importante da actividade das células NK (Natural Killer) (Levy et al., 1990). Segundo Bloom e Spiegel (1984) o suporte emocional encontra-se correlacionado positivamente com a sobrevivência, encontrando-se negativamente associado com o stress emocional. Segundo Spiegel (1992), os achados das revisões que efectuou revelam que o suporte psicossocial pode influenciar a progressão do cancro, através de diferenças no tempo de sobrevivência, em mulheres com cancro da mama metastático. Ell e col. (1992) identificaram alguns resultados consistentes com os apresentados anteriormente. Os autores elegeram examinar a relação entre dois indicadores de relações sociais (estatuto marital e integração social) e um indicador de suporte social (percepção da adequação do suporte emocional por parte das pessoas mais próximas) e a sobrevivência após o diagnóstico de cancro da mama, colo-rectal e do pulmão. Os resultados encontrados sugerem que o suporte emocional providenciado pelos membros da rede social primária é um factor crítico para explicar a relação entre os vários indicadores das relações sociais e a mortalidade. Os autores consideram que o apoio social por parte dos membros da rede social primária protege relativamente à sobrevivência nos estádios iniciais da doença e nas mulheres com cancro da mama. No entanto, a força dos processos biológicos sobre os processos psicológicos é acentuada, em estádios avançados da doença. Neste estudo, o stress psicológico não é significativo para prognosticar a sobrevivência, o que vem de encontro a estudos prévios com

doentes de cancro (Cassileth, Lusk, Miller, Brown & Miller, 1985; Greer, Morris & Pettingale, 1979).

Para finalizar, os estudos citados parecem indicar que através da redução do isolamento e do providenciar de assistência prática e emocional, o suporte social pode funcionar como um amortecedor do stress associado ao cancro da mama e ao seu tratamento, podendo ainda ter resultados benéficos a nível físico (Glanz & Lerman, 1992). Os estudos também dão indicações de que o suporte social influencia o estado emocional das pacientes com cancro da mama (Badger et al., 1999; Bloom & Spiegel, 1984; Kornblith et al., 2001). Algumas evidências sugerem que o nível de suporte social necessita de ser bastante elevado para reduzir o stress psicológico severo (Kornblith et al., 2001), levando os autores a sugerir o desenvolvimento de intervenções psicossociais que promovam o suporte social das pacientes com cancro da mama.

### **Conclusão**

Da revisão efectuada neste capítulo pode ser concluído que o diagnóstico do cancro da mama e o seu tratamento constituem um acontecimento de vida que provoca stress intenso, com consequências profundas em todos os aspectos da vida. As doentes com cancro da mama têm necessidades e preocupações específicas, que em grande parte das doentes, podem subsistir por períodos de tempo longos. A forma como a paciente vai recuperar a estabilidade emocional e aceitar a ideia de viver com uma doença ameaçadora de vida encontra-se dependente da sua vulnerabilidade psicológica. As mulheres com uma predisposição para a depressão, com estratégias de *coping* ineficazes e com um nível elevado de acontecimentos de vida que provocaram stress, podem possuir um risco elevado de vir a desenvolver sintomas psiquiátricos. O tipo de cirurgia a que são submetidas também pode ter algum valor preditivo, mas o alcance desta variável é sobreposto pelo medo de recorrência em doentes diagnosticadas num estágio precoce da doença; nas doentes de cancro com metástases, o medo da morte e da dor é predominante (Van der Pompe et al., 1996). Nesta situação complexa, o apoio social pode funcionar como um amortecedor dos efeitos negativos da doença e contribuir para melhorar o significado de vida das doentes com cancro da mama.

Dos dados e informação disponíveis e, até agora referidos, pode-se concluir pela implicação dos aspectos psicossociais no cancro da mama. Assim, a Psicologia parece ter um papel a desempenhar na compreensão desta doença, não apenas em termos de

cognições e comportamentos que podem estar relacionados com o aparecimento, adaptação e progressão da doença, mas também ao nível das consequências psicológicas e promoção da qualidade de vida. O papel dos profissionais de saúde na preservação psicológica e física pode ser muito importante numa doença como o cancro da mama; isto porque eles providenciam informação e segurança credível. Segundo Moyer e Salovey (1996), alguns dos desafios específicos dos profissionais de saúde na prestação de suporte às doentes podem incluir: o envolvimento com as preocupações das doentes sem se separarem da sua condição de profissionais; equilibrar o controlo do processo de tomada de decisão; falar abertamente com as doentes acerca do cancro, sem as agastar; e reconhecer o desejo das doentes de terem uma certeza ao nível do prognóstico, despistando a natureza imprevisível da doença.

Do ponto de vista metodológico, os estudos que se dedicaram a examinar o ajustamento psicológico à doença, tanto ao nível de factores emocionais como de factores sócio culturais, parecem sofrer de problemas semelhantes no que refere às medidas utilizadas, revelando falhas no rigor metodológico (Härtl, 2003). Nomeadamente, os procedimentos de recolha da amostra nem sempre são descritos adequadamente, as medidas utilizadas são subjectivas e não são reproduzíveis e, de uma maneira geral, existe uma lacuna ao nível do controlo de algumas variáveis. Em Portugal, deparamos com a falta de estudos que procurem avaliar os factores psicossociais que medeiam o ajustamento psicológico e a progressão do cancro da mama na nossa população, o que constituiu um factor motivador para a realização deste trabalho.

## **CAPÍTULO III**

---

### **Emoções Positivas e Doença Oncológica**



Neste capítulo destacaremos o Optimismo enquanto variável psicológica que influencia o ajustamento à doença e sua progressão, mais especificamente, no que se refere ao cancro da mama. Iniciaremos apresentando as várias definições de Optimismo bem como as correntes teóricas subjacentes às mesmas. Faremos referência ao Optimismo enquanto Estilo Explicativo e ao Optimismo Disposicional, o qual utilizaremos no nosso trabalho. Assim, o estudo apresentado na parte empírica, recorre-se da abordagem que se refere ao Optimismo Disposicional, utilizando-se para o efeito um instrumento que avalia esta dimensão da personalidade *Life Orientation Test, Revised* (LOT-R).

O capítulo prossegue procurando-se apreender a relação entre o Optimismo e aspectos biológicos da saúde e da doença bem como a relação entre o Optimismo e os aspectos psicológicos que interferem com os referidos processos de saúde e doença.

Seguidamente, procuraremos chegar a um entendimento relativamente ao papel do Optimismo na adaptação e recuperação das doenças oncológicas em geral e no cancro da mama em particular. Para finalizar o capítulo salientaremos a relação entre o optimismo, os benefícios percebidos e o ajustamento ao cancro da mama.

### **3.1 - Optimismo: Definição e Modelos**

No dicionário, a definição de optimismo refere-se à expectativa que as pessoas têm acerca do futuro (Peterson, 2000). As abordagens científicas acerca deste constructo também dizem respeito às expectativas acerca do futuro. Na base destas expectativas, encontram-se os conceitos de optimismo e pessimismo. O constructo do optimismo tem bases sólidas em décadas de teoria e investigação acerca das motivações humanas e na forma como estas se traduzem em comportamentos (Carver & Sheier, 2005).

O Antropólogo Lionel Tiger (1979 cit. por Peterson 2000), apresenta a seguinte definição de optimismo: “humor ou atitude associada à expectativa acerca do futuro social ou material – que o avaliador considera socialmente desejável, para seu benefício ou prazer” (p. 18). Esta definição remete-nos a considerar que o optimismo depende daquilo que cada indivíduo considera desejável.

As abordagens contemporâneas, usualmente, referem-se ao optimismo como uma característica cognitiva, um objectivo, uma expectativa, ou uma atribuição causal.



Mas o optimismo não é apenas cognição. Segundo Peterson (2000), não podemos esquecer a emoção que impregna o optimismo, o optimismo é simultaneamente motivado e motivante. O optimismo pode, ainda, estar relacionado com outras variáveis psicológicas, como por exemplo o controlo interno ou a auto-estima (Chang, 2001).

O optimismo é frequentemente definido como reflectindo a expectativa de que coisas boas aconteçam, enquanto o pessimismo reflecte uma expectativa de que aconteçam coisas negativas. A sabedoria popular sustenta a ideia de que estas diferenças entre as pessoas são muito importantes, se não em todos, na maioria dos aspectos da vida (Carver & Scheier, 2005). Todavia, apesar desta definição comum, o optimismo pode ser operacionalizado de diversas formas.

Segundo Gillham e col. (2001), os psicólogos que se interessam pelo optimismo tendem a posicionar-se em um de dois universos paralelos, são eles o estilo explicativo, e o optimismo e pessimismo disposicional. Segundo estes autores, em cada uma destas posições utilizam-se termos semelhantes e encontram-se resultados semelhantes, ao nível da investigação. De acordo com Scheier e Carver (1993), as teorias acerca do estilo explicativo e do optimismo disposicional encontram-se relacionadas conceptualmente. Contudo, Gilham e col. (2001) referem que até recentemente houve pouca discussão acerca da relação entre o optimismo disposicional e o estilo explicativo. Nos parágrafos que se seguem procura-se elucidar acerca do estilo explicativo e, do optimismo e pessimismo disposicional enquanto abordagens teóricas, bem como acerca da sua relação com o bem-estar (saúde física e saúde psicológica) e ainda, acerca das semelhanças e diferenças entre estas abordagens.

### **3.1.1 - Optimismo como estilo explicativo**

Uma forma de conceptualizar o optimismo, pode ser focando no estilo explicativo, a forma como um indivíduo habitualmente explica as causas dos eventos, ou seja, a tendência geral para utilizar explicações semelhantes para diferentes acontecimentos (Buchanan & Seligman, 1995). Trata-se de uma variável cognitiva de personalidade que é descrita em dois pólos, o pessimismo (quando os acontecimentos negativos são explicados como estáveis, gerais e de causalidade interna) e o optimismo (quando os acontecimentos negativos são explicados como instáveis, específicos e de causalidade externa). Um estilo explicativo pessimista encoraja os indivíduos a acreditar que são impotentes, que nada do que fazem importa, enquanto que um estilo

explicativo otimista encoraja os indivíduos a acreditar que os seus comportamentos afectam os resultados. As teorias alusivas ao estilo explicativo são a reformulação da teoria do desânimo aprendido e a teoria da desesperança relativamente à depressão.

O *desânimo aprendido* foi inicialmente descrito por psicólogos que se interessavam pelo estudo da aprendizagem animal (Peterson & Steen, 2005). Overmier e Seligman, (1967); Seligman e Maier, (1967 cit. por Peterson, Buchanan e Seligman, 1995) imobilizaram um cão e administraram-lhe uma série de choques eléctricos, sem que este pudesse escapar ou evitar os choques. Vinte e quatro horas depois, o cão foi colocado numa situação em que o choque podia ser terminado, através de uma resposta simples. Contudo, o cão não teve essa resposta, permanecendo passivo durante o choque. Os investigadores propuseram que o cão tinha aprendido o desânimo: quando originalmente foi exposto ao choque de forma incontrolável, aprendeu que nada do que fizesse resultaria. O choque tinha início e terminava independentemente do comportamento do cão. Segundo os autores (Maier & Seligman, 1976 cit. Peterson, Buchanan e Seligman, 1995), esta resposta de desânimo era generalizada a outras situações, provocando uma série de déficits motivacionais, cognitivos e emocionais, que definem o fenómeno do desânimo aprendido.

Os autores interessados em humanos e nos seus problemas, rapidamente estabeleceram paralelismos entre o desânimo aprendido produzido por acontecimentos incontroláveis em laboratório e a passividade mal-adaptativa existente no mundo real (Peterson & Steen, 2005). Os mesmos autores referem que numa das linhas de trabalho acerca deste tema, o desânimo nas pessoas, foi produzido em laboratório tal como nos animais, pela exposição a acontecimentos incontroláveis e observação dos seus efeitos. Os resultados apresentaram semelhanças entre o comportamento dos humanos e o fenómeno observado nos animais, conduzindo a uma variedade de problemas como a ansiedade e depressão. Os autores verificaram ainda que a exposição prévia a acontecimentos controláveis imunizava as pessoas contra o desânimo aprendido.

Peterson e Steen (2005), sugeriram a existência de diversas falhas na adaptação e analogia do desânimo aprendido aos humanos. Os autores consideram que o modelo não explica a diversidade de reacções que as pessoas exibem perante acontecimentos incontroláveis. Segundo os autores, algumas pessoas revelam os déficits ao longo do tempo e em várias situações e outras não.

Numa tentativa de resolver estas discrepâncias, Abramson, Seligman e Teasdale (1978 cit. por Abranson, Alloy & Metalsky, 1995) reformularam o modelo de desânimo

aplicado às pessoas. Os autores defendem que a forma como as pessoas explicam os acontecimentos das suas vidas pode esgotar a sua motivação e reduzir a persistência, tornando-os mais susceptíveis à depressão. Por outro lado, o estilo explicativo pode ajudar o sujeito a resolver os seus problemas, tornando-o resiliente face à adversidade.

A reformulação da teoria do desânimo aprendido, segundo Gillham e col. (2001), apresenta três dimensões segundo as quais as explicações podem variar: (1) internas versus externas, (2) estáveis versus instáveis e (3) globais versus específicas. As explicações pessimistas para os acontecimentos negativos, são internas, estáveis e globais, ou seja, a adversidade é atribuída a características do próprio, factores que podem permanecer no tempo e circunstâncias que afectam vários domínios da vida do sujeito. As explicações optimistas mostram o lado oposto. Os acontecimentos negativos são imputados a factores situacionais e temporários e que afectam apenas alguns domínios da vida (Gillham et al., 2001). De acordo com os mesmos autores, para a explicação de acontecimentos positivos, os padrões pessimistas e optimistas invertem-se. As explicações pessimistas para os acontecimentos positivos são externas, instáveis e específicas. Ou seja, a fonte de sucesso é breve, tem uma influencia limitada, afectando apenas algumas áreas da vida e é causada por outras pessoas ou circunstâncias. Pelo contrário, as explicações optimistas são internas, estáveis e globais.

A reformulação da teoria do desânimo aprendido postula que as explicações pessimistas e optimistas conduzem a expectativas diferentes acerca do futuro. Os indivíduos que atribuem os acontecimentos negativos a causas estáveis e globais esperam resultados incontroláveis no futuro. Estes indivíduos são vulneráveis e impotentes face à adversidade. Contrariamente, Gillham, Shatté, Reivich e Seligman (2001), referem que indivíduos que atribuem acontecimentos negativos a causas instáveis ou específicas, têm expectativas de exercer controlo no futuro, tornando-se mais resilientes. Segundo esta teoria, a estabilidade da causa está relacionada com a duração dos sintomas de impotência, a globalidade da causa encontra-se relacionada com a generalização de sentimentos de impotência e desesperança ao longo de várias situações e a internalidade da causa encontra-se relacionada com deficits da auto-estima e depressão.

De acordo com a reformulação da teoria do desânimo aprendido, o estilo explicativo não é a causa dos problemas mas sim um factor de risco disposicional (Peterson & Steen, 2005). O desânimo tenderá a ser mais prolongado ou transitório,

abrangente ou restrito, perturbador da auto-estima ou não, de acordo com o estilo explicativo dos sujeitos.

Outra teoria que procura elucidar acerca do estilo explicativo é a teoria da desesperança relativamente à depressão. Segundo Abramson e col. (1989), as dimensões globalidade e estabilidade do estilo explicativo têm um impacto bastante forte na motivação e depressão, superior à dimensão internalidade. De acordo com a teoria da desesperança relativamente à depressão, três tipos de interpretação podem colocar o sujeito em risco de depressão após um acontecimento negativo. Primeiramente, o evento pode ser atribuído a causas globais e estáveis. Em segundo, podem ser inferidas consequências negativas ou catastróficas do evento. Em terceiro, podem ser conjecturadas características negativas acerca do próprio. Quando estas interpretações são feitas frequentemente, conduzem a expectativas negativas acerca de resultados valorizados pelo sujeito e a expectativas negativas acerca da capacidade para modificar a probabilidade desses resultados. Segundo os autores, estas expectativas negativas são a causa de um sub-tipo de depressão que se caracteriza por uma inibição retardada da resposta voluntária, afecto triste, falta de energia, apatia, retardamento psicomotor, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, pensamento negativo e, ideação suicida (Abramson, Alloy & Metalsky, 1995), o que nos parece semelhante ao quadro clínico de melancolia.

Resumidamente, podemos definir o estilo explicativo como uma variável da personalidade que reflecte a forma como as pessoas habitualmente explicam as causas dos acontecimentos. Este constructo emerge da teoria de desânimo aprendido, sendo introduzido para explicar as variações na resposta das pessoas aos acontecimentos incontroláveis. De uma forma mais geral, o estilo explicativo foca as diferenças individuais ao nível dos pensamentos e representações e a forma como estas influenciam a motivação, as emoções e o comportamento (Buchanan & Seligman, 1994).

A utilização dos termos optimismo e pessimismo, por vezes é confundida com o estilo explicativo (Gillham et al., 2001). Segundo os mesmos autores, podemos considerar que enquanto o estilo explicativo se relaciona com as explicações acerca dos acontecimentos, o optimismo e o pessimismo disposicional relaciona-se com as expectativas. No sentido de sermos mais precisos e de conseguirmos diferenciar o estilo explicativo do optimismo e pessimismo disposicional, optamos por tratá-los em sub-capítulos diferentes.

### 3.1.2 - Optimismo e pessimismo disposicional

Scheier e Carver (1992) abordam o optimismo como uma variável de personalidade que denominam de Optimismo Disposicional. Este diz respeito à expectativa geral de que as coisas agradáveis serão abundantes no futuro e de que as desagradáveis serão escassas. A perspectiva destes autores foca-se na forma como as pessoas perseguem os objectivos considerados como valores desejáveis. Para os autores, todo o domínio da actividade humana pode ser dirigida em termos de objectivos. Deste modo, o comportamento das pessoas implica a identificação e adopção de objectivos e a regulação das actividades para atingir tais objectivos. Assim, para estes autores, o conceito de optimismo está ligado a expectativas de valor atribuído aos objectivos auto-propostos.

Os princípios teóricos que se encontram na base dos conceitos de optimismo e pessimismo, defendidos por estes autores, apoiam-se nas teorias de motivação do valor expectativa (*expectancy-value models of motivation*). Esta ligação, significa que o constructo do optimismo, encontra bases sólidas em décadas de teoria e investigação acerca das motivações e em como estas se expressam através de comportamentos (Carver & Scheier, 2001). A teoria motivacional de expectativa-valor, pressupõe que a motivação inicia-se com a assumpção de que o comportamento é organizado em redor da busca de objectivos (Carver & Scheier, 1981, 1998). Os objectivos providenciam o elemento *valor* a esta abordagem. Os objectivos são qualidades que as pessoas assumem como desejáveis ou indesejáveis (anti-objectivos). As pessoas tentam ajustar os seus comportamentos a valores que consideram desejáveis e tentam manter-se afastados de valores que consideram indesejáveis. Quanto mais importantes forem os objectivos ou anti-objectivos, maior é o elemento valor na sua motivação respeitante a esses objectivos. Se as pessoas não têm um objectivo que é valorizado em algum grau, não têm razões para agir.

Outro elemento conceptual desta abordagem é a *expectativa de resultado*, (Carver & Scheier, 2001) ou seja a confiança ou dúvida acerca da possibilidade de alcançar os objectivos (ou o evitamento dos anti-objectivos). Se a pessoa perde a confiança, não há acção. A dúvida pode invalidar os esforços quer antes da acção ter início quer enquanto esta decorre. As pessoas só se envolvem na acção quando têm confiança suficiente de atingir os objectivos e é apenas sob esta condição que se

mantêm envolvidas nos esforços. Quando as pessoas têm confiança acerca de um eventual resultado, continuam com os seus esforços, mesmo face a grandes adversidades.

O optimismo e pessimismo disposicional têm por base o modelo de auto-regulação do comportamento de Carver e Scheier (1981, 1998), que introduz uma nova ideia à teoria motivacional de expectativa-valor, a incorporação de um processo de feedback que controla o comportamento. O modelo sugere que as acções são fortemente influenciadas pelas expectativas relativas às suas consequências. São as expectativas o elemento que estabelece a ligação entre o optimismo e o pessimismo e, este modelo. Quando confrontados com mudanças ou adversidades, os optimistas devem sentir confiança de que as coisas vão resultar bem, enquanto os pessimistas devem sentir grandes dúvidas acerca de resultados favoráveis. As expectativas positivas encorajam as pessoas a reunir os seus esforços para atingir o objectivo, enquanto expectativas desfavoráveis conduzem ao desistir de novas tentativas. O modelo com todas as suas complexidades não é um pré-requisito para a compreensão do optimismo e do pessimismo, mas dá corpo aos princípios teóricos subjacentes. Também ajuda a relacionar o optimismo e o pessimismo a um vasto contexto de comportamentos e emoções. Este modelo encontra-se descrito no ponto 4.2 (Modelo de Auto-Regulação de Scheier e Carver) do capítulo IV.

Em termos da comparação dos modelos apresentados, o optimismo como estilo explicativo e o optimismo disposicional, podemos concluir que existe uma ligação conceptual entre estes. Com efeito, ambos assumem que as consequências do optimismo e do pessimismo derivam das diferenças ao nível das expectativas (Scheier & Carver, 1992). Adicionalmente, na sua maioria, os dados acerca da associação entre o optimismo e o pessimismo disposicional e o bem-estar, são paralelos aos encontrados entre o estilo explicativo e o bem-estar (Peterson & Bossio, 1991; Scheier, Carver & Bridges, 2001), como teremos oportunidade de ver, ainda neste capítulo, nos pontos que se referem ao optimismo e bem-estar físico e psicológico. Contudo, estão presentes algumas diferenças claras. O estilo explicativo foca-se na avaliação que as pessoas fazem acerca das causas dos acontecimentos, enquanto o optimismo e pessimismo disposicional foca as expectativas generalizadas acerca do futuro (Scheier & Carver, 1992).

### 3.1.3 - Fundamentos biológicos do optimismo

O optimismo e o pessimismo têm sido pouco estudados ao nível dos seus correlatos biológicos. De facto, a pesquisa bibliográfica relacionando o optimismo e o pessimismo com termos biológicos revelou pouca informação nesta área.

Para compreender quais os factores biológicos que podem explicar as variações no optimismo e pessimismo nos membros da nossa espécie, temos que recorrer a campos como a genética comportamental, a neuropsicologia e a neurofarmacologia (Zuckerman, 2001). Segundo, Zuckerman (1991, 1993, cit. por Zuckerman, 2001) os traços de personalidade como o optimismo e o pessimismo podem ser estudados a vários níveis, desde o traço generalizado até às suas bases a nível do ADN, ou genético. Existem outros níveis intermédios: de expressão comportamental, de aprendizagem e cognição, fisiologia, bioquímica e, neurologia.

Algumas formas de psicopatologia representam extremos anormais de traços normais (Zuckerman, 2001). Segundo o autor, as desordens de ansiedade são uma expressão extrema do neuroticismo. O optimismo e o pessimismo encontram a sua expressão máxima nas desordens de humor bipolares ou unipolares. O mesmo autor, refere ainda, que o optimismo é uma atitude saudável no funcionamento normal das pessoas, enquanto que nos que experienciam uma fase de mania é expresso de forma impulsiva, com comportamentos de risco e esquemas grandiosos. Na fase depressiva da desordem bipolar ou na depressão episódica do distúrbio unipolar, encontra-se um tipo severo de pessimismo expresso através de uma desesperança generalizada. Assim, alguns aspectos genéticos e bioquímicos destas desordens podem ser relevantes para as bases biológicas do optimismo e pessimismo.

Dimensões da personalidade tais como extroversão e neuroticismo têm sido sujeitas a análises genéticas com gémeos e adoptados (Pederson, Plomin, McLearn e Friberg, 1988). Apenas encontramos dois estudos publicados acerca da genética do optimismo e pessimismo. Para procurarem estudar as influências genéticas no estilo explicativo, Schulman, Keith e Seligman (1993) realizaram um estudo com 115 pares de gémeos monozigóticos e 27 pares de gémeos dizigóticos, a quem administraram o Questionário de Estilo Atribucional (ASQ; Peterson et al., 1982) e o Inventário de depressão de Beck (BDI; Beck, 1967). Os autores descobriram que o estilo explicativo dos gémeos monozigóticos apresentava correlações mais elevadas do que o estilo explicativo dos gémeos dizigóticos. As correlações eram de .48 para gémeos monozigóticos e .00, para os gémeos dizigóticos. Isto não significa que exista um gene

do optimismo. Segundo Schulman e col. (1993), os genes podem ser indirectamente responsáveis pela concordância do estilo explicativo nos gémeos monozigóticos. Os autores sugerem que o optimismo não é directamente hereditário e, que o componente hereditário existe em função de outros traços, tais como a inteligência, atractividade, ou alguns traços temperamentais, que são mais dependentes da hereditariedade e que afectam a quantidade de fracassos ou sucessos nas experiências de vida. Os resultados dos acontecimentos vão determinar as atitudes generalizadas de optimismo ou pessimismo perante os acontecimentos futuros.

Noutro estudo, realizado por Seligman e col. (1984), verificou-se que os estilos optimistas ou pessimistas das crianças para a interpretação de acontecimentos negativos estão correlacionadas ( $r=.39$ ) com os estilos das suas mães, mas não com os estilos dos seus pais. A relação com o estilo da mãe e não com o estilo do pai ainda não se encontra explicada em termos genéticos a não ser pela existência de um gene envolvido no cromossoma X. Nesse caso, os rapazes só o poderiam herdar das suas mães.

Um estudo conduzido por Plomin e col. (1992) utilizando o LOT, que classifica separadamente o optimismo e o pessimismo, mostra que a escala de optimismo e pessimismo não apresentavam correlação ( $r = .02$ ). Neste estudo constituiu-se uma amostra com 126 gémeos idênticos e 146 gémeos fraternos, criados juntos e ainda 72 gémeos idênticos e 178 gémeos fraternos criados separadamente. As correlações para os gémeos idênticos criados separadamente constituem medidas directas de hereditariedade, porque este é provavelmente o único factor que os torna semelhantes. Estas correlações eram de .28 para o optimismo (LOT) e de .41 para o pessimismo (LOT). Contudo, a estimativa da hereditariedade baseada em todos os gémeos do estudo, revelou valores de .23 para a escala do optimismo e de .27 para o pessimismo. Encontraram-se algumas evidências de um tipo de variância genética e partilha de influências ambientais para os optimistas mas não para os pessimistas.

As fracas evidências acerca da hereditariedade do optimismo e o do pessimismo sugerem que estas podem ser indirectas. De acordo com Zuckerman (2001), o optimismo é baseado parcialmente nas bases genéticas da extroversão e o pessimismo é uma função parcial dos genes do neuroticismo. Segundo Seligman (1991), ainda que existam algumas evidências para os efeitos da partilha do ambiente no “optimismo aprendido”, a maior fonte do optimismo reside no ambiente não partilhado ou nas pessoas ou experiências que afectam um dos gémeos e não o outro. As experiências de vida particulares de perda e desapontamento nas relações ou no trabalho podem atenuar



o optimismo e incrementar o pessimismo para acontecimentos futuros. Os efeitos de tais experiências são, provavelmente, influenciados pelo temperamento.

Dos dados referidos acima é possível concluir que uma atitude optimista parece ser um traço adaptativo importante para a evolução da espécie (Zuckerman, 2001). Tal como outros traços (traços de personalidade e traços intelectuais), parece existir uma grande variabilidade individual a nível do optimismo e pessimismo. As medidas de hereditariedade relativas à origem desta variação sugerem uma relação baixa mas significativa para a hereditariedade do optimismo e do pessimismo. Segundo Zuckerman (2001), alguns dos genes envolvidos nos traços de personalidade podem ser os mesmos que influenciam a parte genética da tendência para o optimismo e pessimismo. O optimismo também parece ser influenciado por factores partilhados pela família e por acontecimentos de vida não partilhados, mas o pessimismo parece ser essencialmente aprendido através de eventos fora do ambiente familiar.

## **3.2 - Optimismo e Saúde**

### **3.2.1 - Optimismo e bem-estar físico**

A relação entre o optimismo e a saúde tem sido estudada pelos psicólogos. Segundo Peterson e Bossio (2001), o optimismo é um dos determinantes da saúde, mas não o único e em alguns casos nem é o principal. De acordo com estes autores, ainda há muito por saber acerca do optimismo e da saúde, ou seja, o optimismo não tem um efeito automático na saúde; o optimismo é importante quando acompanhado de outros processos, biológicos, psicológicos e sociais, que em conjunto conduzem a uma boa saúde.

É possível encontrar várias linhas de investigação que fornecem suporte empírico que permite concluir que o optimismo está correlacionado com uma boa saúde e o pensamento negativo com uma má saúde (Peterson, 1999). Bons exemplos podem ser a investigação sobre o *Locus* de Controlo de Saúde (Wallston & Wallston, 1978), a resiliência ou *Hardiness* (Kobasa, 1979) e o Sentido de Coerência (Antonovsky, 1985), entre outros.

O *Locus* de Controlo de Saúde é o grau em que os indivíduos acreditam que a sua saúde pode ser controlada por factores internos ou externos (Wallston & Wallston,

1978 cit. por Peterson, 1999). Este constructo deriva da teoria de aprendizagem social desenvolvida por Rotter em 1966. Segundo esta teoria, os indivíduos aprendem através da sua história de reforços. Através do processo de aprendizagem, os indivíduos desenvolvem a crença de que alguns resultados são consequência das suas acções (interno) ou consequência de outras forças independentes do próprio (externo), por exemplo médicos, sorte ou destino. Os indivíduos com um *locus* de controlo interno parecem envolver-se mais em comportamentos positivos de saúde.

Kobasa (1979), investigou a importância da personalidade enquanto determinante da doença causada pelo stress. Ou seja, a possibilidade de uma relação causal entre stress e doença, mediada pela personalidade. Nesta investigação, a autora, estudou dois grupos de executivos, que revelaram níveis elevados de stress nos três anos precedentes. Um dos grupos (n=86), apesar dos níveis elevados de stress não adoeceu, enquanto o outro grupo (n=75) apresentou doença após os seus confrontos com situações de stress. Segundo a autora o que diferenciava os dois grupos, níveis elevados de stress/ com níveis baixos de doença e níveis elevados de stress/ com níveis elevados de doença, é o que ela designa de *hardiness* ou resiliência. Assim, os sujeitos que apresentavam níveis elevados de stress mas que não adoeceram experienciavam o stress como uma mudança, não se sentiam alienados do seu trabalho nem da sua família (compromisso) e, tinham um *locus* de controlo interno (controlo), eram mais *hardy* (resilientes). Segundo Kobasa, *hardiness* significa, ser comprometido, ter uma atitude de vigor perante o ambiente, um sentido de significado e, *locus* de controlo interno.

Outro constructo que ajuda a estabelecer a relação entre pensamento positivo e boa saúde é o sentido de coerência, proposto por Antonovsky (1987), para predizer um *coping* eficaz e boa saúde. Antonovsky define sentido de coerência não como um traço de personalidade ou estilo de *coping* mas como uma orientação disposicional. É composto por três componentes: compreensão, competência e significado. O constructo explica que indivíduos com um grande sentido de coerência tem confiança de que o mundo é compreensível e fazem sentido do mesmo (compreensão), dispõem dos recursos para fazer face às exigências com que se confrontam (competência) e, envolvem-se e investem nas exigências e desafios da vida que são importantes para si (significado), ou seja tem um sentido de que as exigências da vida são desafios, que valem o seu investimento e envolvimento. Este modelo salienta os factores salutareos que contribuem para uma boa saúde física e psicológica.

Diversos são os estudos que confirmam a relação entre boa saúde e optimismo (e.g. Allison, Guichard, Fung & Gilain, 2003; Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier & Williamson, 1996; Tomakowsky et al., 2001). Aparentemente, o optimismo pode influenciar a saúde em várias conjunturas, pode tornar o início da doença menos provável, pode minimizar a severidade da doença, pode acelerar a recuperação e, pode tornar a recaída menos provável (Peterson & Bossio, 2001). Seguidamente, apresentam-se alguns estudos que permitem a constatação destes aspectos.

Até à data, existem vários estudos que procuraram estabelecer uma correlação entre optimismo, estilo explicativo (medido com o ASQ - *Attributional Style Questionnaire* ou o CAVE - *Content Analysis of Verbatim Explanations*) ou optimismo disposicional (medido com o LOT - *Life Orientation Test*) e o bem-estar físico. Em conjunto e como já foi referido anteriormente, estes estudos convergem fortemente.

Diferentes estudos publicados procuram investigar a relação entre o estilo explicativo e vários aspectos da saúde física e psicológica (Gillham et al., 2001). A saúde pobre tem sido medida de variadas formas: relato de sintomas, visitas médicas, exames físicos, imunossupressão, tempo de sobrevivência com cancro, recorrência de enfarte do miocárdio e morte (e.g. Buchanan, 1995; Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991; Levy, Lee, Bagley & Lippman, 1988; Lin & Peterson, 1990; Peterson, 1988; Peterson, Seligman & Vaillant, 1988; Peterson, Seligman, Yurko, Martin & Friedman, 1998). Dos estudos que exemplificam esta relação, podemos destacar os que se seguem. Peterson (1988), e Peterson e De Ávila (1995) descrevem nos seus estudos que os estudantes do ensino superior, optimistas, referem menos doença física, vão menos vezes ao médico e sentem-se mais capazes de prevenir problemas de saúde do que os seus colegas pessimistas. Segundo Peterson, Seligman e Vaillant (1988), o estilo explicativo no jovem adulto prevê a saúde física na meia idade. O estudo, que permitiu estas conclusões realizou-se com 99 alunos do ensino superior, com 25 anos e procurou relacionar a saúde física com o estilo explicativo. A saúde física destes sujeitos foi avaliada através de exames físicos entre os 30 e os 60 anos e relacionada com um estilo explicativo inicial. Os resultados revelaram que os sujeitos com estilo explicativo pessimista apresentavam uma saúde mais pobre aos 45 e 60 anos. Neste sentido e de acordo com Buchanan, Gardenswartz e Seligman (1999), melhorar o estilo explicativo pode aumentar o bem-estar físico. Estes autores conduziram um estudo com 231 alunos do ensino superior, com risco de depressão (utilizaram o ASQ - *Attributional Style Questionnaire*). Os alunos mais pessimistas, foram distribuídos por uma de duas

condições: grupo de controle e programa de optimismo aprendido. O programa com a duração de 8 semanas, baseou-se em técnicas cognitivo-comportamentais, com o objectivo de prevenir futura depressão. A saúde física foi avaliada entre os 6 e os 30 meses após a sua entrada para o projecto. Os resultados mostraram que ao comparar os alunos que participaram no programa para melhorar o estilo explicativo com o grupo de controlo, os primeiros apresentavam melhor saúde física, realizavam mais consultas médicas de cariz preventivo e menos visitas relacionadas com problemas de doença, e apresentavam menos sintomas de doença física.

Kamen-Siegel, Rodin, Seligman e Dwyer (1991) fizeram um estudo em que procuraram correlacionar o estilo explicativo pessimista com uma imunocompetência baixa, numa amostra de 26 idosos. Os autores verificaram que um aumento da percentagem das células T-supressoras mediava a imunossupressão. Apesar de o mecanismo através do qual o estilo explicativo influencia a função imune não ser claro, os autores especulam que o estilo explicativo pessimista pode ser um factor de risco psicológico (pelo menos nas pessoas idosas) no início de certas doenças mediadas imunologicamente.

Alguns autores têm estabelecido uma ligação entre o estilo explicativo e a doença cardiovascular. Os pessimistas têm revelado exibir níveis mais elevados de pressão arterial durante circunstâncias de laboratório stressantes (Williams, Riels & Roper, 1990) e no dia a dia (Raikkonen et al., 1999), o que pode constituir um factor de risco para a doença cardiovascular. Buchanan (1995), descobriu que o estilo explicativo prediz a sobrevivência a longo prazo dos homens que sofreram um ataque cardíaco. Um outro estudo realizado por Bennett e Elliot (2005), procurou perceber a relação e o mecanismo que liga o estilo explicativo e a saúde de doentes cardíacos. Examinou-se uma amostra de 72 pacientes com doença cardiovascular que se encontravam a participar num programa de reabilitação cardíaca. Os dados acerca do estilo explicativo, sintomas depressivos e avaliações subjectivas acerca da saúde, bem como os indicadores da doença cardiovascular (dos ficheiros médicos) foram recolhidos no início e fim do programa de reabilitação. Os resultados mostraram que um estilo explicativo pessimista tem um efeito directo e negativo nas auto-avaliações da saúde cardíaca, durante a reabilitação cardíaca.

Alguns estudos que utilizam a corrente teórica sobre o optimismo disposicional, também, têm procurado estabelecer uma relação entre esta dimensão da personalidade e a saúde física e psicológica. Nomeadamente, Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier, e

Williamson (1996), descobriram que entre pacientes jovens diagnosticados com cancro, os menos pessimistas, após oito meses, apresentavam uma taxa superior de sobrevivência, independentemente da localização do tumor e dos sintomas. Um estudo com doentes com cancro na cabeça e pescoço, procurou predizer o papel do optimismo disposicional na sobrevivência destes pacientes um ano após o diagnóstico (Allison, Guichard, Fung & Gilain, 2003). Os resultados revelaram que os pessimistas sobreviviam menos do que os optimistas, um ano após terem sido diagnosticados.

Tomakowsky e col. (2001), efectuaram um estudo em que procuraram analisar a associação entre dois tipos de optimismo (optimismo disposicional e estilo explicativo) bem como com os sintomas e estatuto imunológico em homens infectados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH). Os resultados encontrados permitiram concluir que os dois tipos de optimismo se encontravam associados a melhor saúde subjectiva (menos relato de sintomas da infecção por VIH).

Apesar das evidências apresentadas anteriormente para a relação entre estilo explicativo e optimismo disposicional e, saúde física, alguns estudos não confirmam esta associação. Segundo Peterson e Bossio (2001), tal pode dever-se ao facto de o plano das investigações não obedecer a determinados critérios considerados importantes para uma investigação óptima. Os autores referem como exemplo um estudo conduzido por Dua e Plumer (1993), que não encontrou associação entre o estilo explicativo e a saúde geral de estudantes de enfermagem, estudo que só incluiu 27 sujeitos, o que significa que tem pouco poder para predizer a correlação pretendida. Outra questão pertinente que pode conduzir à não obtenção de resultados favoráveis à ligação entre optimismo e doença, prende-se com o facto da literatura mostrar que o optimismo conduz a uma boa saúde quando esta crença é, pelo menos inicialmente, verídica. Se as circunstâncias não permitirem que uma crença positiva se transforme num bom resultado, então esta crença na melhor das hipóteses é irrelevante para a saúde e na pior das hipóteses pode ser prejudicial, porque conduz o indivíduo a perseguir objectivos impossíveis. Assim, quando o optimismo irrealista é um traço e não um estado, a vida do individuo pode estar comprometida. Peterson (1999), considera que comportamentos como a hostilidade, perfeccionismo, correr riscos e narcisismo, podem resultar em optimismo irrealista. Segundo o autor, apesar de nem todos estes estilos terem sido estudados no que respeita ao bem-estar físico, acredita-se que estes são pouco saudáveis. No entanto, este tipo de optimismo não deve ser confundido com aquele que é apresentado pelas pessoas que têm um estilo explicativo optimista.

Procurar perceber e explicar como é que a saúde e optimismo se encontram relacionados é extremamente complexo. Quais serão os mecanismos que os ligam? Do conjunto de estudos apresentados anteriormente não é possível concluir como é que o optimismo se transforma em boa saúde ou como é que o pessimismo se transforma em saúde pobre. Dada a complexidade das influências psicológicas na saúde, suspeita-se de que nenhum mecanismo por si só possa explicar completamente a correlação entre o optimismo e a saúde (Peterson & Bossio, 2001). Existem suposições de que a ligação entre optimismo e saúde pode ocorrer a nível imunológico, emocional, cognitivo, social e comportamental.

A exemplificar a relação entre o optimismo e a saúde a nível imunológico, podemos citar um estudo conduzido por Kamen-Siegel, Rodin, Seligman e Dwyer (1991), que mostrou que o optimismo encontrava-se positivamente relacionado com o vigor do sistema imunológico na resposta a um antígeno. Estudos conduzidos em animais sugerem uma série de acontecimentos biológicos que resultam em doença (Rosenhan & Seligman, 1989 cit. por Peterson & Bossio 2001). Assim, dos seus estudos acerca do desânimo aprendido em animais sujeitos a choques eléctricos, os autores concluíram que: acontecimentos incontroláveis conduzem a um aumento das endorfinas; este aumento das endorfinas interfere com o funcionamento do sistema imunológico; um sistema imunológico menos robusto não está capaz de lidar com a infecção e a doença torna-se mais provável. Segundo Buchanan e Seligman (1995), estes estudos com animais podem ajudar a fazer sentido da correlação entre estilo explicativo e saúde, nos humanos.

Identicamente, há estudos que mostram uma ligação cognitiva entre optimismo e saúde. O optimismo não consiste numa crença isolada mas faz parte de um sistema complexo de conhecimento que pode influenciar de diversas formas o bem-estar físico (Peterson & Bossio, 2001). Por exemplo, Peterson e de Ávila (1995), referem que um estilo explicativo optimista encontra-se positivamente correlacionado com a crença de que uma boa saúde pode ser “controlada” (isto é, manutenção e promoção da saúde).

Outra forma de explicar o modo como o optimismo e a saúde se encontram relacionados é através de ligações a nível social. Aqueles que têm relações de suporte com outros, são mais saudáveis e vivem mais tempo (House, Robbins & Metzner, 1982). Segundo Anderson e Arnault (1985 cit. por Peterson & Bossio 2001) pessoas com um estilo explicativo pessimista encontram-se mais isoladas a nível social. Os autores citam Cobb (1976) que considera que, por sua vez, o isolamento social é um

preditor de uma saúde pobre. Isto significa que existe mais uma ligação plausível entre o estilo explicativo e a saúde pobre. Quando se tenta responder à questão acerca do que é que faz com que um estilo pessimista conduza à solidão, os investigadores consideram que entram num território especulativo (Peterson, 1995). Uma explicação plausível é de que os pessimistas iniciam menos tentativas para serem amigos das outras pessoas e quando estão numa relação provavelmente farão com que os outros se afastem.

Apesar da ligação entre optimismo e saúde ser muito complexa de determinar, o mecanismo mais típico e robusto é o comportamental. Peterson (1988), expõe que um estilo explicativo optimista está associado com uma variedade de práticas saudáveis, tais como exercício, moderação no consumo de álcool, evitar alimentos gordos, entre outros. Por outro lado, os pessimistas não se envolvem em comportamentos que a longo prazo conduzem a uma boa saúde pelo contrário, fumam, bebem e não fazem exercício físico. Quando os pessimistas adoecem, reagem de uma forma passiva e impotente (Lin & Peterson, 1990). Segundo Peterson, Colvin e Lin (1992), os optimistas iniciam e dão os passos necessários de forma a se sentirem melhor. Também será possível hipoteticamente pensar que as pessoas que se encontram fisicamente doentes terão contribuído para isso através do seu estilo de vida, ou seja, comportamento. Nesse caso, o optimismo deve ser considerado relevante a nível do comportamento, pois influencia as acções dirigidas a objectivos, que as pessoas iniciam e mantêm ao longo do tempo.

Em conclusão, apesar de existir alguma evidência que sugere esta correlação entre optimismo e saúde física, mais estudos são necessários de forma a clarificar quais os mecanismos subjacentes e assim poder delinear intervenções que possam ser mais eficazes.

### **3.2.2 - Optimismo e bem-estar psicológico**

Quando as pessoas se confrontam com a adversidade ou dificuldades nas suas vidas, experimentam uma variedade de emoções, que podem ir da excitação à raiva, ansiedade e depressão (Scheier, Carver & Bridges, 2001). Segundo Carver e Scheier (1998), e Scheier e Carver (1992), o equilíbrio entre estes sentimentos parece estar relacionado com o seu grau de optimismo ou pessimismo. As pessoas optimistas, são mais confiantes e, como tal, têm uma série de sentimentos relativamente positivos. A dúvida, que está presente nos sujeitos pessimistas, conduz a uma maior tendência para sentimentos negativos como a ansiedade, culpa, raiva ou tristeza (Carver & Scheier,

1998; Scheier & Carver, 1992). Em geral, parece que as pessoas otimistas tendem a ter melhor humor, a ser mais perseverantes e a ter melhor estado de saúde (Seligman, 1991). O mesmo autor refere que, os estudos mais consistentes da literatura científica, indicam que as pessoas que possuem altos níveis de optimismo e esperança (ambos têm a ver com expectativa de resultados positivos em relação ao futuro e com a crença na própria capacidade de alcançar metas) tendem a sair fortalecidas e a encontrar benefícios em situações traumáticas e de stress.

Muitas têm sido as investigações que procuram estabelecer a relação entre o distress e o optimismo em pessoas que enfrentam dificuldades. O tipo de stressores investigados é muito variado, como pessoas a lidar com procedimentos médicos de diversos tipos (e.g. Carver & Gaines, 1987; Park, Moore, Turner & Adler, 1997); pessoas que lidam com diagnóstico de cancro (Carver et al, 1993; Carver, Lehman & Antoni, 2003; Friedman et al., 1992; Johnson, 1996) e progressão da SIDA (Taylor et al., 1992). Outras situações de vida têm sido estudadas, como a adaptação à gravidez e a entrada na universidade (Carver & Gaines, 1987; Aspinwall & Taylor, 1992; Brissette, Carver & Scheier, 2002).

Antes de continuarmos importa referir que segundo Scheier e col. (2001) muitos dos estudos apresentam algumas limitações a nível metodológico pois avaliam os sujeitos apenas no momento após a ocorrência do acontecimento stressor. De facto, é muito difícil prever quando é que estes acontecimentos vão ocorrer para poder obter uma medida antes do acontecimento. Contudo, é importante avaliar o processo de adaptação a estes acontecimentos, avaliando o sujeito em vários momentos. Assim os estudos de maior relevo e rigor são aqueles que utilizam um plano de investigação prospectivo.

Existem vários estudos importantes que investigam a relação entre o optimismo e o bem-estar emocional em populações diversas. Os estudos referentes à relação entre o optimismo e o ajustamento psicossocial do doente oncológico são referidos posteriormente. Um dos estudos iniciais acerca dos efeitos do optimismo no bem-estar emocional foi realizado por Carver e Gaines (1987). O estudo examinou o papel do optimismo e pessimismo disposicional enquanto moderador da tendência para ficar deprimido após um acontecimento de vida causador de stress, o nascimento de um filho. Os autores procuraram estudar o desenvolvimento dos sentimentos depressivos após o parto. As mulheres do estudo (N=75), no seu terceiro trimestre de gravidez preencheram o LOT e uma escala de depressão. Três semanas após o nascimento dos



bebés, voltaram a preencher a escala de depressão. O optimismo estava relacionado com menos sintomas depressivos na primeira avaliação. Outra revelação importante, foi que o optimismo previa menos sintomas depressivos após o parto, o que segundo os investigadores, é um indicador de que o optimismo parece conferir uma maior resistência ao desenvolvimento de sintomas depressivos após o parto.

Outra situação médica estudada é a infertilidade, uma problemática que causa bastante infelicidade nas pessoas que se confrontam com essa situação (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). Litt e col. (1992) fizeram um estudo com pessoas cujas tentativas de fertilização *in vitro* não tinham sucesso. Aproximadamente 8 semanas antes da tentativa, os investigadores mediam o optimismo, expectativas específicas para o sucesso da fertilização, estratégias de *coping*, níveis de distress e o impacto da fertilização na vida dos sujeitos. Duas semanas após a notificação de um teste de gravidez sem sucesso, voltavam a avaliar o distress. Verificou-se que nem as variáveis demográficas, história obstétrica, ajustamento marital, nem os efeitos da fertilização *in vitro* na vida das pessoas, predizia o distress neste momento. Contudo, o pessimismo revelou-se o preditor mais forte do distress após a notícia do insucesso da fertilização.

Um dos temas mais investigados em Psicologia da Doença tem sido o impacto emocional da doença física grave. Em geral, tem-se concluído que a experiência de doença está associada a uma perturbação do equilíbrio emocional, podendo resultar num distúrbio emocional severo. Por exemplo, um acontecimento cardíaco pode precipitar a depressão clínica ou desordens de ansiedade e, a maioria dos pacientes com problemas de saúde física, refere algum tipo de distúrbio emocional (Affleck, Tennen & Apter, 2001). Nesta linha de investigação, o estudo de Scheier e col. (1989), procurou analisar as reacções de homens que haviam feito uma cirurgia de *by-pass* coronário. Os 51 pacientes completaram os questionários no dia antes da cirurgia, 6 a 8 dias após a cirurgia, e 6 meses após a cirurgia. Antes da cirurgia, os optimistas revelaram níveis mais baixos de hostilidade e depressão do que os pessimistas. Uma semana após a cirurgia, os optimistas mostravam estar mais aliviados e felizes, uma maior satisfação com os cuidados médicos e mais satisfação com o suporte emocional que recebiam dos amigos. Aos 6 meses após a cirurgia, os optimistas mostravam mais qualidade de vida do que os pessimistas. Num seguimento destes mesmos pacientes após 5 anos (Scheier & Carver, 1992), os optimistas continuavam a experienciar níveis mais elevados de bem-estar subjectivo e de qualidade de vida quando comparados com os pessimistas. Estas diferenças são significativas, uma vez que os factores médicos se encontravam

controlados. Num outro estudo acerca do optimismo e da qualidade de vida após a cirurgia de *by-pass* (Fitzgerald et al., 1993), avaliou-se 49 sujeitos um mês antes da cirurgia e oito meses após a mesma. As análises revelaram que o optimismo estava negativamente correlacionado com o distress pré-cirúrgico. Em contraste, os investigadores descobriram que o optimismo encontrava-se positivamente correlacionado com a satisfação de vida após a cirurgia. Análises posteriores mostraram que o optimismo operava nos sentimentos de satisfação com a vida através de uma maior confiança na cirurgia. Ou seja, o optimismo acerca da vida parece conduzir a uma espécie de optimismo acerca da cirurgia, resultando em maior satisfação com a vida após a cirurgia. Os efeitos que envolvem o optimismo foram independentes da severidade da doença. Num estudo mais recente e utilizando ainda uma população de 85 doentes cardíacos, Bedi e Brown (2005) procuraram avaliar a possível relação entre optimismo disposicional e optimismo relativo, e bem-estar emocional em 85 pacientes cardíacos. Os resultados indicaram que as variáveis de optimismo se encontravam relacionadas com o bem-estar. A escala de optimismo do LOT encontrava-se associada ao afecto positivo, não estando relacionada com o afecto negativo. A escala de pessimismo do LOT, revelou estar correlacionada positivamente com afectos negativos e negativamente com afectos positivos.

Outra investigação que apoia a associação entre optimismo e bem-estar psicológico foi o estudo de Taylor e col. (1992), com homens homossexuais e bissexuais em risco de desenvolver o síndrome de imunodeficiência adquirida. Entre estes homens, tanto nos que eram seropositivos como nos que eram seronegativos, um maior optimismo estava associado a níveis mais baixos de distress psicológico.

Como já foi referido anteriormente, o optimismo pode desempenhar um papel importante no ajustamento a acontecimentos de vida causadores de stress, como a entrada na universidade. Aspinwall e Taylor (1992), estudaram o ajustamento dos estudantes no seu primeiro semestre. Foram avaliadas diversas variáveis, entre as quais o optimismo e a auto-estima, quando os alunos chegaram ao campus. As medidas de bem-estar psicológico e físico foram avaliadas no final do semestre. Níveis mais elevados de optimismo no início do semestre prediziam níveis mais baixos de distress psicológico no final do semestre. Esta relação revelou ser independente dos efeitos devidos à auto-estima, *locus* de controlo e avaliação inicial do humor. Outro estudo semelhante foi desenvolvido por Brissette, Carver e Scheier (2002) procurando determinar em que medida o suporte social e o *coping* contribuíam para a associação

entre o optimismo e um melhor ajustamento a acontecimentos de vida causadores de stress, em alunos do primeiro ano do ensino superior. O estudo foi realizado com 89 estudantes (dos 17 aos 20 anos) que preencheram medidas que avaliavam o optimismo (*Life Orientation Test*, LOT), a auto-estima (*Self-Esteem Scale*), a percepção de stress (*Perceived Stress Scale*, PSS), a depressão (*Beck Depression Inventory*, BDI), o *coping* (COPE), a extensão da rede social e a percepção de suporte social (*Interpersonal Support Evaluation List*, ISEL), no início e fim do primeiro semestre. Os resultados revelaram que um maior optimismo, avaliado no início do semestre, encontrava-se prospectivamente associado a níveis mais baixos de stress e depressão e a um aumento na percepção de suporte social. Os autores concluíram, ainda, que os optimistas exibiam um bem-estar psicológico superior e um melhor ajustamento a acontecimentos de vida stressantes, resultado das estratégias de *coping* que utilizavam e da sua capacidade para gerar mais suporte social.

Em forma de conclusão e tendo por base os vários estudos citados anteriormente, parece indiscutível que o optimismo desempenha um papel fundamental no bem-estar psicológico dos sujeitos. Esta afirmação parece ser comum a várias situações e condições de vida, ou seja, os estudos mostram a associação entre optimismo e bem-estar, quer em situações de doença quer em outras situações de vida adversas que podem causar níveis de stress consideráveis.

### **3.2.3 - Optimismo, *coping* e doença**

O optimismo tem sido associado a um bem-estar elevado em pessoas com doenças crónicas, isto porque provavelmente os optimistas são capazes de lidar mais activamente com a ameaça de doença ou com uma doença severa (Bedi & Brown, 2005). O bem-estar emocional é incrementado quer pelas competências de *coping* quer pelos benefícios directos, que as mudanças comportamentais, provocam na saúde. Esta perspectiva é corroborada por estudos que mostram a relação entre o optimismo, *coping* activo e bem-estar emocional em diversas populações (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Brissette, Carver & Scheier, 2002).

Subsistem algumas evidências de que os optimistas experienciam menos distress do que os pessimistas quando se encontram a lidar com dificuldades nas suas vidas (Carver & Scheier, 2005). Estes autores colocam a seguinte questão: Será que os optimistas fazem alguma coisa, em particular, que os ajuda a adaptar melhor do que os

pessimistas? A resposta a esta questão está na compreensão das estratégias de *coping* que os optimistas e os pessimistas tendem a utilizar e no significado geral destas estratégias. As pessoas que são mais confiantes relativamente ao futuro efectuam esforços contínuos mesmo quando estão face à adversidade. As pessoas que têm mais dúvidas relativamente ao futuro tentam afastar as adversidades, como se pudessem escapar às mesmas, através de estratégias de distração temporárias, mas que não ajudam a resolver o problema.

As diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas pelos optimistas e pessimistas têm sido referidas em numerosas investigações, seguindo-se a apresentação de alguns estudos que ilustram este facto. Scheier, Weintraub e Carver (1986) pediram a estudantes para referirem qual o acontecimento mais stressante que lhes tinha acontecido no mês antecedente e para completarem uma *checklist* das respostas de *coping* desenvolvidas para lidar com esse acontecimento. Os resultados demonstraram que o optimismo aparecia relacionado com o *coping* focado no problema, especialmente quando a situação de stress era controlável. O optimismo também estava correlacionado com a utilização da reinterpretação positiva e com a tendência para aceitar a realidade da situação. Em contraste, o optimismo encontrava-se negativamente correlacionado com o uso da negação e a tentativa para se distanciar do problema.

O papel mediador do *coping* na relação entre o optimismo e o bem-estar psicológico foi examinado no estudo acerca da adaptação de estudantes (Aspinwall & Taylor, 1992). Os estudantes mais optimistas envolviam-se em mais estratégias de *coping* activas e menos em estratégias de *coping* de evitamento do que os estudantes pessimistas. As estratégias de *coping* de evitamento encontravam-se associadas a um ajustamento pior, enquanto o *coping* activo associava-se a um ajustamento melhor. Neste estudo, os efeitos positivos do optimismo parecem operar, pelo menos em parte, através das diferenças no *coping*. Estes resultados (Aspinwall & Taylor, 1992; Scheier, Weintraub & Carver, 1986) providenciam uma primeira indicação de que os optimistas utilizam mais estratégias de *coping* focadas no problema do que os pessimistas. Os optimistas também utilizam uma variedade de estratégias de *coping* focadas na emoção, incluindo a aceitação da realidade da situação e o olhar para a situação à luz de uma perspectiva mais positiva. Os resultados encontrados indicam que os optimistas podem ter vantagens ao nível das estratégias de *coping* mesmo quando as situações não podem ser alteradas (Carver & Scheier, 2005).

Outras investigações (e.g. Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Fontaine, Manstead & Wagner, 1993) revelaram que os optimistas envolviam-se em mais estratégias de *coping* activas e focadas no problema, através da elaboração de planos. Enquanto os pessimistas revelavam uma tendência para desistirem dos objectivos com os quais o stressor estava a interferir, os optimistas mostravam uma tendência para aceitar a realidade das situações causadoras de stress e, em simultâneo, procuravam ver o melhor da situação negativa e aprender alguma coisa com isso (procuravam encontrar benefícios na situação). Contrariamente, os pessimistas apresentavam tendência para a negação e abuso de substâncias, estratégias que diminuem a sua consciência acerca do problema. Um estudo de Brissette, Carver e Scheier (2002) corrobora os estudos anteriores, mostrando que os alunos universitários mais optimistas utilizavam mais estratégias de *coping* activas, planeamento, reinterpretação positiva e crescimento e, que utilizavam menos a negação e o desinvestimento comportamental.

Com base nestes estudos podemos extrapolar que em situações de doença os optimistas não vão ignorar as ameaças ao seu bem-estar e, que pelo contrário estarão atentos e serão selectivos a avaliar os riscos que podem estar relacionados com problemas de saúde sérios. Certamente que após esta avaliação os optimistas estarão mais predispostos a envolverem-se em estratégias de *coping* activas, focadas no problema que os vão ajudar a resolver a situação. É provável que perante uma ameaça reduzida os optimistas não apresentem uma grande vigilância da situação. Pelo contrário, numa situação de doença é provável que os pessimistas desenvolvam estratégias de *coping* para evitar a situação e, que desistam de alguns esforços para atingir os seus objectivos. Consequentemente a qualidade de vida e a condição de saúde poderá ficar ainda mais comprometida.

A relação entre o optimismo e as estratégias de *coping* também tem sido explorada em contextos mais específicos de doença. Alguns estudos, descritos anteriormente, indicam a existência de uma relação entre o optimismo e o *coping* e, entre o *coping* e o bem-estar emocional. No seu estudo com doentes que haviam realizado uma cirurgia de *by-pass*, Scheier e col. (1989) avaliaram a utilização de estratégias de *coping* cognitivas como forma de lidar com esta experiência. Antes da cirurgia os optimistas, mais do que os pessimistas, referiam estar a fazer planos para o futuro e a estabelecer objectivos para a sua recuperação. Os optimistas também estavam menos focados nos aspectos negativos da sua experiência, no distress emocional e nos

sintomas físicos. Provavelmente, o facto de os pessimistas se focarem nos aspectos negativos da sua experiência pode torná-los mais vulneráveis à catastrofização.

O *coping* também foi analisado num estudo acerca de fertilização *in vitro*, (descrito anteriormente) (Litt et al., 1992). Neste estudo, o escapismo, encontrava-se correlacionado com um maior distress após uma fertilização falhada. Os optimistas, referiam, mais do que os pessimistas, que haviam beneficiado com a experiência, por exemplo, tornando-se mais próximos do seu esposo.

Outro estudo, de doentes com SIDA, referido anteriormente, (Taylor et al., 1992), mostrou que em geral o optimismo encontra-se relacionado com estratégias de *coping* activas. O optimismo prediz atitudes positivas e tendências para fazer planos para a recuperação, procura de informação e reformulação de situações negativas. Os optimistas culpam-se menos, são menos fatalistas, menos escapistas e não se focam nos aspectos negativos da situação ou tentam suprimir pensamentos acerca dos seus sintomas. Os optimistas também parecem aceitar as situações que não podem ser alteradas em vez de tentarem escapar às mesmas.

Similarmente, os doentes oncológicos têm sido alvo de diversos estudos nesta área em que se procura investigar a relação entre optimismo e *coping*. Stanton e Snider (1993), estudaram 117 mulheres que tinham marcação para a realização de biopsias à mama. O optimismo, o *coping* e o humor foram avaliados no dia anterior à biopsia e nas mulheres (34 mulheres) que receberam diagnóstico de cancro da mama, 24 horas antes da cirurgia e 3 semanas após a cirurgia. As 81 mulheres com diagnóstico benigno foram avaliadas num segundo momento que correspondeu ao segundo ou terceiro momento das mulheres com cancro da mama. Neste estudo, as mulheres mais pessimistas utilizaram mais evitamento cognitivo antes de receberem o diagnóstico, do que as optimistas. Este evitamento contribuiu para níveis de distress mais elevados antes da biopsia. O evitamento cognitivo antes da biopsia também predizia o distress após a biopsia para mulheres com um diagnóstico positivo. Outro estudo, Carver e col. (1993), com 59 mulheres no estágio inicial do cancro da mama, examinou como é que as mulheres lidam com o primeiro ano após o tratamento. O optimismo, *coping* e humor foram avaliados no dia anterior à cirurgia, e o *coping* e humor foram novamente avaliados 10 dias após a cirurgia e em três momentos de avaliação durante o ano seguinte. O optimismo antes da cirurgia estava relacionado com o *coping* activo, quer antes da cirurgia quer após a cirurgia. Após a cirurgia o optimismo associava-se a respostas de *coping* que envolviam a aceitação da realidade da situação, o tentar ver a

situação à luz de uma perspectiva mais positiva e, à utilização do humor para diminuir a tensão da situação. Antes da cirurgia o optimismo encontrava-se associado ao *coping* activo. O pessimismo relacionava-se com a negação e desinvestimento comportamental, em cada um dos momentos (ver Quadro 1). As respostas de *coping* correlacionadas com o optimismo e o pessimismo também se relacionavam fortemente com o distress. A reinterpretação positiva, a aceitação e o uso do humor correlacionavam-se inversamente com o distress, antes e após a cirurgia. A negação e o desinvestimento comportamental correlacionavam-se positivamente com o distress em todos os momentos de avaliação. Aos seis meses surgiu uma nova associação, o distress correlacionava-se positivamente com outro tipo de estratégia de *coping* de evitamento: a auto-distracção. Análises posteriores revelaram que a relação entre optimismo e distress era indirecta, mediada pelo *coping*, principalmente após a cirurgia.

**Quadro 1. Tendências de *Coping* dos Optimistas e dos Pessimistas**

Optimistas	Pessimistas
Procura de informação	Supressão de pensamentos
<i>Coping</i> activo e planeamento	Desistir
Reavaliação positiva	Distração
Procura de benefícios	Evitamento cognitivo
Utilização do humor	Foco no distress
Aceitação	Negação

Adaptado de Scheier, Carver e Bridges, 2001, p. 204.

Em suma, e segundo Carver e Scheier (2005), parece que os optimistas diferem dos pessimistas quer nas suas tendências de *coping*, característica mais estável quer nas estratégias de *coping* que espontaneamente produzem para lidar com situações de stress. Segundo estes autores, os optimistas também diferem dos pessimistas na forma como lidam com doenças graves e com as suas preocupações acerca de ameaças específicas à sua saúde. Em geral, os optimistas tendem a utilizar mais estratégias de *coping* focadas na resolução de problemas do que os pessimistas. Quando este tipo de estratégias não é possível, os optimistas utilizam estratégias activas, tais como a aceitação, utilização do humor e reinterpretação positiva. Os pessimistas tendem a utilizar estratégias passivas, como a negação e o desinvestimento comportamental e emocional dos objectivos com os quais o stressor está a interferir.

### **3.3 - Optimismo e Doença Oncológica**

#### **3.3.1 - O Papel das emoções positivas no ajustamento e resultado da doença oncológica**

O optimismo tem sido estudado no contexto do ajustamento ao diagnóstico e tratamento do cancro (Scheier, Carver & Bridges, 2001). Embora já tenhamos referido alguns desses estudos em relação com os temas tratados nos pontos 3.1 e 3.2, iremos agora debruçar-nos mais detalhadamente sobre este tema, uma vez que está directamente relacionado com o nosso trabalho empírico. Seguem-se alguns estudos acerca das implicações do optimismo no resultado da doença oncológica em geral e no cancro da mama, em específico.

Christman (1990), procurou examinar o ajustamento num grupo de pacientes a receber tratamento de radioterapia para diversos tipos de cancro. Os pacientes eram admitidos no projecto em um de três momentos, no primeiro dia do tratamento, no 15º dia do tratamento e no último dia do tratamento. Várias avaliações foram realizadas com os pacientes que foram admitidos no projecto antes do final do tratamento. Os resultados da investigação indicaram que o optimismo estava negativamente correlacionado com os problemas de ajustamento nos três momentos de avaliação. Igualmente relevante nesta área, foi o estudo realizado por Johnson (1996), com homens a receber tratamento de radioterapia para cancro da próstata, mostrando os efeitos benéficos do optimismo. Johnson conduziu este estudo, em que utilizou o LOT para avaliar o optimismo, antes do primeiro tratamento de radioterapia. O humor foi avaliado durante o tratamento, às 2 semanas, 1 mês e 3 meses após o fim do tratamento. O Optimismo revelou ser um forte preditor das respostas emocionais dos pacientes durante e após o tratamento, em que os pacientes menos optimistas se encontravam mais vulneráveis ao humor negativo.

No que respeita ao cancro da mama, alguns estudos mais recentes (Carver et al., 1994) têm apontado que as mulheres com cancro da mama geralmente não experienciam os efeitos e as consequências psicológicas devastadoras, anteriormente vistas como inevitáveis. No entanto, algumas mulheres ajustam-se à doença de uma forma mais pobre do que outras. Nesse sentido, Carver e col. (1993) realizaram um estudo que procurou examinar o efeito do optimismo na adaptação psicológica ao tratamento para o cancro da mama, numa fase inicial da doença. As pessoas do estudo foram entrevistadas em seis momentos: na altura do diagnóstico, no dia após a cirurgia,



7 a 10 dias após a cirurgia, aos 3, 6 e aos 12 meses. O optimismo era avaliado através do LOT, na altura do diagnóstico, e era utilizado para prever os níveis de distress nos momentos subsequentes. Os resultados revelaram que o optimismo predizia não apenas o distress inicial mas também a resiliência ao stress durante o ano que se seguia à cirurgia. Também com uma amostra de mulheres com cancro da mama (n=70), Carver e col. (1994) procuraram estudar o optimismo versus pessimismo enquanto preditor do ajustamento no 1º ano após a cirurgia. As mulheres foram avaliadas no dia anterior à cirurgia, aos 3 meses, 6 meses e 12 meses após a cirurgia. Os autores avaliaram o bem-estar subjectivo e a satisfação com a vida, bem como a vida sexual das pacientes, o desconforto físico e sua interferência nas actividades diárias e, os pensamentos intrusivos. Os resultados revelaram que o pessimismo predispõe a um pior ajustamento em todos os momentos e em todas as medidas, excepto na interferência com a dor. Os autores concluíram que o pessimismo acerca da vida aumenta o risco de reacções psicológicas adversas ao diagnóstico e tratamento para o cancro da mama.

Com o objectivo de testar em que medida o pessimismo disposicional prediz a disrupção das actividades sociais em mulheres com cancro da mama, Carver, Lehman e Antoni (2003) utilizaram uma amostra de 235 mulheres avaliadas em três momentos após a cirurgia. Os dados encontrados revelam que as mulheres pessimistas apresentavam maior ruptura com as actividades sociais habituais, quando confrontadas com ameaças médicas. Contrariamente, o estudo mostra que o optimismo promove um envolvimento contínuo nas actividades diárias. De uma forma geral, as mulheres mais pessimistas mostraram níveis mais elevados de distress e fadiga do que as menos pessimistas. Os autores concluíram, ainda, que os optimistas quando confrontados com dificuldades experienciam menos stress do que os pessimistas na mesma situação.

Na área da Psicologia Positiva, para além do papel do optimismo no ajustamento ao cancro da mama, também interessa perceber o papel dos benefícios percebidos que surgem das adversidades que acompanham esta doença.

### **3.3.2 - Benefícios percebidos, optimismo e ajustamento à doença oncológica**

O optimismo também tem sido estudado em relação com o constructo de benefícios percebidos. Encontrar benefícios em situações adversas pode ser considerado uma virtude humana (Snyder & McCullough, 2000). Esta descoberta de benefícios tem sido estudada na saúde física e psicológica, desempenhando um papel

preponderante nas teorias de adaptação cognitiva a circunstâncias ameaçadoras (Janoff-Bulman, 1992). Para alguns autores (Snyder & McCullough, 2000), este conceito emerge no paradigma da psicologia positiva, apesar do seu estatuto conceptual ser muito ténue, o que levanta problemas na literatura empírica nesta área.

De acordo com Tennen e Affleck (2005), encontrar benefícios parece ser comum entre indivíduos que enfrentam uma miríade de acontecimentos ameaçadores, predizendo a adaptação emocional e física durante meses e até anos. Assim, os benefícios percebidos parecem ser uma vantagem a nível do ajustamento, favorecendo a redução de sintomas emocionais, síndromes psiquiátricas, resultados médicos adversos e ainda, uma diminuição da mortalidade (Affleck & Tennen, 1996; Davis et al., 1998).

Tennen e Affleck (2005) consideram, antes de mais, que os benefícios percebidos necessitam de uma conceptualização. A primeira assumpção dos teóricos era de que os benefícios descritos pelas vítimas constituíam-se como uma forma de negação ou uma forma de distorção da realidade. Esta assumpção foi suplantada nas formulações teóricas recentes, por outras três assumpções que reflectem os benefícios percebidos como: (a) uma avaliação selectiva, (b) uma estratégia de *coping* e (c) emergindo tardiamente no processo de ajustamento à adversidade.

Enquanto avaliação selectiva e, segundo Taylor e col. (1983 cit. por Tennen & Affleck, 2005) “o processo de avaliação selectiva minimiza a vitimização através do focar nas qualidades benéficas da situação” (p.26). Outras avaliações selectivas incluem encontrar um sentido ou um propósito na experiência ameaçadora, por comparação com outros menos afortunados. Estas avaliações selectivas são assumidas para ajudar os indivíduos a restaurar assumpções e representações valorizadas pelo próprio acerca de si, como a crença de se ser relativamente invulnerável e do mundo enquanto lugar seguro, previsível, com significado e benevolente ou benigno. É esta interpretação construtivista e a avaliação dos benefícios encontrados, que ajuda as pessoas a adaptarem-se à vitimização.

Encontrar benefícios em circunstâncias adversas também pode ser visto como uma estratégia de *coping* (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). No entanto, concluir que de facto ocorreram benefícios associados a um acontecimento negativo e, referir essa crença durante uma entrevista, não é considerado um exemplo de *coping*. Assim, o reconhecimento de benefícios, em si, não implica que as cognições relacionadas com os benefícios sejam utilizadas como estratégias de *coping*.

Conceptualizações actuais acerca de como as pessoas se adaptam aos acontecimentos negativos, defendem um processo gradual de ajustamento. Park (1998) sugeriu que apenas com o passar do tempo os indivíduos alteram o valor percebido da experiência traumática ou conseguem retirar benefícios dessa experiência. Também Tedeschi e Calhoun (1995) consideram que benefícios como o sentido de controlo e crescimento pessoal, emergem mais tardiamente no processo de adaptação à adversidade. Alguma discussão pode ser levantada em torno desta perspectiva e da diferenciação entre “fazer sentido” (i.e., dar um sentido a uma adversidade em função da perspectiva que o sujeito tem do mundo) e o encontrar benefícios (Davis et al., 1998). Wortman, Silver e Kessler (1993), defendem que o fazer sentido de uma experiência negativa só ocorre passados vários meses dessa experiência, e que os indivíduos que se adaptam com sucesso a um acontecimento ameaçador, primeiro dão um sentido ao acontecimento e só mais tarde beneficiam com essa experiência.

Na realidade, e segundo Affleck e Tennen (1996), existe pouco suporte empírico para as três assumpções apresentadas anteriormente, que guiam as correntes teóricas actuais e as investigações acerca dos benefícios percebidos em situações de vida negativas. Assim, nos estudos revistos pelos autores referidos previamente, não parece existir evidência de que os participantes nos estudos retratem avaliações selectivas. Similarmente, quanto ao facto de os benefícios percebidos poderem ser uma estratégia de *coping*, raramente tem sido medido de forma que permita fazer essa inferência. Finalmente, a assumpção de que os benefícios percebidos surgem tardiamente no processo de adaptação a um acontecimento de vida ameaçador, não é demonstrado nem pelos estudos transversais nem pelos estudos longitudinais. Os benefícios parecem surgir apenas a semanas do acontecimento e são mantidos durante anos. É possível encontrar outras abordagens alternativas para tentar compreender o fenómeno dos benefícios percebidos, embora também necessitem de uma análise empírica.

Enquanto característica de personalidade, podemos referir McAdams (1993) que postula que um trauma ou uma crise, permite que as pessoas possam recriar as suas narrativas de vida e estruturar a sua história de vida com coerência e significado. Desta perspectiva, existem indivíduos que devido às suas características são capazes de desenvolver narrativas em que os infortúnios contêm aspectos positivos ou conduzem a resultados positivos. Os benefícios percebidos também podem ser encarados enquanto reflexo do crescimento ou mudança. Num estudo levado a cabo por Park e col. (1996) tentou-se corroborar os relatos de crescimento pessoal de indivíduos a quem ocorrera

acontecimentos negativos, com os relatos dos familiares próximos e amigos. Os autores concluíram que a validação consensual dos testemunhos de crescimento pessoal representava uma mudança genuína, resultante de uma perspectiva construtivista da descoberta de benefícios.

A percepção de benefícios pode estar dependente de teorias implícitas de consistência e mudança (Affleck & Tennen, 1996). Assim, reportar alguns benefícios perante uma situação negativa, requer que o indivíduo seja capaz de comparar o seu estado actual, numa dimensão particular, com o seu estado previamente ao evento. Um indivíduo que se encontre perante uma adversidade, para determinar o seu auto-conceito, as relações com os outros, ou se as suas prioridades de vida mudaram num sentido positivo, necessita de comparar a forma como se encontra actualmente nestas dimensões com uma versão anterior de si próprio (Tennen e Affleck, 2005). Para finalizar e segundo os mesmos autores, os benefícios percebidos podem, ainda, ser vistos como uma comparação temporal. Ou seja, os indivíduos que experienciam uma doença séria ou outras ameaças graves, comparam-se a outros menos afortunados, mantendo afiliações com aqueles que parecem estar a adaptar-se melhor a situações semelhantes. Isto é uma forma de manter a esperança e da sua própria situação parecer menos severa. Contudo, uma doença grave também pode salientar o próprio passado do indivíduo. Tendencialmente, numa situação de crise, as pessoas tendem a comparar-se com o que já foram no passado. Quando os esforços para diminuir as discrepâncias entre o passado e o presente não são bem sucedidos, então o sujeito será levado a construir alterações, muitas delas positivas, incluindo evidência subjectiva de maturação, progresso e crescimento (Klauer et al., 1998).

Do exposto é possível constatar que existe ainda um longo percurso a fazer no que respeita à conceptualização deste fenómeno, visto que ainda não é possível perceber qual a melhor forma de conceptualizar os benefícios percebidos. Se como uma estratégia de *coping*, se como uma característica de personalidade, se como comparação temporal, ou se de outras formas que não estejam contempladas nesta revisão. Contudo, têm sido realizados alguns estudos acerca da relação entre os benefícios percebidos e resultados a nível psicológico e da saúde.

Um dos motivos que levou a um incremento no interesse por este fenómeno é a crença de que as pessoas que inicialmente são capazes de encontrar benefícios na adversidade encontram-se mais ajustadas a nível emocional, mais tarde (Urcuyo et al., 2005). Vários são os estudos que apoiam esta posição, designadamente de pacientes

com enfarte do miocárdio (Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987), vítimas de violação (Frazier et al., 2001), situações de crise com recém nascidos (Affleck, Tennen & Rowe, 1991) e desastres naturais (McMillen et al., 1997). No que refere ao cancro, também existe alguma literatura consistente com esta posição (Carver & Antoni, 2004), como poderemos verificar seguidamente. Conquanto, também existe evidência contrária (e.g. Tomich e Helgeson, 2004).

É certo que a experiência de ter um cancro origina distress e disrupção. Contudo, existe uma consciência crescente, tanto a nível da investigação como a nível clínico, de que subsistem alguns aspectos desta experiência que os pacientes consideram positivos ou benéficos. Muitos pacientes relatam um aumento dos seus recursos pessoais, um aumento do sentido de propósito de vida, maior espiritualidade, relações mais próximas com outros e, alterações nas prioridades de vida (e.g. Stanton et al., 2002; Weiss, 2002). Por exemplo, Antoni e col. (2001) descobriram que após uma intervenção cognitivo-comportamental para gestão do stress, com um foco na expressão emocional, o desencorajar de estratégias de *coping* de evitamento e o encorajar de um sentido de confiança e de reinterpretação positiva, enquanto resposta de *coping*, conduzia a um aumento do relato de benefícios relacionados com a doença, em mulheres com cancro da mama. É importante salientar que esta intervenção não tinha por objectivo levar estas mulheres a reconhecerem os benefícios de ter tido a doença.

Uma questão que tem originado grande interesse é “quais os factores que promovem os benefícios percebidos?” (Urcuyo et al., 2005). Na literatura referente a pacientes com cancro, existe alguma indicação que os benefícios percebidos são mais frequentes entre mulheres pertencentes a uma minoria étnica (Tomich & Helgeson, 2004), e em pacientes mais jovens (Lechner et al., 2003). Sears, Stanton e Danoff-Burg (2003) encontraram ainda mais benefícios percebidos entre mulheres com níveis de educação mais elevados. Também existe alguma evidência de que estádios mais avançados da doença conduzem a mais benefícios percebidos (Tomich & Helgeson, 2004). Estes autores descobriram que os benefícios percebidos se encontravam relacionados com os recursos pessoais, que incluem uma boa imagem corporal, auto-estima, sentido de controlo pessoal e poucas incertezas acerca da doença. Por seu lado, Urcuyo e col. (2005) referem que os benefícios percebidos, em mulheres com cancro da mama, estavam positivamente correlacionados com o optimismo e formas de *coping* como a reavaliação positiva e a actividade religiosa. Segundo estes autores, os benefícios percebidos relacionavam-se inversamente com o distress emocional. Porém,

Tomich e Helgeson (2004) constataram que os benefícios iniciais prediziam um distress mais acentuado após 9 meses, em doentes com cancro da mama.

Como já foi salientado, a literatura teórica e empírica acerca deste tópico é ainda muito parca, o que faz salientar a necessidade de continuar a investigar acerca dos benefícios percebidos. Neste trabalho também procuraremos contribuir com alguns dados acerca do papel dos benefícios percebidos no ajustamento das mulheres com cancro da mama, durante o tratamento e sensivelmente um ano após o diagnóstico.

### **Conclusão**

Só recentemente os investigadores dedicaram atenção rigorosa à possibilidade de que ter uma orientação positiva perante a vida poderia ser benéfico. A revisão efectuada neste capítulo revela-nos que existe evidência substancial de que o optimismo nas suas diversas formas e contextos, se relaciona com resultados positivos (e.g. bem-estar, *coping* e benefícios percebidos). O optimismo parece desempenhar um papel importante e adaptativo, na medida em que encoraja a pessoa a fazer face à adversidade e o atingir de objectivos. No que refere ao cancro da mama e, de forma muito sumária, ser optimista parece funcionar como um factor protector para o ajustamento nesta situação de doença, uma vez que os diversos estudos indicam que as mais optimistas apresentam menos distress emocional e menos disrupção nas actividades diárias, enquanto as pessimistas parecem apresentar uma maior vulnerabilidade ao diagnóstico e tratamento do cancro e, conseqüentemente, um ajustamento mais pobre.



## **CAPÍTULO IV**

---

### **Modelos de Adaptação à Doença e Tratamento**





Vários têm sido os modelos desenvolvidos para facilitar a compreensão do papel dos factores psicossociais no ajustamento à doença. Neste capítulo daremos ênfase aos modelos de auto-regulação, que segundo Zeidner e col. (2000) delineiam a auto-regulação como um processo sistemático envolvendo esforços conscientes para modular pensamentos, emoções e comportamentos de forma a atingir determinados objectivos. Trata-se de um sistema motivacional de estabelecimento de objectivos, desenvolvimento de estratégias para atingir esses objectivos, avaliação dos progressos e, revisão de objectivos e estratégias (Cameron & Leventhal, 2003). Os circuitos de feedback têm um papel fundamental nestes modelos, em que os objectivos funcionam como valores de referência para avaliar o sucesso relativo dos esforços desenvolvidos. Segundo Cameron e Leventhal (2003), um aspecto fundamental em muitos destes modelos é a delineação de um processo emocional que se encontra aliado aos mecanismos cognitivos.

É importante fazer a distinção entre os diferentes modelos de auto-regulação utilizados em Psicologia da Saúde, visto que existem alguns modelos gerais do comportamento e modelos específicos da saúde. Como exemplo dos primeiros temos o modelo de Scheier e Carver e o modelo de stress de Lazarus e Folkman, que podem fornecer contributos importantes para a compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde e doença. Por outro lado, os modelos específicos da Psicologia da Saúde dirigem-se apenas a este domínio da vida. Um exemplo deste tipo é o modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal e colaboradores. Neste capítulo abordaremos o modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal e colaboradores, e o modelo de auto-regulação de Scheier e Carver, dado que se complementam de diversas formas e os dois têm estimulado a investigação e avanços empíricos na área da Psicologia da Saúde, e da Psicologia Oncológica, em particular. Ambos, os modelos, permitem a compreensão da forma como as pessoas lidam com a doença. Ambos envolvem a monitorização e desenvolvimento de esforços levados a cabo pelas pessoas na gestão de tarefas, e a utilização dessa informação para regular o processo que permite atingir os objectivos desejados. Segundo Petrie, Broadbent e Meechan (2003), estas teorias propõem que a pessoa utilizará estratégias que se baseiam na sua compreensão da experiência, ou seja desenvolverá as suas representações cognitivas da ameaça que, por sua vez, determinará a sua resposta. Trata-se de teorias dinâmicas que podem ser aplicadas à doença na medida em que, geralmente, os processos de doença são, também eles, de natureza dinâmica; raramente os seus efeitos

são estáticos e as pessoas necessitam de integrar o *feedback* constantemente, de forma a gerir este processo com sucesso. Escolhemos desenvolver estes modelos, porque têm gerado a maior quantidade de investigação e fundamentado intervenções em vários domínios. Os modelos de representações de doença têm sido aplicados a variados problemas e populações clínicas com o objectivo de melhorar o dia-a-dia das pessoas com doença, minimizando os efeitos nocivos dos protocolos de tratamento e facilitando uma melhor compreensão do processo psicológico envolvido no desenvolvimento e manutenção da doença crónica.

Neste capítulo, também, procuraremos estudar a aplicação destes modelos ao cancro da mama, principalmente, através dos trabalhos de Deanna Buick, que tem procurado examinar a associação entre as representações de doença e a resposta psicológica à radioterapia e à quimioterapia. Nos seus estudos, a autora tem encontrado alguns resultados interessantes, nomeadamente que as representações de saúde negativas encontram-se associadas a uma resposta psicológica pobre em sujeitos que se encontram a realizar tratamentos para o cancro (Buick, 1997).

Dado que as pacientes com cancro da mama, geralmente, estão sujeitas a diversos tipos de tratamentos, com implicações ao nível da sua qualidade de vida e da própria sobrevivência, consideramos importante perceber em que é o que consiste a adesão ao tratamento, recorrendo ao modelo proposto por Robert Horne. O autor, faz uma adaptação do modelo de auto-regulação que possibilita certificar a relevância das percepções de tratamento no seu modelo.

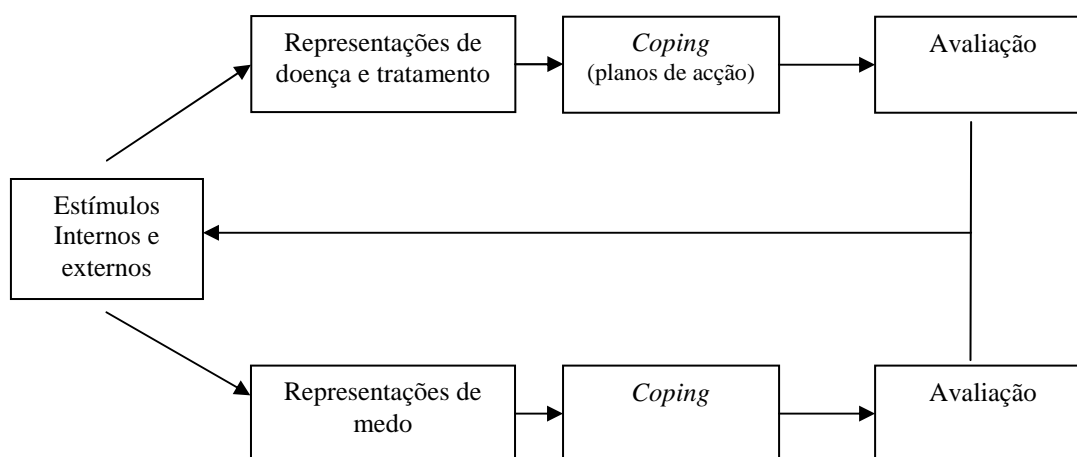
#### **4.1 - Modelo de Auto-regulação da Doença de Leventhal e Colaboradores**

Neste primeiro parágrafo far-se-á uma abordagem genérica ao modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores, seguindo-se posteriormente uma explicação detalhada do modelo. O modelo de auto-regulação da doença de Leventhal baseia-se em modelos de resolução de problemas e declara que os indivíduos lidam com a doença da mesma forma que fazem com outros problemas. O modelo sugere que perante uma situação de doença, que constitui uma alteração no seu estado normal, o indivíduo estará motivado para resolver o problema e restabelecer o seu estado de normalidade (Ogden, 1999). Este modelo propõe que os indivíduos criam representações cognitivas e

emocionais das ameaças de saúde e que são estas representações que vão guiar e regular o comportamento (Leventhal et al., 1997).

Fundamentados no pressuposto que as representações que as pessoas têm acerca da doença podem ser usadas para atribuir sentido às suas doenças e ajudá-las a perceber quais os sintomas em desenvolvimento, Leventhal e colaboradores (1980, 1984, 1991) decidiram incorporar estas representações num modelo que analisa a relação entre a representação cognitiva que o paciente tem da sua doença e o comportamento de *coping* subsequente. Assim, e como já foi referido, os autores associam as representações de doença aos modelos de resolução de problemas, dando origem ao chamado Modelo de Auto-regulação da Doença, “*Leventhal’s Self-regulatory Model (SRM)*”. Neste modelo, as pessoas são vistas como activas, na medida em processam a informação e elaboram representações de doença, reagindo emocionalmente às mesmas (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001). Deste modo, no modelo de auto-regulação, a adaptação a uma doença específica é determinada pelo processo de resolução de problemas, em que a decisão de realizar determinadas acções, reflecte a compreensão (representação) de uma ameaça de doença, da capacidade pessoal para a controlar e da experiência pessoal de custos benefícios quanto à utilização de um determinado procedimento.

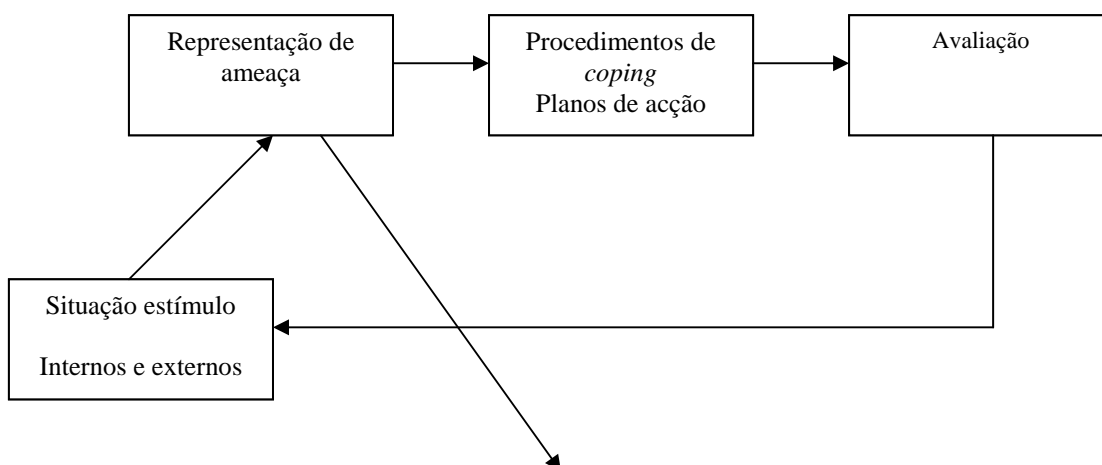
O modelo indica que os estímulos internos (e.g. experiência de sintomas) bem como os estímulos externos (e.g. informação acerca de riscos) podem originar representações cognitivas e emocionais, num modo de processamento paralelo. Baseados nestas representações individuais, os pacientes desenvolvem um plano de acção para lidar com a ameaça por eles percebida, ou mecanismos de *coping*. O sucesso de uma determinada estratégia de *coping* é avaliada, e retorna à representação e ao plano de acção, que poderá ser modificado (ver Ilustração 3).



**Ilustração 3.** Modelo de auto-regulação de doença de Leventhal (adaptado de Leventhal et al., 2003, p. 46)

Talvez seja importante, neste ponto, perceber qual o conteúdo das representações de doença. Segundo Leventhal e col. (1997), as representações das ameaças de doença são retratadas de uma forma concreta, perceptual (nível somático) e de uma forma abstracta, através de códigos linguísticos (nível emocional), acreditando os autores que estes dois níveis se encontram interligados. No primeiro nível, a representação das ameaças somáticas é constituída por uma componente perceptual que une o indivíduo à realidade da situação. O segundo nível, assume que os pacientes percebem os sintomas como indicadores da sua doença. Assim, os autores postulam que as representações de doença são simultaneamente perceptuais e conceptuais, em que o nível perceptual tem um papel chave na resposta emocional, sugerindo que as representações são constituídas por atributos cognitivos e afectivos.

Outro pressuposto defendido por Leventhal e col. (1997) é que os indivíduos procuram evidência perceptual (sintomas) quando lhes é atribuído um diagnóstico (rótulo). As representações de doença não são apenas constituídas por sintomas e por “rótulos”, existem outros atributos ou dimensões propostas por Leventhal e col. (2003): *identidade* (composta por factores como os sintomas e “rótulos”), *duração* (tempo de duração esperado ou idade de início), *consequências* (quantidade da dor e impacto nas actividades do dia-a-dia), *causas* (internas ou externas – genes ou infecção), *controlo* (percepção da doença como controlável, possibilidade de prevenção ou cura). Cada um destes domínios contém informação semântica e perceptual específica acerca da ameaça de doença e cada variável do domínio é simultaneamente abstracta e concreta (ver Ilustração 4).



Identidade	Duração	Consequências (resultados esperados)	Causa	Controlo (sim/não)
Sintomas	Tempo percebido	Incapacidade física	Falta de sono Contacto com indivíduos doentes	Eficácia dos tratamentos

**Ilustração 4.** Os cinco domínios das representações de doença (adaptado de Leventhal et al., 2003, p. 50 )

O processo de auto-regulação, de acordo com Leventhal e col. (1991), ocorre em três fases: *interpretação*, *coping* e *ponderação/avaliação*. Na fase de *interpretação* (do problema), o objectivo é tentar compreender o problema da doença. O confronto do indivíduo com um problema de doença pode ocorrer através da percepção de sintomas (e.g. “tenho um caroço na mama”) ou através de mensagens sociais (e.g. “o médico diagnosticou este caroço como um carcinoma da mama”). Esta identificação da doença resultará em mudanças no estado emocional do indivíduo. Por exemplo, a percepção de dor no peito e receber a mensagem social de que esta pode estar relacionada com a doença coronária, pode dar origem a ansiedade. Estas representações de doença vão conduzir à selecção dos procedimentos de *coping* para eliminar ou controlar as ameaças de doença (Leventhal et al., 2003). Na fase de *coping*, o indivíduo procura lidar com o problema de doença de forma a recuperar o seu equilíbrio, o que implica a identificação e desenvolvimento de estratégias de *coping*. De acordo com os autores, as estratégias de *coping* podem organizar-se em dois domínios gerais: *coping* por aproximação (e.g. aderir às recomendações médicas) e *coping* de evitamento (e.g. negar o significado dos

sintomas de doença). Por fim, o indivíduo faz uma *ponderação*, que consiste na avaliação da eficácia da estratégia de *coping* e a resolução de continuar com essa estratégia, ou pelo contrário optar por uma estratégia alternativa (Ogden, 1999).

Vários têm sido os estudos que se focam na componente cognitiva deste modelo, alguns a nível qualitativo e outros a nível quantitativo. Trabalhos desenvolvidos por Weinman, Petrie, Moss-Morris e Horne (1996) conduziram ao desenvolvimento de uma medida (“*Illness Perception Questionnaire*” - IPQ), revisto por Moss-Morris e col. (2002), para avaliar quantitativamente as dimensões sob as quais as representações de doença se organizam. Os estudos com diversas populações de pacientes têm demonstrado associações entre as percepções de doença e as respostas emocionais, cognitivas e comportamentos em resposta à doença (e.g. Heijmans, 1999; Jessop & Rutter, 2003; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996 cit. por Rees et al., 2004).

No que se refere ao cancro da mama, Buick (1997) encontrou dados que indicam que as percepções de doença são preditores importantes da resposta psicossocial ao tratamento. Buick (1997), também encontrou resultados que revelam que a recomendação do tratamento para as mulheres com cancro da mama, tem um grande impacto nas suas percepções de doença. Assim, as mulheres a quem foi recomendado quimioterapia percepcionavam a sua doença como mais longa e mais grave do que as mulheres a quem havia sido recomendado a radioterapia. Em trabalhos realizados por Leventhal e col. (1986), com mulheres com cancro da mama, demonstrou-se que as representações do cancro da mama variam em função da experiência das pacientes, incluindo o tipo de carcinoma, história da doença e tipo de tratamento.

Mais recentemente, com o objectivo de examinar a relação entre as representações de doença e os comportamentos de saúde, Bradley e col. (2001), entrevistaram 12 mulheres com cancro ginecológico em estágio inicial, recorrendo às dimensões do modelo proposto por Leventhal e colaboradores. Os resultados mostraram que valores elevados na dimensão *identidade*, mantinham o medo de recorrência e prediziam uma maior utilização dos cuidados de saúde. Este estudo, apesar de não utilizar uma amostra com cancro da mama, utiliza uma amostra feminina com uma problemática também relacionada com a feminilidade o que pode permitir o estabelecimento de alguns paralelismos com o cancro da mama. Contudo, devido ao número de participantes muito reduzido, reduz a possibilidade de generalizações.

Algumas críticas apontadas a este modelo referem-se à sua complexidade no que toca à intervenção e avaliação (Ogden, 1999). Segundo a autora, o facto de os

diferentes componentes do modelo de auto-regulação interagirem entre si cria a necessidade de estes serem medidos no seu conjunto e não por partes. Ao olharmos para as componentes do modelo em separado, poderá ser difícil determinar se estamos a tratar representações/cognições de doença ou estratégias de *coping*. A autora questiona: “Por exemplo, a crença de que uma doença não tem consequências graves é uma cognição de doença ou uma estratégia de *coping*?” p. 62.

Podemos concluir que o modelo de auto-regulação permite explorar de forma dinâmica as representações de doença e a sua relação com os resultados psicológicos, médicos e sociais, em diversas condições médicas. Neste estudo procuraremos contribuir com alguma evidência empírica acerca das representações de doença nas mulheres portuguesas com cancro da mama e ainda, acerca da relação entre estas representações, e o ajustamento e resultado da doença. Este tipo de dados empíricos pode, permitir a identificação das variáveis mais relevantes no ajustamento ao cancro da mama, facultando a possibilidade de intervenção nas dimensões das representações de doença que devem ser alteradas.

Este modelo permite-nos estabelecer uma ponte com o modelo de adesão de Horne (que abordaremos no ponto 4.2) na medida em que as representações de doença parecem desempenhar um papel fulcral na adesão aos diversos regimes de tratamento, designadamente aqueles que são propostos às mulheres com cancro da mama.

#### **4.1.1 - Representações de doença e cancro da mama**

No capítulo referente ao ajustamento, foi possível verificar que a literatura actual indica a possibilidade de vários tipos de resposta psicológica ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Estas diferenças individuais sugerem que as pacientes com cancro da mama têm diferentes percepções da experiência de doença, sendo os factores cognitivos importantes determinantes da resposta psicológica (Buick, 1997).

Segundo Nerenz e col. (1984), as cognições de doença e o *coping* têm um importante papel a desempenhar no ajustamento ao tratamento do cancro. Contudo problemas metodológicos limitam as conclusões acerca do poder e natureza desta associação. Segundo Buick (1997), estudos longitudinais desta relação e de como esta se pode alterar ao longo do tempo podem ajudar a expandir a compreensão teórica das percepções de doença e estratégias de *coping* das pacientes com cancro da mama e,



ainda, beneficiar o trabalho clínico, permitindo a identificação de alguns pontos passíveis de intervenção.

Buick (1997), conduziu um estudo com mulheres com cancro da mama em tratamento, 52 mulheres a realizar radioterapia e 26 a efectuar quimioterapia. Estas mulheres foram estudadas longitudinalmente e avaliadas num momento de pré-tratamento e aos 3 meses após o tratamento. Na avaliação foi utilizado o “*Illness Perception Questionnaire – IPQ*” e uma entrevista estruturada que reflecte as dimensões conceptuais do *IPQ*. Os resultados indicaram que as pacientes acreditavam que o cancro da mama era causado por uma combinação de atributos que compreendiam, as representações internas centradas na própria e na auto-culpabilização, sorte, questões ambientais e factores genéticos. Os atributos internos, como a auto-culpabilização, mantiveram-se estáveis ao longo do tratamento. Segundo a autora, a auto-culpabilização não representa necessariamente uma resposta mal-adaptativa. Pelo contrário, pode revelar-se adaptativa se a paciente se envolver em mudanças que podem conduzir ao aumento de sentimentos de controlo. Ou seja, as pacientes que revelaram auto-culpabilização por factores que podem ser controláveis (e.g. “o meu cancro da mama foi causado por factores de dieta), também estavam mais envolvidas na alteração desses comportamentos (e.g. alteração da dieta). Os resultados revelaram também que enquanto os atributos internos e de auto-culpabilização se mantinham estáveis ao longo do tempo, o papel da sorte e dos factores genéticos tornou-se mais importante com o passar do tempo. A autora, acredita que esta alteração pode representar uma tentativa para uma reestruturação das percepções de doença e de preparação para um período de incertezas que se segue ao tratamento e, em que a recorrência é uma expectativa realista. Assim, as pacientes não se sentem responsabilizadas por uma possível recorrência na medida em que esta não depende da responsabilidade individual mas de factores clínicos. De acordo com Buick (1997), as representações das pacientes acerca das causas da doença podem influenciar o ajustamento psicossocial ao cancro da mama e contribuir para a percepção de vulnerabilidade ou recorrência da doença.

Outros resultados interessantes surgiram neste estudo (Buick, 1997). As representações acerca da causa do cancro da mama eram diferentes para o grupo de mulheres a realizar radioterapia e para as mulheres a realizar quimioterapia. As pacientes em quimioterapia evidenciavam mais atributos internos e de auto-culpabilização, em oposição às pacientes de radioterapia que revelavam mais representações relacionadas com a sorte. Segundo a autora, o facto das mulheres serem

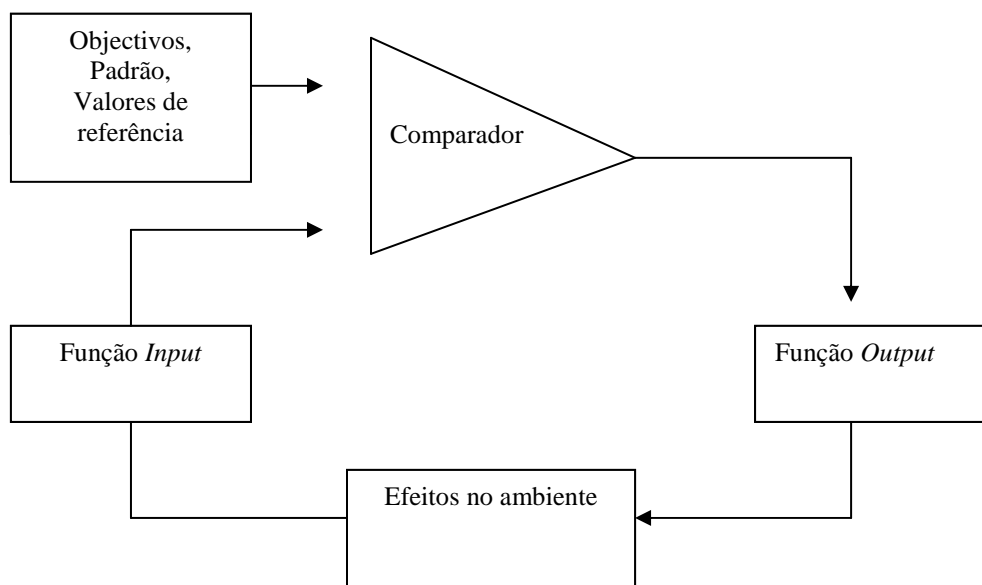
referenciadas para quimioterapia, é percebido como um indicador da severidade da doença, influenciando a estrutura cognitiva/interpretativa que a paciente tem da sua doença. Para além deste aspecto, a autora levanta outra hipótese que se refere à natureza do procedimento de tratamento e que poderá reforçar as características mais salientes da percepção de doença da paciente. Assim, a administração intravenosa dos agentes quimioterapêuticos pode reforçar a orientação interna dos atributos causais do cancro. Por outro lado, receber radiações externas pode reforçar os atributos externos, salientes, nestas pacientes. Dos resultados, foi possível constatar para ambos os grupos, que as representações negativas acerca da doença pareciam encontrar-se associadas a respostas psicológicas mal-adaptativas, como a não adesão. Assim, as percepções negativas sobre o cancro da mama podem interferir com a capacidade das pacientes para interpretar e compreenderem a experiência de tratamento. Por sua vez, isto pode encorajar estratégias de *coping* focados na emoção ou de desinvestimento que tornam as pacientes incapazes de controlar a interrupção das actividades usuais, que ocorrem durante o tratamento. Em contraste, as percepções de doença que facilitam o desenvolvimento de um significado mais positivo, também podem ter um efeito directo no ajustamento ao tratamento através de um aumento dos sentimentos de controlo e da auto-estima.

Do exposto podemos concluir que a teoria da auto-regulação providencia uma estrutura conceptual única para a compreensão da experiência do cancro da mama. Os trabalhos de Buick (1997) nesta área permitem-nos estabelecer que as percepções acerca do cancro e do seu tratamento podem funcionar como marcadores importantes, na medida em que providenciam indicações sobre o nível de adaptação psicológica e funcional que as pacientes com cancro da mama vão ser capazes de atingir e manter.

#### **4.2 - Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Scheier e Carver**

O ponto fulcral dos trabalhos desenvolvidos por Carver e Scheier (1990, 1998) é a visão de que as pessoas durante a sua vida identificam objectivos e comportam-se de forma a atingir esses mesmos objectivos. Genericamente, o modelo de auto-regulação do comportamento pressupõe que o comportamento é organizado em função de objectivos (valores) e no sentido da confiança ou dúvida acerca da sua realização (expectativas). Sem o objectivo ou confiança na sua realização, não existe acção e são os objectivos que vão servir como valores de referência para o processo de *feedback*.

Neste modelo, o comportamento é controlado através de um processo de *feedback*, sob a forma de redução do circuito de discrepâncias. Este processo de *feedback* inclui quatro elementos. (1) O *input*, que fornece informação e que é equivalente à percepção. (2) O *valor de referência*, é a segunda fonte de informação e baseia-se nos objectivos. (3) O *comparador*, faz a comparação entre o *input* e os valores de referência, e fornece informação que permite verificar se os valores diferem uns dos outros ou não. (4) O *output*, é o equivalente ao comportamento, embora por vezes o comportamento seja interno. O comportamento pode-se alterar ou permanecer idêntico dependendo da informação recebida do comparador. Se após a comparação o resultado for que “não existe diferença” entre o *input* e os valores de referência, a função de *output* mantém-se como até então. Se a comparação resultar em “discrepância”, a função de *output* altera-se (Ilustração 5).



**Ilustração 5.** Representação esquemática de um circuito de feedback, (adaptado de Scheier & Carver, 2003, p.18)

Segundo Carver e Scheier (2001), existem dois tipos de circuitos de *feedback*. O ciclo de *feedback* que tem por objectivo reduzir a discrepância entre o *input* e os valores de referência. Aqui a função do *output* tem por objectivo reduzir as discrepâncias entre o *input* e os valores de referência. Por exemplo, uma pessoa saudável que tenha por objectivo consumir 1800 calorias por dia, ajustará o seu consumo calórico, aumentando-o ou diminuindo-o de forma a minimizar as

discrepâncias entre o que é consumido actualmente e o que é o objectivo de ingestão diária de calorias. Trata-se, pois, de tentativas para aproximar-se de, ou atingir o objectivo (valor). O objectivo poderá ser constante (por exemplo, ser uma pessoa honesta) ou poderá ser um objectivo móvel (por exemplo, desenvolvimento na carreira). Em qualquer dos casos, o sistema de redução de discrepâncias tenta fazer com que a realidade encaixe no objectivo (valor). O segundo tipo de ciclo de *feedback* aumenta a discrepância e trabalha como um anti-objectivo. Neste caso, pretende-se evitar um determinado valor. Um exemplo poderá ser, ficar doente. O circuito de evitamento cria pressão para aumentar a distância do anti-objectivo (Scheier & Carver, 1998).

Uma questão que se coloca neste contexto diz respeito ao facto de alguns objectivos serem mais abrangentes do que outros. Por vezes, a diferença refere-se à quantidade de tempo necessária para atingir o objectivo, outras vezes diz respeito ao nível de abstracção do objectivo. No que refere às diferenças dos objectivos quanto à abstracção, podemos ilustrar com os seguintes exemplos: um objectivo com um elevado nível de abstracção pode ser, tornar-se uma pessoa saudável; um objectivo com um grau de abstracção pequeno pode ser ir ao ginásio diariamente. O primeiro objectivo é ser um determinado tipo de pessoa e o segundo refere-se à realização de uma determinada acção (Carver & Scheier, 2003). Estes exemplos ajudam a ilustrar a ideia de que os objectivos se encontram ligados hierarquicamente e que tem implicações na forma de conceptualizar o comportamento (Carver & Scheier, 1998, 1999)

O modelo de Carver e Scheier paralela o de Leventhal, na medida em que também considera um processamento paralelo das cognições/comportamentos e emoções. Assim, Carver e Scheier consideram que paralelamente a este processo de *feedback* que guia o comportamento, encontram-se os afectos. Ou seja, durante a sua acção as pessoas experienciam emoções. Assim, os sentimentos positivos surgem quando um sistema de acção está a ser bem sucedido, a realizar progressos perante os objectivos desejados. Quando não estão a ser realizados progressos, os afectos são de natureza negativa. Segundo Carver e Scheier (1998), à medida que o afecto se torna mais negativo, surge a dúvida; quando o afecto se torna mais positivo aumenta a esperança, a confiança e as expectativas favoráveis.

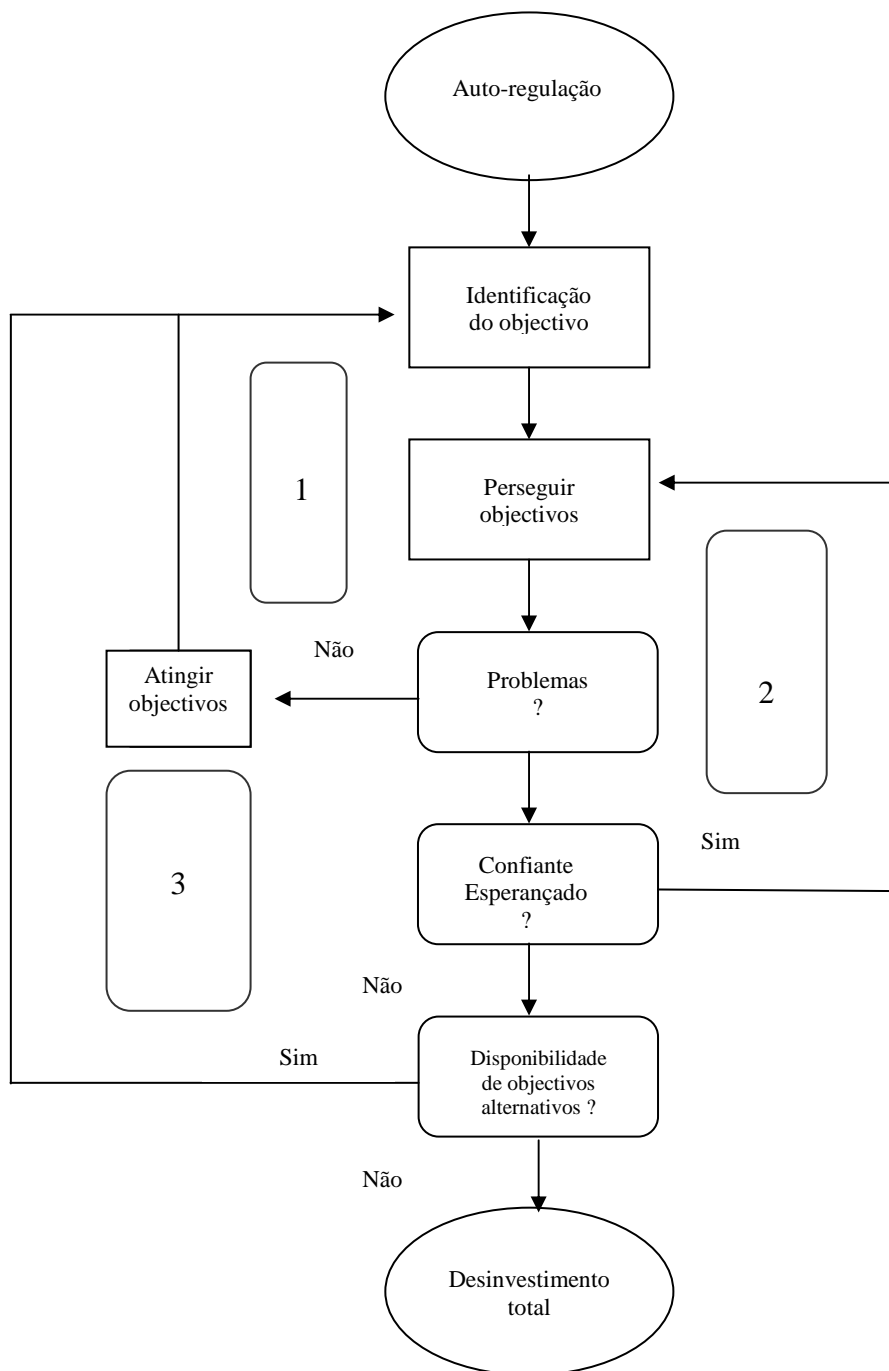
A confiança e a dúvida não operam num vácuo (Scheier & Carver, 2003). Perceber que os seus esforços para atingir um objectivo foram devastados por uma adversidade, pode conduzir a distress emocional e a sentimentos de dúvida. Segundo Carver e Scheier (1990, 1998), quando isto acontece, as pessoas interrompem

periodicamente os seus esforços e avaliam de forma mais deliberada como atingir o sucesso, ou seja os resultados desejados. Ao fazer isto e, segundo os autores, as pessoas provavelmente utilizam memórias de resultados prévios em situações semelhantes, pensam em abordagens alternativas ao problema, pensam acerca de outros recursos e, podem ainda utilizar a comparação social. Os autores fornecem o seguinte exemplo: uma pessoa que tenha uma história longa, em que recebe informação médica adversa, pode ter expectativas negativas quando vai realizar um novo exame. Por outro lado, pessoas que conseguem pensar de forma mais expansiva acerca de como a situação pode ser alterada, podem influenciar as expectativas. Por exemplo, uma mulher a quem é proposto um novo tratamento para o cancro da mama, pode imaginar um cenário em que se encontra a realizar a terapia, com efeitos adversos limitados e, conseguindo uma melhoria na sua saúde. A mulher pode retirar deste cenário um sentimento de confiança. Segundo vários autores (Cameron & Nicholls, 1998; Taylor et al., 1998), estes cenários enfatizam os processos e passos necessários para atingir o objectivo.

Pode ser constatado que este modelo destina-se à compreensão do comportamento em geral, ou seja, não foi desenhado especificamente para os comportamentos de saúde e episódios de doença. No entanto, os seus autores acreditam que este pode ser aplicado a fenómenos com interesse no domínio da saúde. Na perspectiva de Scheier e Carver (2003), os episódios de doença não são diferentes de outras adversidades que as pessoas podem encontrar ao tentarem atingir um objectivo. Neste caso, uma doença ameaça directamente o desejo de se manter saudável e vivo. Se ser saudável é o objectivo principal, então, provavelmente objectivos menores encontram-se organizados hierarquicamente para permitir atingir o objectivo principal. Para alguém cujo objectivo é manter-se saudável, para atingir este objectivo pode envolver-se em programas de exercício regular, evitar alimentos gordos, ingerir vitaminas e consumir álcool de uma forma moderada.

Algumas das ideias deste modelo também nos poderão ajudar a compreender aspectos do *coping* com a doença, nomeadamente a doença oncológica. Assim, os autores oferecem um modelo de auto-regulação que permite observar o sucesso do *coping*, enquanto processo contínuo de identificação de objectivos, perseguição e alcance desses objectivos e, identificação de novos objectivos (Scheier, Carver & Bridges, 2001) (ilustração 4). Consideremos uma doença ameaçadora de vida, como o cancro da mama. Em última análise o resultado desta doença pode ser a morte. Perante

esta realidade, a mulher pode aceitar o facto de que está doente sem simultaneamente sucumbir ao sentimento de se preparar para a morte. Perante esta forma de aceitação/resignação, a mulher desinveste prematuramente das oportunidades da vida. Por outro lado, uma aceitação do diagnóstico em si, de forma mais limitada, pode ter resultados muito diferentes. Pode fazer com que a mulher reorganize as prioridades da sua vida, de uma forma realista, eliminando objectivos de longo prazo e utilizando esse tempo de forma construtiva. Aceitando o facto de que a vida pode estar comprometida (mas não terminada), as mulheres podem ser impelidas a desenvolver algumas linhas orientadoras para viver o tempo que lhes sobra. Esta revisão da vida é importante e pode conduzir a um aumento do bem-estar. Podemos ilustrar com o seguinte exemplo: exemplo, uma mulher jovem com grande investimento nos laços familiares e na sua carreira, é diagnosticada com cancro da mama. A quimioterapia pode impossibilitar que venha a ter filhos. No entanto, experiências familiares positivas podem ser obtidas de outras formas. Se as suas ambições profissionais forem ameaçadas pela progressão da doença, essas ambições podem ser satisfeitas em menor grau, no tempo de vida disponível. Em alternativa, a mulher pode decidir reorganizar as suas prioridades e optar por passar menos tempo trabalhando e mais tempo nas relações próximas. De qualquer forma, parece evidente que a capacidade para estabelecer um novo objectivo e para encontrar uma forma para levar a cabo o objectivo existente, é muito importante para a mulher se manter envolvida com os seus objectivos. Contudo, pode acontecer que não exista uma alternativa. Nestes casos, a mulher pode desistir, porque não existem objectivos a perseguir, nem a substituir, que possam ser atingidos (Moskowiz, Folkman, Collette, & Vittinghoff, 1996). Neste estado, podemos ter o vazio e elevados níveis de stress, que segundo Carver e Scheier (1998), pode conduzir à morte prematura (ver Ilustração 6).



**Ilustração 6.** Auto-regulação bem sucedida

A auto-regulação bem sucedida é um processo contínuo de identificação de objectivos, perseguição desses objectivos, o atingir desses objectivos e a identificação de objectivos futuros (circuito 1). Perante a adversidade pode ser adicionado um passo com vista à avaliação das mudanças (circuito 2), a confiança coloca a pessoa novamente no circuito 1. Se a confiança for baixa, a pessoa pode procurar um objectivo alternativo (circuito 3); se houver disponibilidade de objectivos alternativos, este circuito coloca a pessoa na identificação de objectivos e alcance dos mesmos. Se, contudo o objectivo inicial não poder ser atingido e se não existir disponibilidade de objectivos alternativos, a pessoa pode desistir completamente. (Adaptado de Carver & Scheier, 1998, p.349).

É importante salientar que a confiança/esperança e objectivos podem ser afectados de forma diferente dependendo do estágio da doença (Scheier & Carver, 2001). Este reconhecimento tem implicações práticas, por exemplo no tipo de intervenção que é proposto para as mulheres com cancro da mama (Scheier & Carver, 2003).

Concluindo, o modelo de auto-regulação de Carver e Scheier providencia uma heurística útil, segundo a qual os comportamentos de saúde e doença podem ser compreendidos. Ao fornecer uma estrutura teórica, este modelo permite identificar algumas variáveis e processos importantes para o estudo da auto-regulação e, em como estas variáveis e processos podem ser determinantes para resultados de saúde favoráveis ou não favoráveis. Apesar de este ser um modelo generalista, podemos verificar que os seus contributos permitem que seja aplicado à doença oncológica, nomeadamente ao cancro da mama. Permitindo perceber como é que, através da auto-regulação as mulheres com cancro da mama se mantêm envolvidas na perseguição dos seus objectivos. Contudo, o desenvolvimento de modelos específicos para a saúde poderão aumentar a compreensão da complexidade de comportamentos, cognições e emoções que caracterizam esta doença.

### **4.3 - Modelo de Adesão Terapêutica de Horne**

Durante o século XX, ocorreu uma verdadeira revolução no campo da medicina, com a descoberta de novos medicamentos eficazes para o tratamento de diversas doenças e com a conseqüente produção em massa dos mesmos, factores estes que contribuíram para que, presentemente, a prescrição de medicamentos seja uma das intervenções médicas mais utilizadas (Horne, 1997).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a adesão é a medida em que o comportamento da pessoa, nomeadamente, tomar medicação, seguir uma dieta, e/ou fazer alterações no estilo de vida, corresponde às recomendações do profissional de saúde” (WHO, 2003) A adesão a qualquer regime reflecte algum tipo de comportamento. Procurar atenção médica, seguir prescrições, tomar a medicação de forma apropriada, comparecer nas consultas de seguimento, alterar comportamentos destinados a higiene pessoal, auto-monitorização da asma ou diabetes, tabaco, contracepção, comportamentos sexuais de risco, dieta pouco saudável e níveis



insuficientes de actividade física, são exemplos de comportamentos terapêuticos (WHO, 2003).

Actualmente muitos dos doentes com doença crónica deparam-se com a necessidade de tomar medicação de forma regular. No entanto, muitos falham no seguimento das prescrições que são feitas pelo médico (Meichenbaum & Turk, 1987). Segundo Haynes (2001), uma revisão rigorosa da literatura permitiu estimar que a adesão, entre doentes crónicos, nos países desenvolvidos, é de cerca de 50%. Na verdade, a não adesão ao tratamento é uma das grandes preocupações para os profissionais de saúde, visto que se perde a oportunidade para obter uma melhoria no estado de saúde e um desperdício de recursos (WHO, 2003).

É necessário clarificar que os comportamentos de não adesão podem pertencer a duas categorias distintas: não intencionais e intencionais (Weintraub, 1990). A não adesão “intencional” ou deliberada, ocorre quando o paciente decide não seguir as instruções de tratamento, e a não adesão “não intencional” ocorre quando o paciente se esquece de tomar a medicação ou quando não tem as capacidades necessárias para seguir as instruções, devido a uma compreensão pobre da prescrição ou devido a limitações físicas. Entre destas duas categorias, a Psicologia tem procurado explicações para a não adesão intencional. Ou seja, como é que se explica que um paciente procure o seu médico e depois decida não seguir as prescrições?

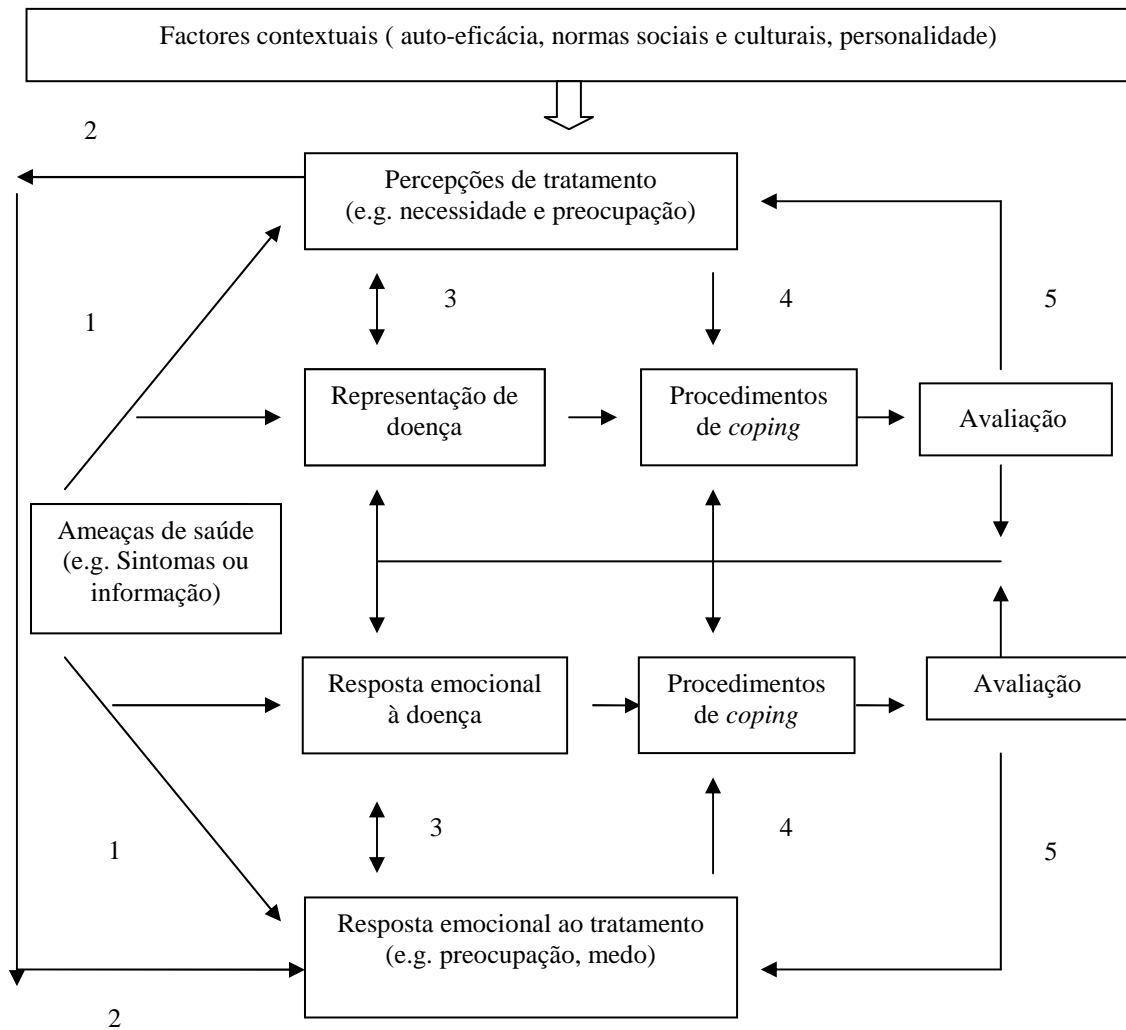
A Psicologia tem desenvolvido alguns modelos que procuram explicar como é que as pessoas iniciam e mantêm acções para preservar ou melhorar a sua saúde. Segundo Horne (1997), a adesão à medicação pode ser explicada por vários modelos, nomeadamente os modelos de cognição social (*Social Cognition Models – SCM*), onde se incluem o modelo de representações de saúde (*Health Belief Model – HBM*) e a teoria da acção planeada (*Theory of Reasoned Action – TRA*) e o modelo de auto regulação (*Self Regulatory Model – SRM*). Não cabe aqui fazer uma descrição destes modelos pelo que só referiremos alguns pressupostos relevantes para a compreensão da adesão terapêutica.

Os modelos de cognição social aplicados às decisões de adesão ao tratamento, referem que as respostas dos pacientes e as suas decisões baseiam-se nos valores e expectativas. Assim, as suas decisões de adesão ao tratamento são influenciadas pelas suas representações acerca da necessidade de tratamento e a percepção dos riscos e benefícios associados a esse tratamento (Becker & Rosenstock, 1984, Cummings et al., 1981; Harris & Linn, 1985; Janz & Becker, 1984; Kelly, Mamon & Scott, 1987; Newell

et al., 1986; Ried & Christensen, 1988 cit. por Horne, 1997). Os modelos que têm sido mais frequentemente aplicados à adesão à medicação são o modelo de representações de saúde e a teoria da acção planeada. Qualquer um destes modelos incorpora as representações acerca do tratamento. Nesta linha, alguns dos estudos têm salientado o papel dos custos e benefícios da adesão ao tratamentos ou as barreiras à toma da medicação (Ried & Christensen, 1988, cit. por Horne, 1997), enquanto outros estudos (Miller, Wikoff & Hiatt, 1992) salientam a visão que os pacientes têm de outros significativos como por exemplo, médicos ou familiares, como preditores da adesão. Têm sido apontadas algumas limitações a estes modelos no que refere à investigação no comportamento de adesão. Segundo Marteau (1995), a investigação utilizando estes modelos tem sido pouco consistente e a proporção da variância nos comportamentos de adesão explicados pelos modelos de cognição social é pequena. Schwarzer (1992) argumenta, ainda, que os comportamentos de saúde não resultam de decisões estáticas, como defendido por estes modelos, mas sim de decisões, que são tomadas em estádios.

O modelo de auto-regulação de Leventhal e col. (1980, 1984, 1991), já referido, constitui-se como um instrumento conceptual útil para a compreensão da não adesão intencional. Se a adesão é vista como uma forma de *coping*, o modelo postula que a decisão de seguir as recomendações de tratamento será influenciada pelas representações que o paciente tem da sua doença e subsequentemente da visão acerca da adequação do tratamento (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992). Este modelo permite conceptualizar as decisões de saúde de uma forma dinâmica, em que representações e comportamentos interagem de forma activa. Para Leventhal a escolha de uma resposta de *coping*, como por exemplo tomar a medicação, é influenciada por aquilo que faz sentido, à luz das próprias ideias do sujeito, sobre a doença e a sua experiência dos sintomas.

A adaptação do modelo de auto-regulação feita por Horne (2001), permite-nos constatar a relevância das percepções de tratamento neste modelo. Assim, quando os procedimentos de *coping* envolvem questões que implicam decisões acerca do tratamento, então o modelo deve ser alargado para incluir as percepções acerca do tratamento bem como as representações de doença (Horne et al., 2001).



**Ilustração 7.** Percepção acerca do tratamento e o modelo de auto-regulação (adaptado de Horne, 2003, p. 148).

Ilustração 7, encontra-se representado o modelo de adesão de Horne. As setas numeradas podem ser lidas da seguinte forma (p.147): (1) as experiências de sintomas e a informação desencadeiam percepções acerca do tratamento, dependendo da atribuição da causa, (e.g., a atribuição de doença reforça a necessidade de tratamento, atribuições acerca dos efeitos secundários reforçam as preocupações); (2) o processamento paralelo das representações cognitivas e emocionais do tratamento, por exemplo, “tomar esta medicação preocupa-me”; (3) percepções de doença e representações acerca do tratamento têm uma lógica interna à medida que o indivíduo se esforça para atingir o sentido de coerência; (4) as percepções de tratamento influenciam a adesão, sendo a adesão ou não adesão procedimentos de *coping*; (5) os resultados da adesão/não adesão

são avaliados de acordo com os reforços subsequentes ou alteração nas representações de tratamento. Horne (2003) procura, assim, apresentar uma estrutura para conceptualizar as representações relacionadas com o tratamento que podem ser determinantes na adesão ao mesmo. As ideias que os pacientes têm acerca da medicação são complexas e diversas sendo que as representações acerca da medicação prescrita podem ser agrupadas em duas categorias: percepção da necessidade ou necessidade pessoal de tratamento e, preocupações acerca dos efeitos negativos deste (Horne, 1999). Contudo, e segundo o autor, a compreensão acerca destes aspectos encontra-se incompleta, visto que se sabe muito pouco acerca da forma como as pessoas processam a informação sobre os riscos do tratamento e como fazem o balanço entre estes riscos e a necessidade percebida de tomar a medicação. Para Horne, é necessário que os profissionais de saúde tenham informação acerca das percepções que os doentes têm sobre a sua doença e tratamento para entenderem como é que os estes aderem à medicação.

A literatura tem demonstrado que as representações das pacientes com cancro da mama têm implicações importantes para a adesão aos regimes de tratamento impostos por esta doença. Apresentamos, seguidamente, alguns estudos que justificam a necessidade e aplicabilidade do modelo de adesão de Horne nesta população.

Segundo o *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group* (1998), a adesão ao tratamento no cancro da mama é importante na medida em que a toma da medicação hormonal pode reduzir o risco de recorrência da doença em 12%, se a medicação for utilizada durante 1 ano, em 29%, se a medicação for utilizada durante 2 anos e, em 47%, se a medicação hormonal for utilizada por mais de 5 anos. De acordo com Patridge, Wang, Winer & Avorn (2003), após 4 anos de adesão à medicação hormonal, a taxa de adesão decresce em 50%. Um estudo acerca da adesão ao Tamoxifeno entre mulheres com cancro da mama, realizado por Fink e col. (2004), revelou que 17% das mulheres do estudo interromperam a toma da medicação durante os 2 anos de seguimento, sendo que destas, 68% interromperam antes de completarem 1 ano de tratamento. Segundo Atkins e Fallowfield (2006), 55% das mulheres com cancro da mama referem a não adesão à sua terapia hormonal ocasionalmente ou frequentemente, muitas vezes intencionalmente. Segundo estes autores, os motivos para a não adesão intencional ou não intencional são difíceis de explicar e variam substancialmente de mulher para mulher. Alguns dos factores que podem contribuir para a não adesão em pacientes com cancro da mama, segundo Patridge, Avorn, Wang e Winer (2002), são: a incapacidade

para alterar o comportamento requerido, supervisão inadequada, regime de tratamento complexo, problemas de comunicação com os profissionais de saúde, insatisfação com os cuidados de saúde, as representações das pacientes pesarem a favor da não adesão, suporte social inadequado, história de não adesão, história de doença mental e, desequilíbrio de custos e benefícios.

No que refere à cirurgia, várias investigações acerca deste tipo de intervenção no cancro da mama podem ser interpretadas à luz das representações cognitivas da doença. O tratamento para o cancro da mama parece ser mais hostil do que os sintomas da própria doença, sendo esta uma das características que diferencia o cancro de outras doenças crónicas. A investigação tem demonstrado que apesar destes efeitos negativos do tratamento, as pacientes continuam com a terapia. Segundo Taylor e col. (1984), poucas são as mulheres que recusam a quimioterapia e a maioria adere ao regime de tratamento. Outros estudos têm revelado que as mulheres que escolhem tumorectomia em oposição às que optam por mastectomia têm “ideias” e preocupações diferentes sobre o cancro da mama (Buick, 1997). Segundo o modelo de Horne, as representações da doença e do tratamento podem ser determinantes das respostas emocionais e das estratégias de *coping*.

A adesão pode ser melhorada através de intervenções destinadas à educação da paciente (descritas no ponto 5.1, deste trabalho), de forma a aumentar o conhecimento da paciente e a sua capacidade para aderir aos regimes de tratamento (Andersen, 2002). Segundo esta autora, a adesão também pode ser melhorada, quando as intervenções psicológicas melhoram o humor da paciente ou reduzem a severidade dos efeitos secundários do tratamento (e.g. náusea ou vômito), fazendo com que as pacientes tolerem melhor os regimes de tratamento.

Os dados apresentados nos parágrafos anteriores, abrem uma janela que nos permite estabelecer implicações importantes para a intervenção psicológica junto destas pacientes. Por vezes, os conceitos de risco e benefícios relacionados com a adesão são difíceis de compreender por parte das pacientes, principalmente quando o tratamento é longo e complexo. Nesse sentido, as intervenções educacionais (descritas no Capítulo V) podem ser componentes importantes da relação entre a paciente e o profissional de saúde.

O modelo de Horne, permite-nos concluir acerca das implicações das representações de saúde na adesão aos regimes de tratamento. Esta constatação remete-nos para a pertinência da intervenção ao nível da alteração das representações que

possam estar a interferir com os referidos processos de adesão e, ainda, da necessidade de intervenções destinadas ao paciente e ao profissional de saúde de forma a poder aumentar a adesão aos tratamentos.

### **Conclusão**

Após a revisão dos pontos mais salientes dos modelos que foram apresentados neste capítulo, podemos afirmar que as cognições apresentam-se como um ponto comum aos vários modelos, sendo cruciais para a compreensão do ajustamento das mulheres com cancro da mama, para a adesão aos regimes de tratamento, bem como para os resultados da doença. No modelo de Leventhal e colaboradores, outro aspecto que assume protagonismo é o papel das emoções, também elas determinantes para o *coping* com a doença. Estes modelos também nos remetem para uma perspectiva em que o sujeito é activo, interpondo-se em processos dinâmicos, como é o caso da saúde e doença. Os princípios dos modelos de auto-regulação parecem-nos fundamentais para a compreensão dos diversos tipos de comportamentos destinados a lidar com a doença, sobretudo com o cancro da mama.



## **CAPÍTULO V**

---

### **Intervenção Psicológica no Cancro da Mama**





Pela revisão da literatura efectuada nos capítulos anteriores, podemos concluir que o diagnóstico e tratamento do cancro exerce efeitos negativos na qualidade de vida de muitos doentes, tornando premente contemplar ao nível do tratamento, uma componente destinada ao bem-estar psicológico, emocional e espiritual de quem sofre com esta doença. As intervenções psicossociais para pacientes com cancro têm vindo a proliferar rapidamente e, têm por objectivo reduzir o stress emocional que pode ocorrer após o diagnóstico do cancro e durante o seu curso (Edgar et al., 1992), bem como favorecer um maior controlo emocional por parte do paciente e uma maior independência da família e da equipa médica (Gil et al., 2001). As intervenções psicológicas para pacientes com cancro incluem a intervenção psico-educacional, terapia de suporte, terapia cognitiva, relaxamento muscular, competências de resolução de problemas e competências sociais, biofeedback e hipnose (Andersen, 1992; Baum & Andersen, 2001). As intervenções mais ecléticas na sua orientação, são frequentemente descritas como terapias de “suporte”, sem especificarem nenhum fundamento teórico ou conceptual. A intervenção psicológica dirigida ao *coping* com o cancro, tipicamente, enfatiza um conjunto de elementos, que incluem (Andersen, 2002): a) suporte interpessoal; b) validação de sentimentos; c) exploração de questões relativas à doença (ex: ameaças impostas pela doença, clarificação de problemas com os quais têm que lidar); d) *feedback*; e e) encorajar a manutenção da esperança, sendo a interacção verbal a principal forma de providenciar a intervenção.

Alguns estudos de meta-análise (Meyer & Mark, 1995; Devine & Westlake, 1995; Sheard & Maguire, 1999, cit. por Lane & Viney, 2005) providenciam evidência acerca da eficácia das intervenções psicológicas no bem-estar psicológico para mulheres diagnosticadas com cancro da mama, com efeitos benéficos no estado afectivo, comportamentos de *coping*, qualidade de vida e controlo da dor. Para além do impacto directo nos estados de stress psicológico ou nos comportamentos, os resultados têm sido alargados a características internas e estáveis das pacientes (ex: auto-estima), relações íntimas (ex: ajustamento marital), relações sociais, actividade física, sintomas relacionados com a doença e com o tratamento, resposta biológica (ex: variáveis endócrinas e imunológicas) e, finalmente, o próprio resultado da doença (Andersen, 1992).

As abordagens que mais se destacam a este nível são: cognitivo-comportamentais, educacionais e de suporte ou existenciais. Contudo, muitas das intervenções tendem a ser ecléticas, utilizando técnicas de uma variedade de abordagens

terapêuticas. Na pesquisa bibliográfica acerca deste tema não foram encontradas intervenções destinadas a facilitar o optimismo nas mulheres com cancro da mama. Porém, neste capítulo será feita alusão a algumas intervenções mais genéricas destinadas ao optimismo ou que, ainda que não dirigidas ao optimismo, podem produzir efeitos no optimismo.

### **5.1 - Intervenções Educativas**

Este tipo de intervenção procura promover informação para facilitar a adaptação e compreensão acerca dos aspectos médicos da doença e do processo em que o doente se encontra (Bultz, Speca, Brasher, Geggie & Page, 2000). A sua ênfase é no controlo da informação bem como o providenciar informação suficiente ao paciente para que este possa responder de forma eficiente às alterações impostas pela doença, bem como às exigências resultantes desta (Devins & Binik, 1996). Segundo os autores referidos anteriormente, as intervenções mais tradicionais da educação da doente, salientavam quase exclusivamente o facultar de informação acerca das causas, curso e progressão de uma determinada doença; nutrição; medicamentos e tratamentos, incluindo os seus efeitos secundários; instalações de saúde; pessoal para cuidados de saúde; questões financeiras e serviços sociais disponíveis.

Um corpo crescente de evidência sustenta o valor da educação do paciente como forma de facilitar a adaptação à doença, testando a asserção de que fornecer informação relacionada com a doença e com o *coping* pode ter benefícios a nível psicossocial (e.g. Bultz, Speca, Brasher, Geggie & Page, 2000; Jacobs et al., 1983; Pruitt et al., 1993). Intervenções simples, como por exemplo uma carta introdutória para os novos pacientes parecem facilitar as avaliações dos pacientes sobre o seu potencial para influenciar o processo de recuperação (Johnston, Gilbert, Patridge, & Collins, 1992). Também têm sido realizadas investigações com intervenções educativas mais extensas. Contudo, os resultados têm sido inconsistentes. Alguns estudos revelaram melhoras significativas no que refere à expectativa de um bom prognóstico, aumento do *locus* de controlo interno e, redução da intrusão da doença. No entanto, outros estudos falham na replicação destes resultados (Devins & Binik, 1996). Nos vários estudos que têm sido conduzidos nesta área da intervenção educativa, têm sido medidos diferentes resultados. Alguns estudos avaliam as mudanças no conhecimentos sobre a doença,

distúrbios de humor e outros as competências de *coping* (Fawzy et al., 1995). Jacobs e col. (1983), demonstraram que o aumento do conhecimento acerca da doença e tratamento reduz a ansiedade e problemas relacionados com o tratamento e conduz a um aumento da competência social.

Nesta linha de investigação, Pruitt e col. (1993) realizaram um estudo com 31 pacientes recentemente diagnosticados com cancro, que se encontravam a realizar tratamentos de radioterapia. Os pacientes foram distribuídos randomicamente por grupo de intervenção (n=15) e grupo de controlo (n=16). Os autores optaram por desenvolver uma intervenção psico-educacional de três sessões individuais de uma hora cada. O conteúdo da intervenção incluía informação factual acerca do cancro e da radioterapia, acerca de preocupações comuns e estratégias de *coping* e, ainda acerca da comunicação com a equipa de saúde. Os autores deste estudo partiram da hipótese de que a intervenção psico-educacional reduziria o distress psicológico dos pacientes. O grupo sujeito a esta intervenção demonstrou uma redução significativa ao nível da depressão, não tendo sido encontradas outras diferenças significativas a nível psicossocial.

Segundo Fawzy e col. (1995) e Helgeson e col. (1999), a intervenção educacional em grupo é mais eficaz do que uma intervenção de grupo não estruturada. Fawzy e Fawzy (1994) conduziram uma investigação em grupo com pacientes recentemente diagnosticados com melanoma maligno e, que haviam sido sujeitos a tratamento cirúrgico para os seus tumores. Os sujeitos foram divididos entre o grupo experimental (N=38) e de controlo (N=28), sendo que os primeiros recebiam os cuidados médicos de rotina e a intervenção psico-educacional, e os segundos apenas a intervenção médica de rotina. Os efeitos positivos da intervenção psico-educacional revelaram-se nos seguintes aspectos: níveis mais baixos de stress emocional no grupo experimental, surgindo mais acentuados num seguimento após 6 meses; níveis significativamente mais baixos de depressão, ansiedade, fadiga e níveis mais elevados de vigor; estratégias comportamentais de *coping* mais activas e alterações a longo prazo nos parâmetros imunológicos (aumento das células NK).

No que refere especificamente à intervenção educacional em pacientes com cancro da mama podemos destacar os estudos de Helgeson e col. (1999) e de Bultz e col. (2000). Helgeson e col. (1999) realizaram um estudo com 312 mulheres com cancro da mama no estágio I-III da doença que foram distribuídas aleatoriamente por 1 de 4 condições: grupo de controlo, intervenção educacional, discussão de pares e, combinação da educação com discussão de pares. O ajustamento foi avaliado antes da

intervenção, após a intervenção e, aos 6 meses após intervenção. Os autores procuraram comparar os efeitos destes três tipos de intervenção a nível do ajustamento à doença. O grupo que participou na intervenção educacional, recebeu informação acerca do cancro da mama e de como lidar com a doença e os seus efeitos adversos (os temas abordados foram: efeitos adversos da quimioterapia, nutrição, imagem corporal, comunicação, relacionamentos interpessoais/sexualidade e, questões de saúde futuras). A informação foi disseminada em formato de palestra. O grupo que participou na discussão entre pares, era encorajado a discutir e a expressar sentimentos relacionados com a doença. O grupo que combinou a educação e a discussão entre pares, foi apresentado de forma sequencial iniciando-se com a educação e terminando com a discussão. Os resultados indicaram que no final da intervenção, as pacientes dos grupos de intervenção educacional apresentam uma melhor auto-estima, imagem corporal mais positiva, menos incertezas acerca da doença e, discutiram mais acerca da doença com familiares e amigos do que os pacientes que não participaram nos grupos de intervenção educacional. Estes resultados mantiveram-se no seguimento aos 6 meses. Os resultados revelaram, ainda, que não existiam benefícios na participação nos grupos de discussão entre pares. Assim, neste estudo, obtiveram-se evidências acerca dos benefícios da intervenção educacional em grupo, a nível do ajustamento em mulheres com cancro da mama.

Bultz e col. (2000), convidaram 36 pacientes com cancro da mama e os respectivos esposos a participar num estudo que tinha por objectivo providenciar um programa psicoeducacional breve, apenas aos esposos. Constituíram-se dois grupos, um grupo experimental e um grupo de controlo (quando um número suficiente de casais, 12, havia sido recrutado, eram distribuídos através de sorteio por uma das condições, grupo de controlo e grupo experimental). Dos 36 casais iniciais, 2 desistiram antes da intervenção ter início, ficando a amostra reduzida a 34 casais, sendo o grupo de controlo constituído por 19 casais e o grupo experimental por 15 casais. Os esposos do grupo de controlo receberam uma intervenção semelhante à do grupo de experimental, no final do estudo. O programa de 6 sessões de grupo, realizado semanalmente, tinha dois propósitos fundamentais: fornecer educação e suporte. A nível educacional, foi dada informação relacionada com os efeitos físicos e emocionais da doença e tratamento. Especificaram-se questões relacionadas com o estágio da doença, o tratamento e o risco de recorrência. As variáveis estudadas foram: o ajustamento à doença (*MAC-Mental Adjustment to Cancer Scale*), distúrbios de humor (*POMS- Profile of Mood States*), a

satisfação marital (*IMS-Index of Marital Satisfaction*) e ainda o suporte social (*FSSS-Functional Social Support Scale*). Os dados foram recolhidos no final da intervenção e após 3 meses. Aos 3 meses de seguimento, os esposos evidenciavam menos distúrbios de humor do que o grupo de controlo. As mulheres cujo esposo participou no grupo de intervenção referiam menos distúrbios de humor, maior confiança no suporte que recebiam dos seus companheiros (melhores cuidadores, facilitação e aumento da comunicação) e mais satisfação marital. Curiosamente, apesar do estudo pretender aumentar os conhecimentos dos esposos acerca da doença e do seu tratamento, estes não são avaliados directamente e não são reportados nos resultados.

Como podemos verificar, a maioria destes estudos não avalia o aumento dos conhecimentos relacionados com a doença e tratamento, dos pacientes ou familiares. Geralmente, referem-se apenas aos efeitos da intervenção a nível do *coping*, ajustamento emocional e bem-estar físico.

Com efeito, a revisão de alguns estudos (Bultz et al., 2000; Helgeson et al., 1999; Jacobs et al., 1983; Pruitt et al., 1993) parece providenciar algum suporte para a eficácia das intervenções educacionais no aumento do bem-estar emocional e funcionamento físico. No entanto, o impacto da educação do paciente na implementação de estratégias de *coping* eficazes, não é consistente. Metodologicamente, a maioria dos estudos falharam na utilização de medidas psicométricas válidas relacionadas com o conhecimento acerca da doença, expectativas relativamente ao tratamento, ou prognóstico, variável alvo fundamental para testar a eficácia deste tipo de intervenção educativa. Os estudos acerca deste tema sofrem, também, de algumas limitações conceptuais e metodológicas. Teoricamente, a hipótese fundamental de que o aumento da informação facilita o *coping* eficaz, não foi especificado de modo a determinar quais os mecanismos que podem estar envolvidos nesta relação. Como resultado desta situação, começaram a surgir intervenções multimodais, em que a educação dos doentes constitui uma das várias componentes da intervenção requeridas para ajudar os indivíduos a lidarem mais eficazmente com a sua condição (Devins & Binik, 1996) e, que serão descritos mais tarde, no ponto 5.4.

## 5.2 - Intervenções de Suporte Psicossocial

O potencial dos contactos sociais desde há muito que é reconhecido e estimulou a multiplicação dos grupos de auto-ajuda (Cella, Sarafian, Snider, Yellen, & Winicour, 1993). Normalmente, a ênfase nesses programas é a discussão interpessoal e a partilha de informação, no contexto de grupo, que faz todos os possíveis para providenciar aos seus membros encorajamento e suporte mútuo nas dificuldades induzidas pela doença (Devins & Binik, 1996).

Segundo Durá e Hernández (2001), estes grupos devem ser constituídos por um número limitado de pacientes com o mesmo diagnóstico. Assim, podemos obter uma coesão mais rápida entre os membros do grupo. O facto de partilharem o mesmo diagnóstico permite o fornecimento de informação mais detalhada sobre o tipo de cancro e sobre o processo de tratamento, facilitando ainda uma sensação maior de segurança, entre os membros do grupo, para partilhar questões delicadas, como a sexualidade. No que respeita à duração, estes grupos podem funcionar a curto prazo ou a longo prazo, com limite temporal ou de forma indefinida, dependendo dos objectivos e composição do grupo. A organização do grupo é outra questão a ter em conta, segundo Vugia (1991, cit. por Durá & Hernandez, 2001), a maioria dos grupos de apoio oncológico têm uma estrutura informal que promove a discussão espontânea sobre assuntos comuns a todos os membros do grupo. Contudo, alguns grupos são estruturados e cada sessão tem um tema programado.

O tipo de apoio social que tem sido fornecido através destas intervenções, é basicamente, emocional e informativo (Helgeson & Cohen, 1996). Segundo Durá e Hernandez (2001), em alguns casos, o grupo centra-se mais nos aspectos experienciais e emocionais e, em outros nos aspectos informativos-educativos. No que diz respeito ao aumento da auto-estima e percepção do suporte social, segundo Devins e Binik (1996), os participantes nos grupos de auto-ajuda notam que os outros membros podem ser muito úteis através da modelagem de estratégias de *coping* eficazes e a apresentação de soluções em resposta aos problemas relacionados com a doença. Podem acumular-se alguns efeitos negativos, quando são demonstrados comportamentos de saúde desapropriados, ou quando os outros elementos do grupo apresentam exacerbações ou recaídas aos quais a própria pessoa pode ser susceptível. No entanto, existe alguma evidência de que o contacto social continuado pode produzir uma vantagem

significativa, em termos de sobrevivência, para sujeitos afectados por várias condições, tal como o cancro da mama (Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gotheil, 1989).

O aspecto mais importante sobre o efeito dos grupos de apoio social em oncologia, é a sua influência na saúde física e emocional dos participantes. Contudo, existe outra questão que se coloca a este respeito, referente ao aumento do tempo de sobrevivência devido ao suporte psicossocial (Fallowfield, 1995). Embora as investigações acerca destas questões não sejam abundantes, seguidamente serão apresentados alguns estudos que procuram elucidar acerca dos benefícios biológicos das intervenções de suporte psicossocial. Spiegel e colaboradores são provavelmente os investigadores que têm levado a cabo mais estudos acerca deste tema. Spiegel e col. (1989) conduziram um estudo de intervenção para pacientes com cancro da mama metastático, em que distribuíram as pacientes de forma randomica, em dois grupos. Ambos os grupos receberam intervenção médica convencional (e.g. quimioterapia e radioterapia). As doentes do grupo experimental (n=50) encontraram-se semanalmente num grupo de suporte psicológico, durante um ano. As pacientes do grupo de controlo (n=36) apenas receberam intervenção médica convencional. Nas sessões de grupo era encorajada a discussão sobre o *coping* com o cancro, encorajava-se a discussão de sentimentos acerca da doença e dos efeitos que esta tinha na vida das pacientes, discutiam-se problemas físicos (e.g. relacionados com os efeitos dos tratamentos) e era dada instrução em auto-hipnose para o controlo da dor. Os membros do grupo encorajavam-se mutuamente no sentido de serem mais assertivos com os médicos. Após 12 meses, o grupo experimental revelou níveis de tensão significativamente menores, menos fadiga, menor confusão e mais vigor, do que as doentes do grupo de controlo (n=36). Também se manifestou uma tendência para níveis menores de depressão, menos respostas de *coping* desajustadas e menos fobias, nas mulheres sujeitas à intervenção. Num estudo de seguimento após 10 anos, constatou-se que do grupo original de 86, apenas 3 doentes se encontravam vivas, tendo sido recolhidos dados relativos à morte das restantes 83. O tempo de sobrevivência era significativamente diferente, com uma média de 36.3 meses para o grupo experimental comparado com 18.9 meses para o grupo de controlo. Foi possível constatar que níveis de distúrbio emocional baixos e níveis elevados de vigor no “*Profile Mood States*” (POMS) no final da intervenção, estavam significativamente associados a uma maior longevidade.

Um estudo posterior que procurou testar a eficácia de uma intervenção de expressão emocional em grupo, foi conduzido por (Spiegel et al., 1999). As



participantes do estudo foram 111 mulheres com um ano de diagnóstico de cancro da mama. Para conduzir as sessões de intervenção, foram treinados dois terapeutas em terapia de grupo para suporte e expressão emocional. As sessões terapêuticas de 90 minutos tiveram uma duração de 12 semanas. A ênfase no trabalho em grupo era colocada na expressão aberta e honesta dos pensamentos e emoções, no receber e fornecer suporte, e na aprendizagem de novas formas de *coping* com o cancro da mama. Um dos objectivos centrais era ajudar cada doente a lidar com os seus medos em vez de, meramente, esperar o melhor. O outro objectivo era facilitar a transição de um *coping* passivo para estratégias de *coping* activas. Entre outros, um dos tópicos que os autores consideraram importante incluir foi a construção de vínculos de suporte e conter o isolamento social. Os resultados indicaram que este tipo de abordagem é eficaz na redução dos distúrbios de humor em pacientes recentemente diagnosticadas com cancro da mama e, de uma forma geral ajuda na redução do distress sentido por estas pacientes. Contudo, salienta-se que o facto deste estudo não incluir um grupo de controlo, limita o poder das conclusões efectuadas.

Um estudo mais recente, contraria a evidência anterior de que a intervenção de suporte psicossocial influencia a longevidade. Goodwin e col. (2001), conduziram um estudo com 235 mulheres com cancro da mama metastático, divididas aleatoriamente entre um grupo de suporte e um grupo de controlo. Os resultados indicaram que as mulheres do grupo de suporte reportavam menos dor e uma melhoria nos sintomas físicos. As mulheres que apresentavam mais distress no pré-teste mostravam mais benefícios no final da intervenção. Porém, neste estudo, o tempo de sobrevivência não foi prolongado para as mulheres que participaram na intervenção (média de sobrevivência de 17.9 meses), comparativamente com o grupo de controlo (média de sobrevivência de 17.6 meses).

Outro estudo que procurou analisar os efeitos de uma intervenção psicossocial para mulheres com cancro da mama, foi o de Vos e col. (2004). Neste estudo participaram 69 mulheres distribuídas aleatoriamente por uma das seguintes condições: lista de espera, grupo psicoterapêutico e grupo de suporte social. O grupo psicoterapêutico (n=15) dirigiu-se especificamente a questões emocionais, sexuais e necessidades sociais após a cirurgia. Baseou-se em premissas experimentais e experienciais, enriquecidas com uma componente cognitivo-comportamental. O grupo de suporte social (n=19) destinava-se à partilha de experiências relacionadas com o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Ambas as intervenções tiveram uma

duração de 12 semanas. O estudo pretendia comparar os efeitos da participação num grupo de suporte social *versus* grupo psicoterapêutico e lista de espera, no ajustamento psicossocial e no *coping*. Quanto aos efeitos da intervenção de suporte social, os resultados indicaram que as mulheres que participaram neste grupo, no final do tratamento, percepcionavam receber mais suporte do que as mulheres que participaram no grupo psicoterapêutico ou as mulheres da lista de espera. Quanto ao *coping*, os resultados revelaram que o tipo de intervenção em que as mulheres participaram não foi preditor do padrão de *coping* no final do tratamento, com excepção do *coping* paliativo. As mulheres do grupo de suporte utilizaram mais *coping* paliativo do que as mulheres do outro grupo de intervenção.

Os estudos apresentados anteriormente têm por base a partilha de informação em grupo (estruturado ou não), de pessoas com cancro da mama e, como temos vindo a referir, a participação neste tipo de grupos parece promover o suporte social obtendo-se ainda benefícios a outros níveis como por exemplo, o *coping* e bem-estar emocional (Spiegel et al., 1999; Vos et al., 2004). Porém, não são claros os benefícios em termos da mortalidade ou prolongamento do tempo de vida.

### **5.3 - Intervenções Cognitivo-comportamentais**

Desde os anos 70 que a terapia cognitivo-comportamental, tal como foi definida por Ellis (1962) e Beck (1967), emergiu como uma abordagem dominante e altamente eficaz no tratamento de diversas desordens psicológicas. A aplicação de intervenções cognitivo-comportamentais na psico-oncologia tem sido alvo de um interesse crescente (Edelman & Kidman, 1999). Todavia, ainda não se encontra devidamente testada nos pacientes com cancro.

Duas das hipóteses de trabalho subjacentes à terapia cognitivo-comportamental, são: a interpretação dos stressores provocados pela doença determina a percepção das ameaças psicossociais e a adaptação às exigências destas, em que a resposta do indivíduo a esta avaliação determina se os seus esforços para lidar com a situação terão consequências psicossociais positivas ou negativas (Devins & Binik, 1996). A terapia cognitivo-comportamental foca-se, especificamente, nas avaliações problemáticas, como é o caso das crenças irracionais e erros cognitivos e, nos défices nas competências de *coping*, pois estas são condições que contribuem para as dificuldades de adaptação a

uma vida com doença crónica. Desta perspectiva, ajudar os indivíduos a adquirir competências de *coping* adaptativas pode ser um contributo importante, reforçando as suas habilidades para lidar eficazmente com uma situação difícil.

Para facilitar o *coping* com o cancro da mama, pode-se trabalhar um conjunto variado de competências cognitivo-comportamentais. Estas abarcam competências de gestão de stress, tais como, relaxamento progressivo, meditação, controlo da respiração; técnicas de reestruturação cognitiva, tais como alteração de crenças irracionais; treino de inoculação de stress, em que é pedido aos sujeitos para integrarem estas competências no seu dia-a-dia, por forma a minimizar ou suprimir as principais fontes de stress Meichenbaum (1985, cit. por Aspinwall, 1992). Alguns programas introduzem o treino de resolução de problemas na intervenção cognitivo-comportamental, baseados na premissa de que a resolução eficaz de problemas é fundamental para um *coping* adequado. Este treino consiste na aquisição de competências em vários domínios, abrangendo a definição e formulação do problema, criação de soluções alternativas, tomada de decisão e, implementação e verificação. Em alguns casos (Edgar, Rosberger & Nowlis, 1992), a resolução de problemas no contexto da doença, tem sido alargada para incluir métodos apropriados para aceder aos cuidados de saúde e outros serviços relacionados.

Vários são os estudos que utilizam as estratégias cognitivo-comportamentais para facilitar o *coping* com o cancro. Seguidamente apresentam-se alguns destes estudos, sendo que uns utilizam amostras de doentes com cancro em geral e outros utilizam especificamente pacientes de cancro da mama. Como poderemos constatar, em muitos destes estudos é possível confirmar os resultados positivos após a intervenção.

Kidman e Edelman (1997) desenvolveram uma intervenção cognitivo-comportamental destinada a grupos de 10 ou 12 mulheres com cancro da mama, num total de 12 sessões. Na primeira sessão explicou-se aos participantes os princípios da terapia cognitivo-comportamental e os conceitos de discurso interno e monitorização dos pensamentos. Na segunda e terceira sessões, os participantes aprendiam a identificar algumas das crenças subjacentes aos seus discursos internos negativos e consequentes distúrbios de humor. Nesta fase, os trabalhos inter-sessões consistiam na identificação de pensamentos e crenças que afectam as respostas emocionais aos stressores do dia-a-dia. Na terceira e quarta sessões, os participantes aprendiam a disputar os seus pensamentos negativos. Foram dados alguns exemplos de pensamentos irracionais (“Eu nunca mais vou poder fazer nada”, “ se não conseguem curar o cancro

não vale a pena eu continuar a tentar”, “ não me foi deixado nada que me permita olhar em frente”) e as mulheres eram convidadas a sugerir frases que disputassem estas crenças (ex: “ eu não posso fazer algumas das coisas que costumava fazer, mas ainda existem muitas coisas que eu posso fazer”). Os exercícios para realizar em casa incentivavam a prática na disputa de crenças desadaptadas. Nas sessões 5 a 7, o foco era a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências de comunicação. As participantes eram encorajadas a reconhecer que apesar de existirem alguns aspectos da sua doença que não podiam ser controlados pelas próprias, podiam ter controlo sobre muitos aspectos das suas vidas. Por exemplo, podiam influenciar a sua qualidade de vida através da prática de várias técnicas de relaxamento, participando em actividades de que gostassem, fazendo algum exercício físico diariamente, estabelecendo objectivos específicos, melhorando algumas das suas relações com outros e desenvolvendo uma rede de apoio social. Com o objectivo de promover o aumento do sentido de controlo, foi-lhes ensinado técnicas para uma comunicação eficaz e encorajada a assertividade no relacionamento com os outros, incluindo os profissionais de saúde, familiares, amigos e conhecidos. Como tarefa de casa as pacientes eram convidadas a questionar-se acerca de algumas áreas da sua vida onde podiam ter mais controlo e a estabelecer objectivos para as mudanças que gostariam de efectuar. Na oitava sessão, o foco era especificamente as relações familiares, lidando com algumas questões e problemas que surgem em famílias dos doentes com cancro da mama. A nona sessão era designada de “noite da família”, em que os esposos e outros significativos eram convidados a participar e a comunicar acerca de algumas questões que os preocupavam. As últimas três sessões eram realizadas mensalmente, com o objectivo de reforçar as competências e estratégias que foram ensinadas no programa e, para lidar com novas questões que poderiam surgir. Ao longo do programa, as mulheres eram incentivadas a manter a monitorização do seu discurso interno e a habituarem-se a disputar estas crenças e pensamentos desadaptados assim que estes surgissem. Edelman e col. (1999) apresentam os resultados do estudo da eficácia da intervenção referida anteriormente, numa amostra de 124 doentes com cancro da mama metastático, distribuídas em duas condições: grupo de mulheres que receberam a intervenção cognitivo-comportamental e grupo de mulheres num grupo de controlo (sem intervenção). Os resultados após a intervenção indicaram uma redução na depressão e em outros distúrbios de humor. Revelaram ainda um aumento da auto-

estima no grupo que participou na intervenção. Os benefícios manifestaram-se a curto prazo, mas não se mantiveram nas avaliações efectuadas aos 3 e aos 6 meses.

Antoni e col. (2001) realizaram uma intervenção cognitivo-comportamental para gestão do stress em 100 mulheres recentemente tratadas para cancro da mama, entre o estágio 0 e II da doença. A intervenção tinha por objectivo ensinar estratégias cognitivas e comportamentais no contexto de grupo, dando às mulheres a oportunidade de realizar um *role-play* das estratégias aprendidas. O foco da intervenção era a aprendizagem de formas para lidar melhor (*coping*) com os stressores diários relacionados com o cancro e o seu tratamento, otimizando a utilização dos seus recursos sociais. O programa incluía estratégias de *coping* focadas no problema (ex: *coping* activo e planeamento) e estratégias de *coping* focadas na emoção (ex: treino de relaxamento, uso de suporte emocional). As doentes foram seguidas durante o seu primeiro ano de diagnóstico e tratamento. O impacto da intervenção foi avaliado a vários níveis: distress (distúrbios de humor, sintomas depressivos, pensamentos intrusivos e evitamento), percepção dos benefícios de ter tido cancro e, optimismo generalizado acerca do futuro. Os resultados indicaram benefícios da intervenção na diminuição da depressão. Nas mulheres sujeitas à intervenção também houve um aumento dos relatos no sentido de que ter tido cancro da mama trouxe alguns contributos positivos para as suas vidas, aumentando ainda o optimismo generalizado.

Allen e col. (2002) revelam resultados de um estudo acerca de uma intervenção cognitivo-comportamental dirigida à resolução de problemas para mulheres com cancro da mama. As participantes no estudo foram 164 mulheres com idade inferior a 50 anos, com doença no estágio I-IIIa. A intervenção realizou-se individualmente com as sessões 1 e 6 pessoalmente e as sessões 2-5 via telefone. Às participantes do grupo de controlo (n=77) apenas foi realizada a avaliação de rotina médica. A intervenção incluiu a definição de problemas, criação de alternativas, tomada de decisão, implementação e verificação. Foi oferecida informação escrita acerca da imagem corporal, sexualidade, relações familiares, interacção com os profissionais de saúde, e preocupações futuras. Realizaram-se avaliações pré-tratamento, aos 4 e aos 8 meses de seguimento. Os resultados indicaram diferenças significativas a favor do grupo experimental aos 4 meses na escala de saúde mental (SF-36). Os resultados revelaram, ainda, que a intervenção apenas era eficaz para as mulheres que na avaliação inicial revelavam um nível moderado de dificuldades de resolução de problemas.

Outro estudo (Kissane et al., 2003), com mulheres com cancro da mama, procurou avaliar a eficácia de uma intervenção cognitiva-existencial, com o objectivo de melhorar o humor e a atitude mental perante o cancro (*coping*). As 150 participantes do estudo foram distribuídas por duas condições: 20 sessões de grupo semanal mais 3 sessões de relaxamento (grupo experimental, n= 154) ou 3 sessões de relaxamento (grupo de controlo, n=149). As avaliações realizaram-se inicialmente e após 6 e 12 meses. A intervenção em grupo possuía seis objectivos: promover um contexto de suporte, facilitar o luto e a perda, reformulação de pensamentos negativos, facilitar a resolução de problemas e o *coping*, encorajamento da esperança e, análise das prioridades para o futuro. Nas sessões de relaxamento, de 50 minutos, as mulheres eram instruídas no relaxamento muscular progressivo com imaginação guiada. As mulheres do grupo experimental, quando comparadas com as do grupo de controlo, revelaram uma redução da ansiedade. As pacientes do grupo experimental também mostraram melhorias a nível do funcionamento familiar e um *coping* com a doença mais ajustado.

Dos estudos acima citados, parece haver indicação de que a intervenção cognitivo-comportamental produz benefícios clínicos significativos ao nível de vários resultados psicossociais. Estes benefícios incluem, por exemplo, redução ao nível da ansiedade, depressão ou pensamentos intrusivos. Alguns destes estudos demonstraram que as intervenções cognitivo-comportamentais são úteis na aquisição de novas competências de *coping* adaptativas (ex: resolução de problemas, competências sociais), bem como na redução de atitudes disfuncionais e crenças irracionais.

#### **5.4 - Intervenções Multimodais ou Ecléticas**

As abordagens anteriormente referidas têm sido integradas sob a forma de intervenções multimodais ou ecléticas, despertando nos últimos 30 anos vários estudos de eficácia destas intervenções com pacientes com vários tipos de cancro.

Um dos estudos clássicos nesta área foi o trabalho dos Simonton e Simonton (1975, cit. por Edelman & Kidman, 1997), o primeiro neste tipo de intervenção, defendendo uma abordagem holística dos doentes com cancro, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida. As suas intervenções envolviam os seguintes componentes: relaxamento, com o objectivo de reduzir a tensão muscular e consequentemente

diminuir a dor; visualização, em que os doentes são encorajados a centrar a sua atenção em aspectos positivos (com o objectivo de desenvolver a crença na capacidade de recuperar, diminuindo a dor, a tensão e o medo); e a facilitação da sensação de bem-estar do doente recorrendo a programas de exercício e controlo de stress, entre outros. Estes autores testaram este programa em 152 doentes com cancro, durante 18 meses e, concluíram que esta intervenção predizia uma boa resposta ao tratamento e uma redução dos efeitos secundários do mesmo.

Worden e Weisman (1984, cit. por Edelman & Kidman, 1999), realizaram uma intervenção multimodal com 117 doentes de cancro, recentemente diagnosticados com vários tipos de cancro e compararam com um grupo de doentes com as mesmas características mas que não receberam intervenção psicológica. Estes doentes foram identificados como estando em risco elevado de *stress* psicológico, através de instrumentos de despiste. Realizaram-se quatro sessões, em que as componentes da intervenção foram: educação acerca da doença, resolução de problemas e, relaxamento progressivo. Após a intervenção, encontraram-se níveis menores de *stress* psicológico e negação no grupo experimental quando comparado com o grupo que não foi sujeito a tratamento psicológico. Ambos os grupos referiram tipos e números semelhantes de problemas relacionados com o cancro, mas o grupo terapêutico conseguia encontrar soluções mais eficazes para os problemas relacionados com o cancro. Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que refere aos sentimentos de impotência. Os benefícios psicossociais mantiveram-se após 18 semanas de *follow-up*.

Um esforço particular tem sido desenvolvido por Fawzy e sua equipa (Fawzy, Cousins et al, 1990) que combinam componentes da educação do doente, treino de resolução de problemas, gestão do *stress*, relaxamento e suporte social, em programas de intervenção breve, em grupo, para doentes com cancro. Fawzy, Cousins e col. (1990), combinaram as várias componentes referidas anteriormente num programa de intervenção breve com 66 doentes. Estes autores realizaram uma intervenção em grupo, com a duração de seis semanas. O grupo experimental (n=38) demonstrou mais vigor que o grupo de controlo (n=28), não sendo registado mais nenhum benefício psicossocial imediatamente após a intervenção. No entanto, medidas de seguimento (*follow-up* aos 6 meses) revelaram grandes diferenças entre os grupos. O grupo experimental demonstrou mais vigor e níveis mais baixos de depressão, fadiga, confusão e outros distúrbios de humor. Este grupo revelou ainda uma maior utilização de estratégias de *coping* activo, após a intervenção e no seguimento.

Em termos de estudos com pacientes de cancro da mama, Fukui e col. (2000), procuraram replicar o estudo de Fawzy, Cousins e col. (1990) numa amostra de mulheres japonesas com cancro da mama, tendo por finalidade determinar os efeitos de uma intervenção psicossocial em grupo na redução do *distress* psicológico e facilitação do *coping*. As participantes foram 44 mulheres com cancro da mama no estágio II-III da doença, com menos de 65 anos. A intervenção ocorreu durante 6 semanas, com duração de 90 minutos e consistiu na educação acerca da saúde, treino de competências de *coping*, gestão do stress e suporte psicológico. Os resultados sugeriram que a intervenção psicológica breve, em grupo, produz melhorias significativas na qualidade de vida das mulheres japonesas. Assim, 71% das mulheres referiram estar mais capazes para partilhar a sua experiência de doença, 57% referiu ser capaz de modificar a sua forma de pensar e de agir, para um modo mais positivo do que anteriormente (antes da intervenção), 39% referiu ser capaz de reduzir os seus níveis de stress através das técnicas de relaxamento aprendidas nas sessões.

Edmonds, Lockwood e Cunningham (1999) procuraram testar a eficácia de uma intervenção de longa duração (35 semanas) para pacientes com cancro da mama metastático, que pelo seu formato poderá ser considerada uma intervenção multimodal (apesar de os autores não a terem caracterizado como tal). As participantes do estudo foram 66 mulheres (30 no grupo de intervenção e 36 no grupo de controlo), avaliadas antes da intervenção, aos 4, 8 e 14 meses, ao nível do humor, qualidade de vida e ajustamento ao cancro. A intervenção consistia em sessões de grupo em que era incentivado o suporte mútuo, resolução de problemas, ventilação emocional, monitorização de pensamentos e comportamentos, substituição de pensamentos e comportamentos desajustados, exploração da resistência à mudança, desenvolvimento de um estilo de vida equilibrado, treino intensivo em competências de *coping* (relaxamento, visualizações, afirmações positivas e estabelecimento de objectivos). Quer o grupo de intervenção quer o grupo de controlo receberam informação e panfletos acerca do *coping* com o cancro. Os resultados mostraram poucas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e de controlo nos momentos avaliados. As mulheres do grupo experimental revelaram mais preocupação ansiosa e menos impotência do que as mulheres do grupo de controlo, mas não se registaram melhorias no humor ou qualidade de vida. Contudo, os terapeutas que conduziram as sessões notaram melhorias clínicas. Perante estes resultados os autores foram levados a concluir que as alterações psicológicas operadas nos sujeitos nas intervenções longas



podem escapar à avaliação psicométrica convencional, sugerindo a utilização de metodologias qualitativas para a compreensão da experiência de viver com cancro.

Em Portugal, Fernandes e McIntyre (2002) realizaram um estudo com o objectivo de testar a eficácia de um programa de intervenção multimodal breve, inspirado no programa de Fawzy e colegas. O programa procurava melhorar o ajustamento psicossocial à doença, numa amostra de mulheres portuguesas com cancro da mama em que o grupo experimental era constituído por 15 participantes e o grupo de controlo por 25 sendo as avaliações foram apenas realizadas nos momentos pré e pós-intervenção. O programa de intervenção breve com a duração de quatro sessões incidiu sobre a educação do doente acerca da importância do apoio psicológico na reabilitação e ajustamento à doença, como manter e melhorar o bem-estar numa situação de doença, a identificação de fontes de *stress* e gestão do mesmo, os processos de *coping* com a doença oncológica e, a gestão emocional e comunicação interpessoal. Os resultados obtidos confirmaram a diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, utilização de estratégias de *coping*, como a aceitação da doença e o desinvestimento mental, através da distração e, ainda, um melhor ajustamento quanto à sua atitude face à doença, a qualidade da informação recebida e ao nível das expectativas acerca da doença e do seu tratamento. Na generalidade não foram encontradas diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo após a intervenção, com excepção da estratégia de *coping*, “reinterpretação positiva e crescimento pessoal”, mais favorável ao grupo experimental e ao “relacionamento com a família extensa”, sendo favorável ao grupo de controlo. Esta diferença ao nível do relacionamento com a família extensa, já se verificara no momento da pré-intervenção, em que o grupo de controlo revelava um maior relacionamento com a família extensa, o que levou as autoras a concluir que este apoio estaria a amortecer os efeitos negativos da doença neste grupo de pacientes, sendo um dos motivos que conduziu à não participação destas pacientes no grupo de intervenção (visto que os grupos de controlo e experimental não foram divididos de forma aleatória mas sim de acordo com os interesses das pacientes).

Em resumo, os resultados da maioria dos estudos conduzidos com intervenções multimodais vão no sentido da eficácia deste tipo de intervenção na melhoria do bem-estar psicológico. Contudo, não é possível afirmar que a intervenção multimodal é mais eficaz do que outro tipo de intervenção (por exemplo, educacional ou de suporte psicossocial), na medida em que a maioria dos estudos (com excepção do estudo de

Edmonds, Lockwood & Cunningham, 1999) utilizam grupos de controlo que não são submetidos a nenhum tipo de intervenção psicológica.

Resumidamente, as intervenções ecléticas dirigidas a pacientes com cancro da mama são escassas e pouco consistentes ao nível dos resultados encontrados. Contudo, foi possível constatar evidências acerca da sua eficácia na melhoria da qualidade de vida destas pacientes, reduzindo o distress psicológico e facilitando o *coping* com a doença. Os estudos apresentados anteriormente carecem de um seguimento de longo prazo de forma a testar a manutenção dos ganhos obtidos durante a intervenção. Também não foram encontrados dados referentes a benefícios a nível de indicadores biológicos, que possam atestar a eficácia deste tipo de intervenção a esse nível. Nem são levantadas hipóteses acerca dos mecanismos através dos quais este tipo de intervenção actua. Pensamos que este tipo de intervenção multimodal poderá continuar a evoluir e a contemplar outras dimensões que sejam consideradas pertinentes nas pacientes com cancro da mama, como por exemplo a facilitação de uma atitude mais optimista.

## **5.5 - Intervenção Psicológica e Optimismo**

No capítulo III, realizou-se uma revisão acerca dos conceitos de optimismo e da sua importância na saúde e na doença, nomeadamente no ajustamento e resultado do cancro da mama. Os estudos permitem-nos concluir que as mulheres com cancro da mama menos optimistas apresentam um ajustamento mais pobre à doença, enquanto as optimistas apresentam um ajustamento mais positivo visto que se revelam mais resilientes e com menos distress. Neste sentido, e apesar de o optimismo disposicional ser encarado como um traço de personalidade e não um estado, consideramos que poderá ser pertinente rever e desenvolver intervenções que facilitem o optimismo nestas pacientes.

Tal como foi referido por Seligman (1990), as intervenções cognitivo-comportamentais “*standard*”, que se focam na identificação e modificação dos pensamentos disfuncionais, podem ser utilizadas para tentar substituir o pensamento pessimista do cliente por um pensamento mais optimista. Adicionalmente às intervenções cognitivo-comportamentais “*standard*”, os terapeutas podem utilizar

técnicas “*standard*” para focarem mais especificamente o otimismo. Por exemplo, um “diário”, para monitorizar acontecimentos positivos e os negativos (Fresco et al., 1995).

Assim, é possível delinear intervenções especificamente dirigidas para diminuir o pessimismo e aumentar o otimismo. Uma destas técnicas proposta por Riskind e col. (1996) consiste em o terapeuta ajudar o paciente a identificar e modificar crenças disfuncionais que suprimem o otimismo. A assumpção do autor é de que um indivíduo que tenha pensamentos do tipo “eu não mereço coisas positivas ou resultados bons” ou “a felicidade, pensamento positivo e otimismo são ilusões” estará mais predisposto a envolver-se em pensamentos otimistas se o terapeuta o ajudar a adoptar uma visão alternativa que apoie o otimismo.

Nesta linha, Riskind e col. (1996) propõem outro tipo de intervenção a que chamam de visualização positiva. Nesta técnica, o terapeuta pede ao cliente para escolher uma situação problemática e para visualizar e ensaiar um resultado acessível e positivo. É pedido ao cliente que imagine o resultado que gostaria de atingir em vez de visualizar o resultado que espera, e ainda, para visualizar os passos necessários para atingir esses resultados. A técnica de visualização positiva apresenta duas variações (Riskind et al., 1996). A primeira técnica é “*story board*”, em que o cliente é instruído a visualizar uma série de cenas que conduzem ao resultado desejado. Pretzer e Walsh (2001, p. 335), exemplificam esta técnica com a seguinte situação: um vendedor com dificuldade em fazer telefonemas sem que tenha sido solicitado para tal, pode ser instruído a visualizar as chamadas telefónicas para potenciais clientes e visualizar alguns destes telefonemas a resultarem em encontros e finalmente, estes encontros traduzirem-se em vendas. Em cada um destes passos o cliente imaginará o *coping* com as dificuldades que possam surgir e imagina um resultado positivo. A segunda variante da técnica de visualização positiva é “*invulnerability training*”, em que o cliente visualizará o bem-estar, resultante da forma como resolveu a situação, ainda que esta não tenha ocorrido como o cliente esperava que ocorresse. Os autores citados propõem que, quando a visualização positiva é repetida em diversas situações e em diferentes áreas da vida, chegará a um ponto em que os efeitos da visualização se generalizam e propiciam efeitos benéficos em situações que não se encontram confinadas às situações específicas que foram visualizadas.

Para além da visualização positiva, os autores (Riskind et al., 1996) propõem outras técnicas, de orientação cognitivista, nomeadamente a técnica “*silver lining*” que consiste num processo simples em que o cliente identifica uma experiência negativa e

reconhece um elemento genuinamente positivo, nessa situação. O objectivo desta técnica é que o cliente seja capaz de reconhecer os aspectos positivos da experiência. Outra técnica recomendada por Riskind e col. (1996), é “*pump priming*”, baseada no princípio de *cognitive priming*. Os acontecimentos relevantes para um constructo cognitivo ou esquema podem aumentar a saliência do esquema e a possibilidade de este ser elicitado espontaneamente por acontecimentos subsequentes. Para exemplificar o princípio que está na base desta técnica, Pretzer e Walsh (2001, p.336) referem o seguinte exemplo: se pela manhã um indivíduo lê um artigo sobre gatos, provavelmente ao longo do seu dia vai pensar mais espontaneamente em gatos, notar referências a gatos e, lembrar algumas memórias de gatos. Estes autores sugerem que se intencionalmente os indivíduos estiverem mais atentos a experiências relevantes para um esquema que desejem encorajar, se intencionalmente repetirem auto-verbalizações, ou visualizarem estímulos relevantes, pode ser possível aumentar a atenção a experiências positivas e, aumentar a utilização espontânea de um estilo explicativo optimista.

Como já foi mencionado na introdução a este capítulo, não se encontraram estudos dirigidos ao optimismo em mulheres com cancro da mama. Contudo, no estudo de Antoni e col. (2001) anteriormente referido, avaliou-se o impacto da intervenção cognitivo-comportamental a vários níveis, incluindo o papel moderador do optimismo disposicional. Realizou-se uma intervenção cognitivo-comportamental para gestão do stress, utilizando várias técnicas características deste tipo de intervenção. A intervenção não se dirigiu, especificamente, a trabalhar o optimismo, mas os autores previam que as mulheres que inicialmente eram menos optimistas, beneficiariam mais com a intervenção. Todavia, os autores também colocavam a hipótese contrária: as mulheres mais optimistas, sendo mais abertas à possibilidade de novos ganhos, beneficiariam mais da intervenção. Os resultados permitiram concluir que a intervenção aumentava o optimismo generalizado, sendo o seu impacto mais significativo nas mulheres que eram menos optimistas inicialmente (pré-teste).

Em conclusão, parece que a intervenção com o objectivo de promover uma perspectiva mais optimista, poderá passar pela inclusão de alguns aspectos e técnicas inerentes à terapia cognitivo-comportamental, numa intervenção do tipo multimodal. Seria interessante e pertinente que os estudos dirigidos à intervenção psicológica no cancro da mama, não avaliassem apenas o papel moderador do optimismo mas fossem planeadas com o objectivo de facilitar o optimismo.

## Conclusão

Traçar conclusões gerais acerca da eficácia das intervenções psicológicas no cancro da mama não é fácil, devido à heterogeneidade das mesmas. Também não temos informação consistente ao ponto de podermos afirmar qual a intervenção que oferece mais benefícios para as pacientes com cancro da mama. Isto inclui, não só o tipo de técnicas a utilizar, mas também questões funcionais como, intervenção em grupo *versus* individual, com uma duração breve ou mais extensa. Contudo, a revisão dos estudos apresentados anteriormente justifica um optimismo considerável acerca do futuro dos esforços psicológicos na área da psico-oncologia. A pesquisa e a prática produziram várias estratégias e técnicas promissoras com eficácia clínica demonstrada. Vários são os estudos que mostram que a intervenção psicológica facilita o ajustamento ao cancro (Andersen, 2002; Devine & Westlake, 1995; Meyer & Mark, 1995). Porém, existem alguns aspectos deste tipo de investigação que merecem um olhar mais atento.

Um dos aspectos importantes no campo da intervenção psicossocial no cancro da mama é a descrição e documentação dos mecanismos envolvidos nas intervenções realizadas. Poucos investigadores publicam artigos clínicos suplementares em que discutem aspectos da intervenção (uma excepção foi realizada por Spiegel et al., 1981) e, raramente o conteúdo de cada sessão terapêutica aparece documentado, não se fazendo referência à disponibilidade dos manuais de intervenção, (uma excepção é o caso de Fawzy e col., 1990). A especificação das bases teóricas ou dos mecanismos inerentes às intervenções é essencial para a sua validação, detalhando as condições necessárias à sua replicação. Parece-nos que a literatura acerca da intervenção psicológica no cancro da mama necessita de resolver questões metodológicas importantes antes de podermos traçar conclusões definitivas.

**PARTE II**

---

**ESTUDO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO VI**

---

### **Metodologia**





Este capítulo tem por objectivo fazer uma apresentação da metodologia utilizada para a realização do estudo, incluindo os seguintes sub-capítulos: questões de investigação e hipóteses a testar, descrição da metodologia adoptada, critérios de selecção da amostra e sua descrição, procedimento de recolha de dados, variáveis estudadas, descrição dos instrumentos utilizados e, análises estatísticas realizadas.

Este estudo foi realizado com uma amostra de mulheres com cancro da mama, a efectuar tratamento no Instituto Português de Oncologia – Porto. É um estudo longitudinal prospectivo (Almeida & Freire, 2000), tendo as mulheres sido avaliadas em quatro momentos. O objectivo principal da presente investigação é analisar a forma como as mulheres com cancro da mama respondem a esta doença nas suas várias fases. Para responder ao objectivo desta investigação será explorado longitudinalmente o papel das representações da doença, as estratégias de *coping* e as emoções, no ajustamento e progressão da doença. Também procuraremos perceber qual o impacto que o cancro da mama tem em várias áreas de funcionamento da paciente, bem como os benefícios que as mulheres com cancro da mama poderão perceber. Um aspecto que se salientará será o papel do optimismo enquanto preditor do ajustamento a esta doença. Este estudo vai permitir-nos estimar quais as variáveis importantes para definir o ajustamento à doença e à sua progressão.

## **6.1 - Questões de Investigação e Hipóteses**

O objectivo geral deste estudo consiste em fazer uma convergência entre a teoria e a prática no que respeita à manutenção do bem-estar psicológico durante o processo de doença. Segundo Folkman e Greer (2000), idealmente, a teoria psicológica, a investigação empírica e a prática clínica devem influenciar-se mutuamente. A teoria deve guiar a investigação, os resultados da investigação devem informar a teoria e esta por sua vez deve influenciar e ser influenciada pela prática clínica. Ao acreditarmos na pertinência desta convergência procuraremos perceber como é que as mulheres portuguesas com cancro da mama lidam com a sua doença, tendo por base teórica, o modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal e o modelo de Scheier e Carver, já referidos.

Propomo-nos analisar a interligação entre as representações de doença, o *coping* e a adaptação psicológica, em mulheres com cancro da mama. Testando os

componentes do modelo de auto-regulação de Leventhal, analisaremos se a forma como as mulheres dão sentido à doença (a sua representação da doença) e a forma como lidam com ela (as estratégias de *coping* utilizadas) se relacionam com o seu ajustamento (medição de resultados). De acordo com o modelo de Scheier e Carver, procuraremos compreender mais acerca das emoções positivas bem como do seu papel no ajustamento e resultado da doença.

Os objectivos específicos que orientam esta investigação são os seguintes:

- Descrever o ajustamento psicossocial ao cancro da mama em termos de respostas emocionais, representações de doença, *coping* e funcionalidade, ao longo do processo de tratamento (planeamento cirúrgico, após a cirurgia, durante o tratamento complementar e no final dos tratamentos).
- Comparar o ajustamento psicossocial à doença nas mulheres submetidas a tumorectomia e nas submetidas a mastectomia.
- De acordo com o que está postulado com o modelo de auto-regulação de Leventhal, propomo-nos investigar:
  - o papel preditor das representações de doença e tratamento, e do estado emocional, no *coping* e funcionalidade, em cada momento de avaliação.
- Analisar o papel preditor das representações de doença e tratamento, e do estado emocional antes dos tratamentos, no ajustamento psicossocial após a cirurgia e durante os tratamentos complementares.
- De acordo com o modelo de Scheier e Carver, propomo-nos investigar o papel do optimismo no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, ao longo do tratamento.

Mais especificamente:

- se o optimismo é um preditor significativo do estado emocional e das cognições de doença, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares.
- se o optimismo é um preditor independente do *coping* e funcionalidade, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares.
- Investigar a relação entre os benefícios percebidos, *coping* e funcionalidade.

### **Hipóteses**

H1 – Prevê-se que o ajustamento psicossocial ao cancro da mama em termos de respostas emocionais, representações de doença, *coping* e funcionalidade, varie ao longo do processo de tratamento (planeamento cirúrgico, após a cirurgia, durante os tratamentos complementares e no final dos tratamentos).

H2 – Prevê-se que as mulheres submetidas a tumorectomia tenham um ajustamento psicossocial mais positivo (níveis mais baixos de ansiedade e depressão, crenças de doença mais positivas, respostas de *coping* mais adaptativas e maior funcionalidade) do que as mulheres submetidas a mastectomia, independentemente do momento de avaliação.

H3 – Prevê-se que as representações de doença e tratamento, e o estado emocional, sejam preditores significativos do *coping* e da funcionalidade, em cada momento de avaliação.

H4 – Prevê-se que as representações de doença e tratamento, e o estado emocional antes dos tratamentos, sejam preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia ou durante os tratamentos. Mais especificamente:

- a) Prevê-se que as representações de doença e o estado emocional antes da cirurgia sejam preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia.
- b) Prevê-se que as representações de doença e o estado emocional antes da cirurgia sejam preditores significativos da funcionalidade e do *coping* durante os tratamentos complementares.

H5 – Prevê-se que o optimismo seja um preditor significativo do ajustamento psicossocial do cancro da mama ao longo do tratamento (T2 e T3). Mais especificamente:

- a) Prevê-se que o optimismo seja um preditor significativo do estado emocional e representações de doença ao longo do processo de tratamento.
- b) Prevê-se que o optimismo seja um preditor independente do *coping* e da funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (controlando o estado emocional).

H6 – Esta hipótese refere-se aos benefícios percebidos no processo de doença e subdivide-se nas duas sub-hipóteses seguintes:

- a) Prevê-se que os benefícios percebidos aumentem no tempo (do meio do tratamento para o final do tratamento).
- b) Prevê-se que os benefícios percebidos sejam preditores significativos do ajustamento emocional à doença, das estratégias de *coping* e da funcionalidade, durante os tratamentos complementares.

Este estudo será complementado com a realização de algumas análises exploratórias que pretendem investigar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, e as variáveis psicossociais estudadas.

## 6.2 - Variáveis Estudadas

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação, hipóteses e da formulação das análises exploratórias referidas.

### *Variáveis Sócio-demográficas*

Foram seleccionadas algumas variáveis sócio-demográficas consideradas relevantes para a caracterização da amostra e estudo do seu ajustamento à doença: Idade, nível de escolaridade, estado civil e zona de residência.

### *Variáveis Clínicas*

Foram igualmente seleccionadas variáveis clínicas indicadas como relevantes na literatura existente. Salientou-se o estágio da doença, envolvimento de nódulos linfáticos, tipo de cirurgia e tipo de tratamento.

### *Variáveis Psicossociais*

As variáveis psicossociais seleccionadas para este estudo foram variáveis de personalidade, variáveis cognitivas, variáveis emocionais e variáveis comportamentais.

Variável de personalidade - optimismo

Variáveis cognitivas - representações de doença, benefícios percebidos

Variáveis emocionais – depressão e ansiedade

Variáveis comportamentais – disrupção das actividades diárias (funcionalidade) e *coping*.

## 6.3 - Procedimento de Recolha de Dados

A população à qual se destinou o presente estudo foi composta por doentes recentemente diagnosticados com cancro da mama, a realizar os seus tratamentos no Instituto Português de Oncologia do Porto. Foi pedida a autorização, por escrito, ao Director do IPO e da respectiva comissão de ética. Após esta fase, pediu-se um parecer e autorização do Director da Unidade da Mama. Optou-se por fazer a recolha de dados na Unidade de Mama do IPO do Porto por ser a maior unidade de mama do País.

Quanto à selecção da amostra, procedeu-se da seguinte forma: seleccionaram-se mulheres que se dirigiam à consulta de planeamento cirúrgico do IPO do Porto, de forma consecutiva, durante o período (nos dias) em que se procedeu à recolha de dados. As pacientes eram encaminhadas pelas enfermeiras da consulta de “planeamento

cirúrgico”, para um contacto com a psicóloga. Os dias em que decorreu o levantamento de dados (1º contacto) foram estabelecidos em função da disponibilidade da própria instituição (devido a condicionamentos logísticos da consulta de planeamento cirúrgico), em diferentes dias da semana, no período que decorreu entre Março de 2006 e Maio de 2007, contudo salienta-se que nada nos indica que as pacientes que foram atendidas em outros dias teriam características diferentes, considerando-se que a amostra que recolhi recolhida é representativa do universo que se pretendia estudar. Neste primeiro contacto, a investigadora apresentava o projecto oralmente e de forma detalhada, pedindo a colaboração das pacientes para a participação no mesmo. Apresentava-se o consentimento informado (ver Anexo 1), dando-se a oportunidade de esclarecimento de algum ponto que pudesse suscitar alguma dúvida. Salientou-se a necessidade de consulta ao processo médico e de contactos posteriores em diversas fases do processo de recuperação. A participação das pacientes foi voluntária e gratuita. Foi realçado a todas os participantes do estudo a confidencialidade dos dados pessoais.

Os critérios de inclusão no estudo foram: (1) ter sido diagnosticada com cancro da mama pela primeira vez, (2) realizar cirurgia, (3) ser diagnosticada no estágio I-II da doença (4) não estar a participar noutros estudos (5) não sofrer de outra doença crónica (6) não ter diagnóstico de doença mental.

O plano de administração dos questionários nos quatro momentos de avaliação encontra-se no Quadro 2. No primeiro momento de avaliação (T1), procedia-se ao preenchimento do questionário sócio-demográfico e clínico da paciente, bem como do HADS, LOT-R, IPQ-Breve e Mini-MAC (ver Anexo 2). Devido à baixa literacia das pacientes (como se poderá verificar na caracterização sócio-demográfica apresentada no Quadro 3, optou-se desde início pela leitura dos itens em voz alta (hetero-relato), assinalando as respostas das participantes. Este contacto tinha uma duração de cerca de 30 minutos. Adoptou-se um procedimento estandardizado de administração dos instrumentos em hetero-relato que incluiu só repetir a leitura do item uma vez e sem dar esclarecimentos adicionais, de forma a evitar um viés de administração. A partir deste momento, e com acesso ao número de processo de cada doente, estas foram seguidas recorrendo-se às marcações de consulta ou tratamentos, registadas no sistema informático. Algumas alterações nas marcações dos tratamentos ou consultas, conduziram à perda de contacto com algumas pacientes, levando à mortalidade da amostra do 2º para o 3º momento, conforme especificaremos mais adiante.

No 2º momento de avaliação (T2), a investigadora procurava as pacientes quando após a cirurgia estas se dirigiam ao IPO para a chamada “consulta de grupo”. Esta consulta ocorre sensivelmente 1 mês após o primeiro momento e cerca de 2 a 3 semanas após a cirurgia e tem por principal função determinar e informar acerca dos tratamentos complementares a realizar. Estes tratamentos, geralmente, consistem na quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal, sendo possível a combinação entre os vários tipos de tratamento. Neste contacto, as pacientes eram questionadas acerca dos aspectos emocionais (HADS), das suas representações de doença (IPQ Breve), do seu *coping* (Mini-MAC) e ainda do impacto da doença nas suas actividades diárias (SIP).

**Quadro 2. Apresentação dos instrumentos utilizados em cada momento de avaliação**

	T1	T2	T3	T4
Questionário sócio-demográfico e clínico	X			
LOT-R	X			
HADS	X	X	X	X
Mini-MAC	X	X	X	X
IPQ-B	X	X	X	X
SIP		X	X	X
BFS			X	X

Aos 4 meses após o primeiro contacto (T3), as participantes eram novamente avaliadas. Este momento de avaliação coincide com a fase intermédia do tratamento (para as mulheres que se encontravam a realizar quimioterapia e radioterapia). As mulheres que apenas realizavam terapia hormonal eram igualmente avaliadas neste momento, quando se dirigiam ao hospital para as suas consultas.

Finalmente, o último momento (T4) de avaliação ocorreu entre os 9 e os 12 meses após o primeiro contacto, momento que coincide, em geral, com o fim dos tratamentos. Nesta altura, a maioria das mulheres já havia terminado a fase intensa de tratamentos, recorrendo ao hospital para consultas de seguimento.

Devido a constrangimentos a nível logístico (ex: indisponibilidade de sala apropriada para o contacto com as pacientes), o 1º momento de avaliação prolongou-se para além do plano definido para recolher esta parte dos dados de investigação e, tratando-se de um estudo longitudinal, comprometeu a recolha de dados no 4º momento. Deste modo, o 4º momento foi realizado até ao limite de tempo possível, dentro do tempo estipulado para a realização da investigação, e de forma a obter uma amostra que, minimamente, permitisse a utilização dos testes estatísticos definidos para o teste de hipóteses.

O número de mulheres que aceitou participar no estudo foram 101 (correspondendo ao 1º momento de avaliação). Contudo, em alguns casos, não foi possível continuar a avaliação após o primeiro momento, devido a diversas circunstâncias, como a não confirmação após a cirurgia de doença oncológica ou dificuldade no contacto com a doente nos momentos previstos para o efeito (devido a indisposições das pacientes, ou desencontros nas horas e datas marcadas para o efeito). Assim, só foram incluídas no estudo as mulheres a quem foi conseguido manter o contacto no planeamento cirúrgico e na pós-cirurgia (n=74), que constitui o total da amostra em estudo, correspondendo a uma taxa de participação de 73%. Como já foi referido anteriormente e pelos motivos expostos, tivemos um decréscimo no número de participantes no 3º momento de avaliação (n=68), correspondendo a uma taxa de mortalidade experimental de 18%. No último momento, foram avaliadas apenas 35 mulheres, pelos motivos acima referidos. Devido ao facto da interrupção da recolha de dados ter sido da iniciativa da investigadora e não das participantes, não podemos considerar esta perda de participantes como mortalidade experimental.

## 6.4 – Participantes

### 6.4.1 - Caracterização sócio-demográfica das participantes

As características sócio-demográficas e clínicas das participantes, encontram-se no Quadro 3.

**Quadro 3. Características Demográficas e Clínicas (N=74)**

Variável	N	%	M	DP
<b>Idade *</b>			50.6	11.21
23-45	25	34		
46-55	25	34		
56-65	18	24		
> 65	6	8		
<b>Estatuto de Menopausa *</b>				
Pré-menopausa	31	41.9		
Menopausa	11	14.9		
Pós-menopausa	32	43.2		
<b>Estado civil *</b>				
Solteira	7	9.5		
Separada	1	1.4		
Divorciada	3	4.1		
Casada	58	78.4		
Viúva	2	2.7		
União facto	3	4.1		



### Continuação: Características Demográficas e Clínicas (N=74)

<b>Educação *</b>		
Menos 4 anos	1	1.4
4 anos	38	51.4
6 anos	16	21.6
9 anos	10	13.5
12 anos	3	4.1
Ensino superior	6	8.1
<b>Estádio da doença *</b>		
Estádio 0	1	1.4
Estádio I	26	35.1
Estádio II	35	47.3
Estádio III	12	16.2
Estádio IV	0	0
<b>Tipo cirurgia *</b>		
Tumorectomia	41	55.4
Mastectomia Total	18	24.3
Mastectomia Radical Modificada	15	20.3
<b>Tratamento *</b>		
Sem tratamento	2	2.7
Radioterapia	3	4.1
Quimioterapia	3	4.1
Hormonoterapia	3	4.1
Radt + Qtp	22	29.7
Radt + Ht	8	10.8
Qtp + Ht	1	1.4
Radt + Qtp + Ht	32	43.2

\* com 74 participantes válidas

## 6.5 - Instrumentos

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram os questionários de auto-relato que se apresentam seguidamente e um questionário sócio-demográfico e clínico desenvolvido para o efeito.

- Brief IPQ – *Brief Illness Perception Questionnaire* (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; versão portuguesa de McIntyre & Trovisqueira, 2007).
- Mini-MAC - *Mental Adjustment to Cancer Scale* (Watson et al., 1988, 1989; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).
- HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de McIntyre, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999).
- SIP – *Sickness Impact Profile* (Bergner et al., 1981; Versão portuguesa de McIntyre, McIntyre & Soares, 2000).
- LOT – *Life Orientation Test* (Scheier & Carver, 1985; Versão portuguesa de Fernandes & McIntyre, 2005).

- BFS - *Benefit Finding Scale* (Boyers, Carver, & Antoni, 2000; Versão portuguesa de Fernandes & McIntyre, 2005).

Assinala-se que não foi um objectivo principal deste trabalho a validação de instrumentos ainda não aferidos para a população portuguesa, atendendo ao número limitado de sujeitos da amostra. Contudo, a sua selecção, desenvolvimento e adaptação ao contexto da investigação, obedeceu a critérios rigorosos, procedendo-se ao estudo das suas principais características psicométricas em termos de validade de constructo, fidelidade e validade discriminante. De seguida, apresentar-se-á uma descrição de cada instrumento com os respectivos índices psicométricos estudados.

### **6.5.1 - Questionário Sócio-demográfico e clínico**

Este questionário foi o primeiro a ser utilizado, com o objectivo de recolher informação relativa às variáveis demográficas e socioculturais das pacientes, bem como informação acerca da sua situação clínica. O questionário é constituído por 15 itens de formato variado. Os diversos itens referem-se à idade, profissão, ao número de anos de escolaridade, estado civil, local de residência e estatuto de emprego.

Da situação clínica foram registados: data da cirurgia, tipo de cirurgia, estágio da doença, estatuto dos gânglios linfáticos na altura do diagnóstico, fase da menopausa, tratamentos a que foi submetido no passado e tipo de tratamento a que está a ser submetido actualmente.

### **6.5.2 - *Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ)-B***

#### **Versão Original**

O *Illness Perception Questionnaire - IPQ*, Weiman e col. (1996), foi desenvolvido para permitir avaliar de forma quantitativa os cinco componentes das representações de saúde: *identidade* (numero e natureza dos sintomas associados à doença), *consequências* (crenças sobre a severidade e efeitos da doença na vida da paciente), *duração* (percepção do paciente acerca da duração da doença), *controlo/cura* (expectativas da paciente acerca da recuperação e controlo sobre a sua doença) e *causas* (ideias pessoais da paciente sobre os factores envolvidos na etiologia da doença),

propostos pelo modelo de auto-regulação de Leventhal (Leventhal et al., 1984, 1997). Este é um questionário multifactorial, de papel e lápis. Cada dimensão constitui uma escala da qual fazem parte várias afirmações, sendo atribuída a cada uma destas afirmações uma resposta numa escala de *likert* de 5 pontos (“sempre” a “nunca” na sub-escala Identidade, e “discordo completamente” a “concordo completamente”, nas restantes sub-escalas). O *score* total de cada sub-escala resulta do somatório dos valores obtidos em cada afirmação. Este instrumento tem sido aplicado a uma variedade de doenças, que incluem doença coronária, artrite reumatóide, psoríase, síndrome de fadiga crónica, diabetes e cancro.

Uma versão revista desta escala, *The Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)*, alargou a escala inicial, adicionando-lhe mais itens e, dividindo a dimensão *controlo* em controlo pessoal e controlo através do tratamento. Desenvolveram-se novos itens para avaliar representações acerca da duração e a representação emocional (Moss-Morris et al., 2002). O *IPQ-R* é constituído por 80 itens, o que em algumas situações pode ser problemático, nomeadamente quando existe pouco tempo para a avaliação, quando os pacientes estão muito debilitados ou quando as capacidades de leitura e escrita são diminuídas. A validação do *IPQ-R* foi efectuada por Moss-Morris e colaboradores (2002), numa amostra de 711 pacientes com diferentes patologias (asma, diabetes, artrite reumatóide, dor crónica, dor aguda, enfarte agudo do miocárdio, esclerose múltipla e sida). A análise dos componentes principais dos itens deu origem a 7 factores, que no seu conjunto explicavam 64% da variância. Nesta análise os itens das sub-escalas *Identidade* e *Causas* não foram incluídos. Em relação à *Identidade* a validade foi testada por testes *t* de amostras emparelhadas verificando-se diferença significativa (15.94)  $p < .001$  entre os sintomas experienciados pelos doentes *versus* os sintomas que se associavam com a doença, fornecendo suporte empírico para a diferença entre somatização e identidade. Quanto à sub-escala *Causas*, os autores procederam a uma análise dos componentes principais destas, resultando a rotação *varimax* em 4 factores, que explicam 57% da variância total: atribuições psicológicas, factores de risco, imunidade e, acidente ou sorte.

As análises de fidelidade deste questionário revelaram coeficientes alfa de *Cronbach* de consistência interna elevados em cada sub-escala: .79 (Duração Cíclica), .80 (Controlo de Tratamento), .81 (Controlo Pessoal), .84 (Consequências), .87 (Coerência da Doença), .88 (Representação Emocional), .89 (Duração aguda/crónica). Na sub-escala *Causas*, os coeficientes obtidos em cada um dos factores, foram de .86

(Atribuições Psicológicas), .77 (Factores de Risco), .67 (Imunidade) e .23 (Acidente/sorte). Na identidade o alfa de *Cronbach* foi de .75, demonstrando uma fidelidade adequada nesta sub-escala.

Devido a algumas das características descritas anteriormente, Broadbent e colaboradores (2006) consideraram pertinente desenvolver um questionário mais abreviado, o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*. Segundo os autores, este questionário permitirá a aplicação a uma maior diversidade de grupos de pacientes e, será particularmente útil em situações em que as percepções de doença são medidas apenas como uma parte de um conjunto mais vasto de constructos psicológicos e ainda quando são utilizadas medidas repetidas.

Para o desenvolvimento do IPQ breve, Broadbent e colaboradores (2006) construíram nove itens que permitem avaliar as representações emocionais e cognitivas da doença. O IPQ breve utiliza uma escala likert. Todos os itens, com excepção da questão relativa à *Causa*, são respondidos numa escala de 0 a 10. Cinco dos itens avaliam as representações cognitivas de doença: *Consequências* (item 1), *Duração* (item 2), *Controlo Pessoal* (item 3), *Controlo através do Tratamento* (item 4) e *Identidade* (item 5). Dois dos itens avaliam a Representação Emocional: *Preocupação* (item 6) e *Emoções* (item 8). Um item avalia a *Compreensão* da doença (item 7). A avaliação das Representações Causais é feita através de uma questão aberta adaptada do IPQ-R, que questiona o paciente acerca das três causas mais importantes para a sua doença (item 9). A resposta a este item pode ser agrupada em categorias tais como stress, estilo de vida, hereditariedade, ou outras. A interpretação do IPQ breve é muito simples; um valor elevado num determinado item representa uma elevação linear na dimensão avaliada.

Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006) conduziram um estudo com vários tipos de doentes (103 pacientes com enfarte agudo do miocárdio, 132 com doença renal, 119 doentes diabéticos, 309 pacientes com asma, 62 doentes com dor no peito e 116 sujeitos com outras “doenças menores”). Para analisar as características psicométricas do IPQ-breve, o primeiro momento de avaliação realizou-se em contexto médico e os questionários de seguimento foram enviados a metade da amostra 3 semanas após a primeira avaliação e à outra metade, 6 semanas após a primeira avaliação. Os resultados de teste-reteste do IPQ breve, às 3 e às 6 semanas, demonstraram uma boa fidelidade. Assim, na sub-escala *Consequências*, os valores obtidos foram .70 e .71; na *Duração*, as correlações encontradas foram de .67 e de .73; no *Controlo pessoal* .63 e

.42; no que refere ao *Controlo através do Tratamento*, os resultados foram de .55 e .70; a *Identidade* revelou correlações de .65 e de .75; a *Preocupação* mostrou correlações de .66 em ambos os momentos; a *Compreensão* obtiveram-se valores de .48 e .61 e finalmente na *Resposta Emocional* as correlações foram de .65 e .72.

Os autores (Broadbent et al, 2006), realizaram ainda, alguns estudos quanto à validade predictiva do questionário, numa amostra de pacientes a recuperar de um enfarte do miocárdio. Os resultados mostraram que o instrumento possui uma boa validade predictiva nesta população. Dimensões como, Consequências, Identidade, Preocupação, Compreensão e a Resposta Emocional, no momento da alta, encontravam-se sistematicamente correlacionadas com o funcionamento físico e mental no seguimento aos 3 meses.

Segundo os autores supracitados, existe evidência que mostra a validade e fidelidade do IPQ-breve para uma variedade de doenças. Neste estudo, não foram analisados doentes oncológicos. Contudo, procuraremos contribuir com alguns dados para essa população com a análise das características do questionário nas mulheres com cancro da mama.

### **Versão Portuguesa**

O questionário utilizado neste estudo corresponde à versão breve do IPQ (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006), numa versão experimental portuguesa (McIntyre & Trovisqueira, 2007), que avalia as cinco dimensões anteriormente mencionadas. Como já foi referido, o IPQ-breve permite avaliar a dimensão das representações cognitivas da doença e a dimensão das representações emocionais, de acordo com o modelo de auto regulação de Leventhal e colaboradores (2001). Nesta versão, McIntyre, Araújo-Soares e Trovisqueira (2004) optaram por uma escala de resposta mais curta, 0-4, substituindo assim, a escala original de 0-10. Segundo as autoras, esta opção deveu-se ao facto de verificarem algumas dificuldades de discriminação das categorias, dado o baixo nível de escolaridade dos participantes do estudo, pacientes com enfarte agudo do miocárdio (Trovisqueira, 2007). Pelas mesmas razões apontadas nesse estudo, optámos por esse formato de resposta, ou seja, uma escala de 0 a 4. Os itens utilizados foram os seguintes: Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida? (*Consequências*) em que 0 significa “não afecta nada” e 4 significa “afecta gravemente a minha vida”; Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença? (*Duração*) em que 0 significa “muito pouco tempo” e 4 “para sempre”; Qual o

grau de controlo que sente sobre a sua doença? (*Controlo pessoal*) em que 0 significa “nenhum controlo” e 4 “muitíssimo controlo”; Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença? (*Controlo através do tratamento*) em que 0 significa “não vai ajudar nada” e 4 “vai ajudar muitíssimo”; Qual o grau em que sente sintomas da sua doença? (*Identidade*) em que 0 significa “nenhum sintoma” e 4 “muitos sintomas graves” em; Qual o grau de preocupação com a sua doença? (*Preocupação*) em que 0 significa “nada preocupado” e 4 “extremamente preocupado”; Até que ponto sente que compreende a sua doença? (*Compreensão*) em que 0 significa “não compreendo” e 4 “compreendo muito bem”; Até que ponto a sua doença o(a) afecta emocionalmente? (Resposta emocional) em que 0 significa “não me afecta emocionalmente” e 4 “afecta-me muitíssimo emocionalmente”.

A versão portuguesa de McIntyre e colaboradores foi utilizada em Portugal numa amostra de 87 doentes pós-enfarte do miocárdio (Trovisqueira, 2007), encontrando-se já disponíveis dados relativos às qualidades psicométricas do IPQ-B nesta amostra. Para avaliar as qualidades psicométricas do IPQ-B, nesta amostra, as autoras seguiram os mesmos procedimentos do estudo original (Broadbent et al., 2006). Em termos de fidelidade teste-reteste, o IPQ-B da amostra portuguesa mostrou correlações semelhantes ao estudo de Broadbent e colaboradores (2006), embora ligeiramente mais baixas no 2º momento de avaliação (o primeiro momento de avaliação correspondeu à alta e o segundo momento, 1 mês após a alta). Na altura da alta, a correlação para a sub-escala *Consequências* foi de .70 e um mês após a alta de .50; na sub-escala *Duração*, as correlações encontradas foram de .59 e .42; *Controlo Pessoal* .75 e .54; *Controlo pelo Tratamento*, os resultados foram de .51 e .50; A sub-escala *Identidade* mostrou correlações .61 e .53; a sub-escala *Preocupação* apresentou correlações de .60 e .60; a sub-escala *Compreensão* .59 e .52; por fim, a sub-escala *Resposta Emocional* apresentou uma correlação de .72 na altura da alta e de .62 um mês após a alta. Segundo as autoras do estudo o IPQ-B revela boas características de fidelidade, semelhantes aos encontrados na versão original. As autoras também procederam ao estudo da validade de constructo através de correlações de *Spearman* entre as sub-escalas. As correlações encontradas entre as sub-escalas são baixas a moderadas (de .25 a .52). As sub-escalas que apresentam correlações mais elevadas são a *Preocupação* e a *Resposta emocional* ( $r=.52, p<.01$ ) a *Duração* e as *Consequências* ( $r=.31, p<.01$ ) e a *Compreensão* e o *Controlo através do Tratamento* ( $r=.33, p<.01$ ).

### Características psicométricas do IPQ-B na amostra em estudo

Com o objectivo de avaliar as qualidades psicométricas do IPQ-B na amostra de mulheres com cancro da mama, começou-se por determinar se as sub-escalas possuíam uma distribuição normal. Os dados obtidos pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*, bem como a análise dos valores de curtose e assimetria, permitiram perceber que a distribuição desta amostra se aproxima da distribuição normal.

Com o objectivo de testar a fidelidade teste-reteste, utilizaram-se as correlações de *Pearson*, nos vários momentos de avaliação. Assim, o 1º momento de avaliação corresponde à consulta de planeamento cirúrgico, o 2º momento de avaliação a 1 mês após o primeiro contacto e, aproximadamente 2 a 3 semanas após a cirurgia, o 3º momento de avaliação é 4 meses após a 1ª avaliação, a meio dos tratamentos complementares e, finalmente o 4º momento de avaliação ocorre entre os 9 e os 12 meses, final dos tratamentos complementares (no caso das mulheres que realizaram quimioterapia e radioterapia). Foram efectuadas correlações de *Pearson* entre o momento de avaliação inicial (momento 1) do IPQ-B e os momentos 2, 3 e 4 de avaliação.

**Quadro 4. Resultados das correlações teste-reteste do IPQ-B (correlações *Pearson*), em mulheres com cancro da mama**

	Momento 2 (1 mês após cirurgia)	Momento 3 (4 meses)	Momento 4 (9-12 meses)
Consequências	.470**	.370**	.446**
Duração	.318**	.272*	.412*
Controlo pessoal	.583**	.432**	.432**
Controlo tratamento	.596**	.420**	.175
Identidade	.419**	.416**	.374*
Preocupação	.592**	.375**	.621**
Compreensão	.679**	.481**	.280
Resposta emocional	.598**	.499**	.594**

\*  $p \leq .05$  ; \*\* $p \leq .01$

No Quadro 4 encontram-se os resultados obtidos na análise de fidelidade teste-reteste. Da sua análise podemos verificar que, no período de 1 mês, as dimensões do IPQ-B apresentam alguma variação, sendo esta mais evidente para as dimensões *Duração*, *Identidade* e *Consequências*, que apresentam correlações abaixo de .50, possivelmente indicando uma menor estabilidade no tempo destas representações, nestas mulheres com cancro da mama. As dimensões que se revelaram mais estáveis durante este período foram a *Compreensão*, a *Resposta Emocional*, *Controlo pelo*

*Tratamento e a Preocupação.* Neste estudo, e para um período de intervalo de 1 mês, o IPQ-B mostrou correlações teste-reteste mais baixas do que as encontradas no estudo de Broadbent e col. (2006) para as sub-escalas *Consequências, Duração, Controlo Pessoal, Identidade e Resposta Emocional*, e do que as encontradas por Trovisqueira (2007), com uma amostra portuguesa de doentes com enfarte do miocárdio, para as sub-escalas *Consequências, Duração, Identidade e Preocupação*. Obtiveram-se coeficientes teste-reteste mais elevados do que os citados por Broadbent e col. (2006) para o *Controlo pelo Tratamento, a Compreensão e Preocupação* e do que os encontrados por Trovisqueira (2007) para as sub-escalas *Controlo Pessoal, Controlo pelo Tratamento, Compreensão e Resposta Emocional*. O facto de se tratar de uma amostra com uma patologia diferente e com diagnóstico recente, poderá explicar menos estabilidade no tempo de algumas das representações de doença.

Os dados de fidelidade teste-reteste durante o tratamento (aos 4 meses) revelam uma correlação baixa para a *Duração* da doença. Todas as outras dimensões apresentam correlações abaixo de .50, o que indica alguma variabilidade destas representações, com excepção da *Resposta Emocional* que revelou ser a mais estável durante este intervalo. Este padrão é diferente do encontrado por Broadbent, revelando uma variação considerável destas representações no tempo. Mais uma vez, o tipo de amostra e as especificidades dos tratamentos poderão explicar estas diferenças.

Quanto ao final do tratamento, os resultados encontrados para o teste-reteste (entre 9 a 12 meses após o 1º momento de avaliação) revelaram ausência de correlação entre o 1º e o último momento para as dimensões *Controlo pelo Tratamento e Compreensão*. As dimensões que mostraram mais estabilidade durante este período foram *Preocupação e Resposta emocional*, com correlações acima de .50, o que vai de encontro aos dados da versão original Inglesa. As restantes dimensões (*Consequências, Duração, Controlo Pessoal e Identidade*) apresentam alguma variabilidade durante este período. No entanto, estes dados têm que ser interpretados com cautela devido ao facto desta amostra no 4º momento ser parcelar e menos de metade da amostra no 1º momento.

À semelhança dos autores originais, a validade de constructo do IPQ-B foi avaliada através de correlações de *Pearson* entre as dimensões do instrumento, verificando-se que as correlações entre as escalas são baixas a moderadas e na sua maioria não significativas (ver Quadro 5), o que apoia a especificidade destas dimensões. Tal como no estudo de (Trovisqueira, 2007), são excepção as sub-escalas,



*Resposta emocional, Consequências e Preocupação.* As escalas *Duração* e *Consequências* correlacionam-se positiva e significativamente ( $r=.25$ ), à semelhança do que foi encontrado no estudo português de doentes pós-enfarte do miocárdio. As sub-escalas que apresentam correlações mais elevadas são *Preocupação* e *Consequências* ( $r=.62$ ), a sub-escala de *Resposta Emocional* e *Consequências* ( $r=.57$ ) e, ainda a sub-escala de *Resposta Emocional* e *Preocupação* ( $r=.60$ ), resultados que são semelhantes ao do estudo português referido previamente. Estes resultados sugerem que estas três sub-escalas avaliam constructos afins, enquanto as outras dimensões do IPQ-B parecem ser bastante independentes. Não foi realizada uma análise factorial dos itens do IPQ-B para testar a validade de constructo, dado o tamanho reduzido da amostra.

**Quadro 5. Correlações de *Pearson* entre as dimensões do IPQ-B no planeamento cirúrgico (N=74)**

IPQ-B	Conseq.	Duraç.	Controlo pessoal	Controlo tratamento	Identidade	Preocupação	Compreensão	Resposta emocional
<b>Consequências</b>								
<b>Duração</b>	.248*							
<b>Controlo pessoal</b>	-.204	-.111						
<b>Controlo tratamento</b>	-.167	-.083	.164					
<b>Identidade</b>	.237*	-.042	.033	-.114				
<b>Preocupação</b>	.616**	.133	-.211	.010	.164			
<b>Compreensão</b>	-.169	-.165	.214	.049	-.166	-.191		
<b>Resposta emocional</b>	.572**	.083	-.160	-.020	.118	.604**	-.030	

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

Em resumo, as propriedades psicométricas do IPQ-B encontradas neste estudo apresentam semelhanças com o estudo português, mais do que com o estudo da versão original Inglesa. As diferenças encontradas podem atribuir-se ao diferente formato de resposta, que diminui a variância e, deste modo, afecta as correlações teste-reteste. Em alternativa, as especificidades da amostra, como já referido, poderão explicar algumas das diferenças encontradas, como a menor estabilidade no tempo das representações de doença. Assim, consideramos que é necessário continuar a validar a versão portuguesa com amostras clínicas mais diversificadas e de maior dimensão, de modo a determinar as suas características psicométricas com maior consistência. No entanto, os dados

encontrados não nos parecem pôr em causa a validade de utilização do IPQ-B no nosso estudo.

### **6.5.3 - *Mental Adjustment to Cancer Scale* (Mini – MAC)**

#### **Versão Original**

A escala de Ajustamento Mental ao Cancro (*Mental Adjustment to Cancer Scale* – MAC) foi desenvolvida por Watson e col. (1988), com o objectivo de avaliar o ajustamento mental dos doentes com cancro. A escala original era constituída por 40 itens distribuídos por cinco dimensões. Estas dimensões não foram confirmadas por outros estudos em língua inglesa que não o do Reino Unido (Osborn, Elsworth, Kissane, Burke, & Hopper, 1999; Brandt, Friedman, & Stolbach, 1992), nem em estudos com outras línguas (Cayrou, Dickes, Gauvain-Piquard, & Roge, 2003). Isto levou os autores da escala a reconhecer as limitações da mesma e a desenvolver uma nova escala que incluiu um grande número de novos itens, o Mini-MAC. Os autores também reconheceram limitações na avaliação de estratégias de *coping* de evitamento (tendência para bloquear ou ignorar problemas ou emoções).

O Mini-MAC é constituído por 29 itens, desenvolvidos por Watson e colaboradores (1994), a partir da experiência com a versão original da MAC (Watson et al., 1988). Da versão original, aproveitaram-se 16 dos 40 itens. Os autores administraram a escala com os 40 itens originais, mais os 26 itens desenvolvidos posteriormente, a 630 doentes com diagnóstico de cancro, submetendo os resultados a vários processos de análise factorial. Conservaram as dimensões com mais de 4 itens, que deram origem aos 29 itens que compõem o Mini-MAC. A solução factorial encontrada inicialmente era de 9 factores e explicava 48.2% da variância total. Contudo, os autores consideraram que factores com menos de 4 itens não apresentaram uma distribuição normal, excluindo, desta forma, os factores com menos de 4 itens. Assim, chegou-se a uma solução factorial de 5 factores que contribuem para explicar 38.4% da variância.

Os 29 itens do Mini-MAC distribuem-se pelas cinco dimensões seguintes: “desânimo-fraqueza” (ex: Sinto que a vida não tem esperança”, “Sinto que não consigo lidar com isto”) constituída por 8 itens; “Preocupação ansiosa” (ex: “Sinto-me arrasado”, “Estou preocupado que a doença volte a aparecer”), que inclui 8 itens; “Espírito de luta” (ex: “Estou determinado a vencer a minha doença”), que inclui 4

itens; “Evitamento Cognitivo” (ex: “Faço um esforço cognitivo para não pensar na minha doença”, “Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto”), constituída por 4 itens; e “Fatalismo” (ex: “Entreguei-me nas mãos de Deus”, “Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem vindo”), que inclui 5 itens. Cada item da escala é uma afirmação que descreve reacções do doente com diagnóstico de cancro. O doente deve responder a uma escala ordinal de quatro posições (entre “não se aplica de modo nenhum a mim” até “aplica-se totalmente a mim”). A pontuação das escalas pode variar entre 4 e 40. A Mini-MAC é uma escala multidimensional que não permite a obtenção de um resultado total, i.e., não permite somar as pontuações parciais numa *pontuação total*.

Em termos de fidelidade (consistência interna), os autores do Mini-MAC consideram que os coeficientes de alfa calculados no estudo que deu origem a esta escala são razoavelmente altos e que os valores de fidelidade para cada uma das cinco sub-escalas são aceitáveis (Watson et al., 1994). Os valores encontrados foram: *Desânimo-Fraqueza* (alfa de Cronbach =.87); *Preocupação Ansiosa* (alfa de Cronbach =.88); *Espírito de Luta* (alfa de Cronbach =.76); *Evitamento Cognitivo* (alfa de Cronbach =.74); *Fatalismo* (alfa de Cronbach =.62).

Estudos acerca da relação entre as sub-escalas do Mini-MAC e as sub-escalas do HADS indicaram que a *Preocupação Ansiosa* se encontrava positivamente associada com as sub-escalas de ansiedade e depressão do HADS ( $r=.73$  e  $.47$ ,  $p<.001$ ); o *Espírito de Luta* apresentou uma associação inversa com as sub-escalas de ansiedade e depressão do HADS ( $r=-.24$  e  $-.19$ ,  $p<.001$ ); das restantes sub-escalas do Mini-MAC, o Evitamento Cognitivo foi a única que mostrou ter uma associação positiva mas modesta com a sub-escala de ansiedade do HADS ( $r=.18$ ,  $p<.001$ )

### **Versão Portuguesa**

O Mini-Mac foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) e o estudo das suas características psicométricas foi realizado numa amostra de 60 doentes com diagnóstico de cancro, dos quais 30 tinham diagnóstico de cancro colo-rectal em fase inicial e 30 diagnóstico de cancro da mama. Este questionário possui 29 itens, tal como o original. Segundo os autores, na versão portuguesa foi retirada a palavra “cancro”, por exigência da instituição onde os dados foram recolhidos. No entanto, de forma a garantir que os doentes estavam a pensar no

cancro e não em outra doença, enquanto respondiam ao questionário, foi-lhes pedido que indicassem o “nome da doença para a qual estavam a ser tratados”.

No que respeita à fidelidade (consistência interna) e, segundo Pais-Ribeiro e col. (2003), os valores encontrados foram aceitáveis para 4 das 5 dimensões. Encontraram-se os seguintes valores de *alfa de Cronbach*: Desânimo-Fraqueza (*alfa de Cronbach* = .79), Preocupação Ansiosa (*alfa de Cronbach* = .88), Espírito de Luta (*alfa de Cronbach* = .72), Evitamento Cognitivo (*alfa de Cronbach* = .84). A dimensão “Fatalismo” não apresentou valores de consistência interna aceitáveis (*alfa de Cronbach* = .28).

Para estudar a validade de constructo, os autores procederam à exploração factorial dos itens da escala sugeriu uma solução de dois factores que explicam 42.96% da variância, em que os itens de “Preocupação Ansiosa” e de “Desânimo-Fraqueza” apareciam agrupados num factor e, os do “Espírito de Luta” e “Evitamento Cognitivo” apareciam agrupados noutra factor. Para esta solução de 2 factores, os itens da dimensão “Fatalismo” não apresentavam carga factorial acima dos .40. Assim, este estudo parece não confirmar a solução factorial da versão Inglesa. Os autores optaram por não considerar a solução factorial encontrada, mantendo o arranjo inicial de 5 factores. Segundo Pais-Ribeiro e col. (2003) optaram por uma versão conservadora e, assumiram a solução factorial dos autores da escala original (a versão em Inglês de Watson et al., 1994).

O estudo acima deve ser interpretado com bastantes reservas, uma vez que a dimensão da amostra é demasiado pequena para a realização de estudos de fidelidade ou validade de constructo (análise factorial), conforme recomendado pelos especialistas em psicometria (e.g. Almeida & Freire, 2000).

Este instrumento foi utilizado numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama (Varela & Leal, 2007), contudo não foram apresentados dados relativos às características psicométricas do instrumento na amostra em estudo. Os autores do estudo definiram o Desânimo-Fraqueza, como uma estratégia caracterizada pelo pessimismo, e pela ausência de estratégias de combate activo da doença. A Preocupação Ansiosa, foi caracterizada como uma resposta predominantemente emocional, caracterizada por ansiedade persistente. A estratégia de *coping*, Espírito de Luta, foi definida como um padrão de resposta caracterizada por uma atitude optimista, em que a doença é vista como um desafio e em que está presente a crença de que existe algum controlo sobre o seu curso. O Evitamento Cognitivo, refere-se à tentativa de não

pensar na doença. Por fim, o Fatalismo, diz respeito a uma aceitação da doença de forma passiva.

### Características psicométricas do Mini-MAC na amostra em estudo

No estudo das características psicométricas da escala no nosso grupo de mulheres com cancro da mama, começou-se por investigar se as sub-escalas obedeciam a uma distribuição normal. Os resultados do teste K-S e a análise dos valores de curtose e de assimetria permitem determinar que a distribuição é suficientemente próxima da distribuição normal para ser tratada como tal. Deste modo, optou-se por utilizar estatística paramétrica para a análise das inter-correlações das escalas e no estudo da fidelidade teste-reteste. Neste estudo, não foi possível realizar a análise da consistência interna nem a análise factorial devido ao número de participantes não o permitir (menos do que 3 participantes por item).

Procedeu-se à avaliação da fidelidade teste-reteste, utilizando-se os dados obtidos no 2º momento de avaliação (1 mês após o primeiro momento de avaliação e entre 2 a 3 semanas após a cirurgia), no 3º momento de avaliação (4 meses após) e no 4º momento de avaliação (9-12 meses após). Foram efectuadas correlações de *Pearson* entre a avaliação inicial (momento 1), com os momentos 2, 3 e 4 de avaliação (ver Quadro 6).

**Quadro 6. Coeficientes de fidelidade teste-reteste do Mini-MAC (correlações de *Pearson*) em mulheres com cancro da mama**

	Momento 2 (1 mês após cirurgia)	Momento 3 (4 meses)	Momento 4 (9-12 meses)
Desânimo-Fraqueza	.675**	.704**	.496**
Preocupação Ansiosa	.848**	.602**	.725**
Espírito de Luta	.582**	.387**	.400*
Evitamento Cognitivo	.430**	.186	.248
Fatalismo	.598**	.502**	.386*

\*  $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Pela análise do Quadro 6 podemos verificar que no intervalo de 1 mês, a maioria das sub-escalas do Mini-MAC apresenta uma estabilidade aceitável, com as correlações a variar entre .58 e .84. A única excepção é a sub-escala Evitamento Cognitivo com uma correlação inferior a .50. A sub-escala que se revela mais consistente durante este

período é a da Preocupação Ansiosa. Os dados da fidelidade teste-reteste para os intervalos de 4 meses e 9-12 meses após a cirurgia (durante o tratamento), revelam não existir correlações significativas para o Evitamento Cognitivo entre o momento 1 e os momentos 3 e 4. As sub-escalas Desânimo-Fraqueza e Preocupação Ansiosa mostram maior estabilidade ao longo do tempo. Em geral, a fidelidade test-reteste é moderada a elevada, com exceção do Evitamento Cognitivo.

Para estudar a validade de constructo, realizaram-se correlações de *Pearson* entre as sub-escalas do Mini-MAC, encontrando-se os resultados descritos no Quadro 7. As correlações observadas são significativas entre as sub-escalas Fatalismo e Espírito de Luta ( $r=.25$ ;  $p<.05$ ); e entre Fatalismo e Evitamento Cognitivo ( $r=.25$ ;  $p<.05$ ). Estas correlações também foram encontradas pelos autores da escala original ( $r=.27$ ;  $p<.001$ ), ( $r=.29$ ;  $p<.001$ ), respectivamente. As correlações mais elevadas foram encontradas entre as sub-escalas Preocupação Ansiosa e Desânimo-Fraqueza ( $r=.66$ ;  $p<.01$ ); entre Espírito de Luta e Desânimo-Fraqueza ( $r=-.46$ ;  $p<.01$ ); entre Evitamento Cognitivo e Espírito de Luta ( $r=.33$ ;  $p<.01$ ); e ainda entre Espírito de Luta e Preocupação Ansiosa ( $r=-.31$ ;  $p<.01$ ). Watson e col. (1994), também encontraram correlações entre Preocupação Ansiosa e Desânimo-Fraqueza ( $r=.52$ ;  $p<.001$ ). Estes autores encontraram ainda correlações entre o Evitamento Cognitivo e o Desânimo-Fraqueza ( $r=.14$ ;  $p<.001$ ) o que não se verificou no nosso estudo. No estudo de Watson e col. (1994), o Espírito de Luta e o Desânimo-Fraqueza ( $r=-.50$ ;  $p<.001$ ) apresentaram uma correlação negativa, tal como aconteceu no nosso estudo ( $r=-.46$ ;  $p<.001$ ), verificando-se que na amostra de mulheres com cancro da mama quanto maior o Espírito de Luta, menor o Desânimo-Fraqueza.

**Quadro 7. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as sub-escalas do Mini-Mac (N=74)**

	Desânimo-fraqueza	Preocupação Ansiosa	Espírito de Luta	Evitamento Cognitivo	Fatalismo
Desânimo-fraqueza					
Preocupação Ansiosa	.658**				
Espírito de Luta	-.461**	-.309**			
Evitamento Cognitivo	-.082	-.059	.326**		
Fatalismo	-.225	-.115	.246*	.247*	

\*  $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

O estudo da validade convergente e divergente foi realizado através de correlações entre as sub-escalas do Mini-MAC e do HADS (ver Quadro 7). Os resultados indicaram que o Desânimo-Fraqueza encontra-se positivamente correlacionado com as sub-escalas de Ansiedade e Depressão do HADS ( $r=.47$  e  $.64$ , respectivamente), assim como a Preocupação Ansiosa ( $r=.68$  e  $.59$ , respectivamente). Estas associações também foram encontrados por Watson e col. (1994) no seu estudo. No nosso estudo encontrou-se uma correlação negativa entre o Espírito de Luta e as sub-escalas de Ansiedade e Depressão ( $r=-.36$  e  $-.58$ , respectivamente), à semelhança do estudo original ( $r=-.19$  e  $-.24$ ,  $p<.001$ ). Ao contrário do que aconteceu no estudo de Watson e col. (1994), no nosso estudo encontrou-se uma correlação negativa, embora mais modesta, entre o Evitamento Cognitivo e a sub-escala de Depressão ( $r=-.23$ ). No estudo original, o Evitamento Cognitivo mostrou uma correlação positiva embora pequena com a sub-escala de Ansiedade ( $r=.18$ ,  $p<.001$ ). Em geral, o padrão de correlações encontrado no nosso estudo vai no sentido esperado, apoiando a validade convergente e divergente das escalas.

**Quadro 8. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as sub-escalas do Mini-MAC e do HADS (N=74)**

Mini-MAC	HADS	
	Ansiedade	Depressão
Desânimo-Fraqueza	.470**	.639**
Preocupação Ansiosa	.681**	.587**
Espírito de Luta	-.355**	-.581**
Evitamento Cognitivo	-.061	-.231*
Fatalismo	-.059	-.178

\*  $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Em termos das características psicométricas do Mini-MAC na população portuguesa, podemos afirmar que estas estão ainda por determinar de uma forma consistente. Como já foi referido, o tamanho da amostra não permitiu a análise de algumas características psicométricas fundamentais para caracterizar o instrumento numa população portuguesa de doentes com cancro da mama, quer no estudo de Pais-Ribeiro e colegas, quer no nosso estudo. Estas restrições nas análises apenas nos permitem afirmar que a escala parece apresentar uma boa estabilidade temporal, como se pode verificar pelo estudo de fidelidade teste-reteste. Também podemos afirmar que, à semelhança do que aconteceu no estudo original, existem associações entre a Mini-Mac e a morbilidade psicológica avaliada através do HADS; por exemplo, o Espírito de

luta aparece associado a menos morbidade psicológica, enquanto o Desânimo-Fraqueza se encontra positivamente correlacionado com a morbidade psicológica. O nosso estudo parece apoiar a multidimensionalidade do Mini-MAC, e apontar no sentido da sua validade convergente e divergente. No entanto, é necessário validar a escala com amostras mais extensas e diversificadas.

#### **6.5.4 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

##### **Versão Original**

Esta escala foi desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983), com o objectivo de avaliar os níveis de ansiedade e depressão em doentes com doença física e em tratamento ambulatorio. A escala permite avaliar a ansiedade e depressão de uma forma breve. Esta facilidade na sua aplicabilidade tem tornado a HADS um instrumento utilizado numa variedade de populações clínicas em que a ansiedade e a depressão possam co-existir com as manifestações de doença física. Esta escala também tem sido utilizada em contextos oncológicos como instrumento de pesquisa e despistagem.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* é composta por uma sub-escala de ansiedade, constituída por 7 itens, e uma sub-escala de depressão, constituída por outros 7 itens, permitindo avaliar a morbidade psiquiátrica na semana precedente. Segundo os autores da escala (Zigmond e Snaith, 1983), os itens referentes à ansiedade permitem avaliar um estado de ansiedade generalizado. Quanto aos itens de depressão, reflectem um estado de anedonia. A anedonia é um indicador não específico do humor depressivo, o que permite uma maior sensibilidade da escala para níveis leves de depressão (Herrmann, 1997).

A escala pode ser auto-administrada, em cerca de 10 minutos. As respostas a cada item pode ser quantificadas numa escala tipo Lickert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior *distress* psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada sub-escala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21; quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão.

Zigmond & Snaith (1994) consideram que valores inferiores a 8 são indicadores de ausência de ansiedade ou de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores



entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave”. Segundo estes autores, a escala também pode ser cotada na sua totalidade, permitindo obter um índice de perturbação emocional.

No estudo realizado por Watson, Haviland, Greer, Davidson e Bliss (1999) utilizou-se os seguintes pontos de corte para cada uma das sub-escalas (ansiedade e depressão): 0-7 (ausência de ansiedade ou depressão), 8-10 (situação *borderline*) e 11 ou mais (presença de ansiedade ou depressão).

No que respeita à validade de constructo, têm sido encontradas algumas inconsistências quanto aos factores. A confirmação dos dois factores propostos pelos autores da escala é apoiada pelo estudo de Moorey e colaboradores (1991). Estes autores conduziram um estudo com 568 doentes com cancro e, encontraram dois factores que explicavam 53% da variância. Estes factores apresentavam, entre si, uma correlação de .37 para os homens e de .55 para as mulheres. Num outro estudo conduzido por Smith e col. (2002), com uma amostra de 1474 doentes com cancro, confirmou-se a estrutura de dois factores, que no seu conjunto explicavam 49.18% da variância. Os dois factores encontrados correlacionavam-se significativa e positivamente ( $r=.52$ ).

No entanto, a estrutura de dois factores para a escala não foi encontrada por Friedman e col. (2001) numa amostra de 2669 pacientes franceses com depressão major. Utilizou-se uma rotação *varimax* e, os autores encontraram três factores distintos, um factor de depressão e duas sub-escalas de ansiedade: ansiedade psíquica e agitação psicomotora. Segundo os autores, estes novos dados providenciam suporte para a utilização da HADS com uma estrutura tri-dimensional. Também Martin e col. (2003), num estudo com 335 doentes com enfarte do miocárdio, encontraram uma estrutura factorial de três factores, sendo estes a anedonia, ansiedade psíquica e agitação psicomotora. Barth e Martin (2005), numa amostra com 1320 pacientes alemães com doença coronária, encontraram uma estrutura factorial tri-dimensional, que confirma a estrutura encontrada por Friedman e col. (2001): agitação psicomotora, ansiedade psíquica e depressão. Numa amostra com 110 pacientes com cancro da mama, Rodgers e col. (2005) referem que o modelo dos três factores adequa-se melhor aos dados, comparativamente com o modelo de dois factores (ansiedade e depressão), para os pacientes com cancro da mama.

### **Versão Portuguesa**

Estudos anteriores permitiram a obtenção de dados relativos às características psicométricas da escala na população portuguesa. Para as análises de fidelidade e validade deste instrumento, utilizou-se uma amostra de 199 sujeitos pós-enfarte do miocárdio (McIntyre et al., 2004). No que concerne à consistência interna, foi calculado o alfa de *Cronbach* para as sub-escalas de ansiedade e depressão e para o total da escala. Os valores encontrados foram respectivamente de .85, de .81, e de .88 para o total da escala. Segundo McIntyre e col. (2004), estes valores são semelhantes aos valores obtidos em outros estudos e mostram uma elevada consistência interna numa amostra clínica portuguesa com doença crónica.

No mesmo estudo e, no que respeita à validade de constructo, os autores encontraram dois factores, pelos quais se distribuem os 14 itens da escala. O primeiro factor explica 25.7% da variância total e o segundo factor explica 25.5% da variância total, explicando no seu conjunto, mais de 51% da variância total inicial. Segundo os autores deste estudo, estes dados encontram-se de acordo com o que foi descrito no modelo original de Zigmond e Snaith (1983).

Foram, também, analisadas as correlações entre as duas sub-escalas e o total da escala. As correlações entre as sub-escalas e o total do HADS são elevadas ( $r=.91$  para a sub-escala de ansiedade e de  $r=.88$  para a sub-escala de depressão). Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as duas sub-escalas, revelam que estas se correlacionam significativamente e positivamente entre si ( $r=.61$ ;  $p<.01$ ), o que indica uma associação moderada entre as duas sub-escalas e mostra alguma especificidade de cada uma das sub-escalas.

Segundo McIntyre e col. (2004), a análise das características psicométricas nesta amostra portuguesa revela uma boa fidelidade do instrumento e, o estudo da validade confirma a estrutura factorial de dois factores preconizado pelos autores e confirmado por outros estudos.

### **Características psicométricas do HADS na amostra em estudo**

Na nossa amostra de 74 pacientes com cancro da mama e, no sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o alfa de *Cronbach*, separadamente para as sub-escalas de ansiedade e depressão e para o total. Nos quadros X, Y e Z são apresentados, respectivamente, os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do HADS, para a sub-escala de ansiedade, depressão e HADS total.

**Quadro 9. Resultados da análise de consistência interna do HADS (ansiedade)**  
(N=74)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Sinto-me tenso	.31	.757
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo estivesse para acontecer	.52	.713
5. Tenho preocupações que me passam pela cabeça	.60	.694
7. Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado	.55	.709
9. Sinto uma espécie de medo como se tivesse um aperto no estômago	.42	.735
11. Sinto-me inquieta como se tivesse que estar a andar de um lado para o outro	.42	.735
13. Tenho sentimentos súbitos de pânico	.50	.718

Alfa de Cronbach =.75

Para as sub-escalas de ansiedade e depressão encontraram-se, respectivamente, valores de .75 e .81 para o alfa de *Cronbach* e de .86 para o total da escala, o que revela uma elevada consistência interna. Estes valores são semelhantes aos encontrados no estudo português com pacientes pós-enfarte do miocárdio.

**Quadro 10. Resultados da análise de consistência interna do HADS (depressão)**  
(N=74)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
2. Ainda gosto das coisas de que costumava gostar	.55	.786
4. Consigo ver-me e ver o lado divertido das coisas	.60	.779
6. Sinto-me alegre	.59	.779
8. Sinto-me mais lento ou vagaroso	.51	.795
10. Perdi o interesse pela minha aparência	.55	.788
12. Antecipo as coisas com satisfação	.53	.789
14. Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio	.53	.792

Alfa de Cronbach =.81

A análise das correlações dos itens da ansiedade com o total da escala (sem o item), revelou que os itens apresentam correlações entre .31 e .60. Nas correlações da depressão com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima de .51, variando entre .51 e .60. A análise das correlações para o HADS total revela que os itens apresentam correlações acima de .31 com o total da escala, variando dos .31 aos .65.

**Quadro 11. Resultados da análise de consistência interna do HADS (Total) (N=74)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Sinto-me tenso	.37	.856
2. Ainda gosto das coisas de que costumava gostar	.45	.852
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo estivesse para acontecer	.49	.849
4. Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas	.64	.843
5. Tenho preocupações que me passam pela cabeça	.58	.844
6. Sinto-me alegre	.65	.840
7. Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado	.65	.842
8. Sinto-me mais lento ou vagaroso	.54	.847
9. Sinto uma espécie de medo como se tivesse um aperto no estômago	.44	.852
10. Perdi o interesse pela minha aparência	.54	.847
11. Sinto-me inquieta como se tivesse que estar a andar de um lado para o outro	.31	.860
12. Antecipo as coisas com satisfação	.56	.845
13. Tenho sentimentos súbitos de pânico	.53	.847
14. Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio	.44	.853

Alfa de Cronbach =.86

Com o objectivo de testar a fidelidade teste-reteste, utilizaram-se as correlações de *Pearson*, nos vários momentos de avaliação. Foram efectuadas correlações de *Pearson* entre o momento de avaliação inicial (momento 1) do HADS, com os momentos 2, 3 e 4 de avaliação.

**Quadro 12. Resultados do estudo de fidelidade teste-reteste do HADS (correlações de *Pearson*) em mulheres com cancro da mama**

	Momento 2 (1 mês após cirurgia)	Momento 3 (4 meses)	Momento 4 (9-12 meses)
HADS – Total	.766**	.565**	.712**
HADS – Ansiedade	.659**	.498**	.697**
HADS – Depressão	1.00**	.557**	.639**

\*\*  $p \leq .01$

No Quadro 12 encontram-se os resultados obtidos na análise de fidelidade teste-reteste. Da sua análise podemos verificar, que no período de 1 mês, as sub-escalas

apresentam uma boa estabilidade temporal, com correlações acima de .50. A sub-escala de depressão é a que apresenta uma estabilidade maior. Aos 4 meses após a cirurgia, tanto o total do HADS como as sub-escalas de ansiedade e depressão continuam a apresentar uma boa estabilidade temporal.

Devido ao número limitado de participantes neste estudo não foi possível testar a validade de constructo na nossa amostra de pacientes com cancro da mama utilizando procedimentos de análise factorial. Procedemos ao estudo das inter-correlações entre as sub-escalas e com o HADS total.

Os resultados encontrados apresentam-se no Quadro 13. As correlações observadas entre as sub-escalas e o total do HADS são elevadas ( $r = .89$  para a sub-escala de ansiedade e  $r = .90$  para a sub-escala de depressão), à semelhança do estudo de McIntyre e colegas (2004). As duas sub-escalas apresentam uma correlação moderada ( $r = .61$ ;  $p < .01$ ). Os coeficientes de Correlação de *Pearson* obtidos, vão de encontro aos valores encontrados por McIntyre e col. (2004) e aos valores encontrados noutros estudos (Martin & Thompson, 2000; Roberts et al., 2001; Smith et al., 2002, cit. por McIntyre et al., 2004).

**Quadro 13. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as sub-escalas do HADS (N=74)**

	HADS – Total	HADS - Ansiedade	HADS – Depressão
HADS – Total	1.000	.894**	.903**
HADS – Ansiedade	.894**	1.000	.614**
HADS – Depressão	.903**	.614**	1.000

\*\* $p \leq .01$

Em resumo as análises das qualidades psicométricas do HADS nas pacientes com cancro da mama, permite-nos concluir que este instrumento apresenta uma boa fidelidade em termos de consistência interna e estabilidade temporal. O padrão de correlações encontrado para as sub-escalas apoia a validade de constructo, embora seja necessário confirmar a estrutura factorial em amostras mais extensas de pacientes com cancro da mama.

### 6.5.5 - *Sickness Impact Profile (SIP)*

#### **Versão Original**

O *Sickness Impact Profile (SIP)* foi desenvolvido para avaliar o impacto da doença nas actividades diárias das pacientes. Segundo Bergner e col. (1976, cit. por McIntyre et al., 2004), este instrumento permite fornecer um perfil descritivo das respostas de uma pessoa, em termos do impacto da doença em comportamentos específicos. A escala, no formato usado neste estudo, deve ser hetero-administrada, com uma duração de cerca de 20 a 30 minutos para o seu preenchimento.

O SIP é constituído por 136 itens divididos em 12 categorias: locomoção, cuidados pessoais e movimento, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e lazer, interacção social, emoções, alerta, sono e repouso, alimentação, comunicação e trabalho. Os valores obtidos pelo SIP representam duas dimensões: funcionamento físico e funcionamento psicossocial. A dimensão física é composta pelas categorias de locomoção, mobilidade e, cuidados pessoais. A dimensão psicossocial inclui as categorias, sono e repouso, alimentação, trabalho, tarefas domésticas e actividades recreativas e lazer. Para o cálculo do valor total do SIP somam-se as duas dimensões e, as restantes categorias que não se encontram contempladas em nenhuma das dimensões (Susana, isto é confuso, deve indicar o que são as outras categorias ou retirar esta frase).

Cada item tem um valor que reflecte o grau de severidade da limitação. Ao responder ao SIP, as pessoas devem ter em consideração duas questões: se o item se aplica a si e, em caso afirmativo, se é devido ao seu estado de saúde actual. Para o item ser cotado, estas duas questões devem ser afirmativas. Segundo Bergner, Bobbit e Pollard, (1976, cit. por McIntyre et al., 2004), a cotação do SIP pode ser efectuada por sub-escala, pelas dimensões psicossociais ou físicas ou por um *score* único. Quanto mais baixa for a pontuação, melhor é o estado de saúde do indivíduo. Os valores de limitação, expressos em percentagem para cada categoria, são obtidos pela soma dos valores dos itens assinalados dentro de cada categoria, dividida pelo valor máximo de cada categoria (soma de todos os itens dentro da categoria), e multiplicada por 100%. A pontuação total também é expressa em percentagem de limitação, e é calculado pela soma dos valores dos itens nas categorias assinaladas, dividida pela soma dos valores dos 136 itens de todas as categorias, e multiplicada por 100%.

O SIP tem sido utilizado em diversos estudos em contextos de saúde e clínicos (e.g. Patrick & Deyo, 1989; Deyo & Patrick, 1989, cit. por McIntyre et al., 2004), apresentando valores elevados de fidelidade e boa validade convergente e discriminante

(e.g. de Bruin, de Witt, Stevens & Diederiks, 1992; cit. por McIntyre et al., 2004). Quanto à fidelidade, o SIP apresenta uma elevada consistência interna, com alfas de *Cronbach* de .81 a .97. No que refere à fidelidade teste-reteste, os valores encontrados variaram entre .88 e .92 (Bowling, 1997).

No que refere à validade de constructo, a estrutura de duas dimensões do SIP (física e psicológica) foi confirmada através de uma análise factorial das 12 categorias, em 332 doentes hospitalizados por condições físicas e psiquiátricas (Brooks et al., 1990, cit. por Gouveia, 2004). Relativamente à validade convergente, o SIP correlaciona-se significativamente ( $r = .64$ ) com o *Índice de Actividades da Vida Diária* (ADL) (e.g. Katz et al., 1963; 1970; 1976, cit. por Gouveia, 2004) e, ainda com o *National Health Interview Survey Instrument* ( $r = .55$ ) (Bergner et al., 1981, cit. por Gouveia, 2004). A validade clínica foi avaliada pela relação entre medidas clínicas da doença e os *scores* obtidos no SIP, estabelecendo-se uma correlação moderada entre estas.

Têm sido apontados alguns problemas ao SIP. Pollard e Johnston (2001), identificaram sete tipos de problemas: a) cotação incorrecta; b) natureza e significado dos *scores* globais; c) ambiguidade dos itens; d) ordenação dos itens; e) a extensão do questionário; e f) a categoria trabalho. Estas autoras sugerem que depois de assinalado um item dentro de cada categoria, que corresponderá ao grau de severidade máximo, se passe à categoria seguinte, evitando-se, assim, a resposta a todos os itens. As autoras sugerem ainda um novo método para a cotação do SIP. Para a obtenção da pontuação em cada categoria, deve ser considerado o item mais elevado assinalado pelo sujeito nessa categoria. Para a obtenção de uma pontuação total de limitação, as autoras sugerem a soma dos itens mais elevados de cada categoria e a divisão pelo mesmo número de categorias válidas (em que o sujeito respondeu). Este foi o método de cotação adoptado no nosso estudo de pacientes com cancro da mama.

Alguns estudos levados a cabo por Johnston e col. (2002), procuraram validar o novo método de cotação. Utilizou-se uma amostra de 277 doentes com diversas patologias crónicas, que indicaram que a fidelidade, validade de critério e sensibilidade à mudança é idêntica à do SIP original. Assim, as autoras encontraram os seguintes valores de alfa de *Cronbach*, para o total do SIP: no grupo de pacientes com incapacidade física ( $n=101$ ) o alfa de *Cronbach* foi de .85 para o novo método de cotação e de .87 para o antigo; nos pacientes com acidente vascular cerebral ( $n=68$ ), os valores de alfa obtidos para o novo método de cotação no 1º e 6º mês, foram respectivamente de .74 e .84, enquanto no método anterior eram de .70 e .83;

finalmente, no estudo com doentes pós-enfarte do miocárdio (n=118), os resultados obtidos com a nova forma de cotação aos 2, 6 e 12 meses foram alfas de .80, .85, .89 e, pelo modo original, de .85, .88 e .91.

No que concerne à validade de critério, foi determinada através das correlações entre o SIP (com o novo método de cotação e o original), com outras medidas que avaliam a incapacidade (*Barthel Index e Observer Assessed Disability*). Os resultados obtidos pelas autoras (Johnston et al., 2002) demonstraram correlações semelhantes ou mais fortes entre a nova cotação do SIP e as outras medidas de incapacidade, do que com o método original de cotação. Segundo as autoras, as correlações de *Pearson* entre o SIP cotado através da nova forma, com o *Barthel Index* e o *Observer Assessed Disability* no 1º mês, foram, respectivamente, de .53 e .55 e, no 6º mês, de .52 e .44. Na forma original de cotação do SIP, as correlações de *Pearson* eram de .47 e .57, no 1º mês, para o *Barthel Index* e o *Observer Assessed Disability* e, de .40 e .35, no 6º mês.

### **Versão Portuguesa**

Em Portugal existem poucos estudos que em que tenha sido utilizada esta escala. No estudo de Figueiras (1999), a autora, não utilizou a escala na sua totalidade. As sub-escalas utilizadas foram o que a autora denominou de *interacção social e recreação*, em 120 doentes com enfarte do miocárdio. Na avaliação aos 3 meses, a fidelidade para a sub-escala *interacção social* foi de .81 e igualmente de .81 para a *recreação*. Não foram apresentados dados de validade.

A versão utilizada neste estudo, constitui uma adaptação mais extensa da escala (McIntyre, McIntyre & Soares, 2000), que é constituída por 127 itens distribuídos por 11 categorias. Esta versão foi testada numa amostra de 78 sujeitos pós-enfarte do miocárdio (Gouveia, 2004; McIntyre et al., 2004). As 11 categorias consideradas foram: locomoção, cuidados pessoais e movimento, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e lazer, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, alimentação e comunicação. O SIP original contempla mais uma categoria que não foi incluída neste estudo (categoria “trabalho”). Pollard e Johnston (2001) também apresentavam uma crítica a esta categoria, pois não contempla a possibilidade das pessoas não recomeçarem a trabalhar por outros motivos que não se relacionem com o seu estado de saúde, como por exemplo o desemprego ou a reforma.

Na amostra de pacientes pós-EAM de McIntyre e col. (2004), os estudos de fidelidade revelaram um coeficiente alfa de *Cronbach* para o total do SIP de .70, o que



indica uma consistência interna adequada. As correlações entre cada categoria e o total do SIP variaram entre .11 e .69.

Quanto à validade de constructo, os resultados revelaram que as 9 sub-escalas (retiraram-se as categorias “Cuidados pessoais e movimento” e “comunicação”, visto que só se consideraram as que tinham uma frequência de resposta  $\geq 5$ ), se organizam por três factores que explicam 60.8% da variância. Assim, e segundo os autores do estudo (Gouveia, 2004; McIntyre et al., 2004), o Factor 1 engloba as sub-escalas locomoção, tarefas domésticas, mobilidade, sono e repouso e emoções, que os autores designaram de *dimensão física*, explicando 27% da variância. O Factor 2 integra as sub-escalas alerta, actividades sociais e, actividades recreativas e lazer, a que os autores designaram de *funcionalidade social*, correspondendo a 19.1% da variância. O Factor 3 integra a sub-escala alimentação e explica 14.7% da variância. De acordo com os autores do estudo, estes resultados reflectem a divisão inicial em 2 factores, dimensão física e psicológica.

### **Características psicométricas do SIP na amostra em estudo**

Na nossa amostra de 74 doentes com cancro da mama utilizou-se a mesma versão utilizada com a amostra de doentes pós-enfarte miocárdio de McIntyre e colegas. A categoria “Trabalho” também não foi incluído neste estudo, visto que as doentes com cancro da mama muito raramente se encontram a trabalhar, ficando com baixa durante vários meses. A categoria “Comunicação” foi retirada da análise, atendendo ao facto de que foram seleccionados apenas os itens com uma frequência de resposta  $\geq 5$ . Optamos também por retirar a categoria “Alimentação” que apenas apresentou uma frequência de resposta de apenas 9 participantes.

Com o objectivo de determinar a fidelidade do SIP nesta amostra, calculou-se o coeficiente de alfa de *Cronbach* (consistência interna) para o total do SIP, considerando-se o valor de cada categoria como um item, à semelhança da versão original e do estudo português (ver Quadro 14). Obteve-se um valor de alfa total de .76, o que indica uma consistência interna adequada. Também se procurou analisar as correlações de cada categoria com o total do SIP, verificando-se que estas variam entre .31 e .54. Estes resultados são semelhantes aos de McIntyre com pacientes pós-enfarte mas um pouco mais baixos do que os de Johnston.

**Quadro 14. Consistência Interna do SIP total (N=74)**

Categorias	Média	Desvio padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Locomoção	30.25	22.40	.54	.730
Cuidados pessoais e movimento	35.82	25.53	.49	.734
Mobilidade	21.35	31.07	.49	.732
Tarefas domésticas	61.90	21.56	.32	.755
Actividades recreativas e lazer	22.55	21.16	.41	.746
Actividades sociais	29.02	30.23	.31	.759
Emoções	40.17	34.79	.45	.740
Alerta	38.33	36.17	.51	.728
Sono e repouso	56.47	35.51	.53	.724

Alfa de Cronbach =.76

Com o objectivo de testar a fidelidade teste-reteste, utilizaram-se as correlações de *Spearman*, nos vários momentos de avaliação. Foram efectuadas correlações de *Spearman* entre a pós-cirurgia (momento 2), com os momentos 3 e 4 de avaliação. Pela análise do Quadro 15, podemos verificar que aos 4 meses, algumas das categorias do SIP apresentam uma estabilidade aceitável, com as correlações acima de .50 para as categorias, Cuidados Pessoais e Movimento, Tarefas Domésticas, Actividades Recreativas e Lazer e Emoções. As restantes categorias apresentam correlações mais modestas. A categoria que se revela mais consistente durante este período é a das Emoções. Os dados da fidelidade teste-reteste para o intervalo de 9-12 meses após a cirurgia, revelam não existir correlações significativas para as categorias referentes às Tarefas Domésticas e, Sono e Repouso. As categorias Locomoção, Mobilidade, Actividades Recreativas e Lazer, Actividades Sociais e Emoções, mostram maior estabilidade ao longo do tempo. Em geral, a fidelidade teste-reteste é moderada, com excepção das categorias Alerta e, Sono e Repouso (com correlações abaixo de .40).

**Quadro 15. Resultados do estudo de fidelidade teste-reteste do SIP (correlações de *Spearman*) em mulheres com cancro da mama**

	Momento 3 (4 meses)	Momento 4 (9-12 meses)
Locomoção	.474**	.441**
Cuidados pessoais e movimento	.596**	.414*
Mobilidade	.405**	.433**
Tarefas domésticas	.618**	.012
Actividades recreativas e lazer	.497**	.453**
Actividades sociais	.429**	.442**
Emoções	.698**	.566**
Alerta	.386**	.363*
Sono e repouso	.340**	.203

\*  $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Para estudar a validade de constructo, recorreu-se à análise factorial de componentes principais com rotação varimax, com a definição prévia de dois factores (dado que os autores da escala original defendem a existência de duas dimensões, funcionamento físico e funcionamento psicossocial (ver Quadro 16). Antes de se realizar a análise factorial, procedeu-se à análise do Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e do Teste de Esfericidade de *Bartlett*, para verificar se as características dos dados seriam adequadas para se proceder a uma análise factorial. A análise dos valores obtidos pelo KMO (.762) e pelo TEB (137.856,  $p=.000$ ) confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

**Quadro 16. Estrutura factorial do *Sickness Impact Profile*, versão experimental (N=74)**

Categorias	Cargas Factoriais	
	Factor1	Factor 2
Sono	.714	
Tarefas domésticas	.679	
Cuidados pessoais	.679	
Locomoção	.659	
Alerta	.525	
Actividades sociais		.857
Actividades recreativas e lazer		.610
Mobilidade		.564
Emoções		.520
<i>Eigenvalue</i>	3.2	1.2
Variância explicada (após rotação)	Total 49.21%	

A solução de 2 factores explica 49.21% da variância total. O Factor 1 engloba as sub-escalas sono, tarefas domésticas, cuidados pessoais, locomoção e alerta que parece representar o funcionamento físico. O Factor 2 integra as sub-escalas actividades sociais, actividades recreativas e lazer, mobilidade e emoções que parecem ser indicadores da capacidade de realizar actividades sociais e que podemos designar de funcionalidade psicossocial. Apesar destes dois factores não contemplarem exactamente as mesmas sub-escalas que foram consideradas e encontradas pelos autores do estudo original, consideramos que na solução de dois factores encontrada neste estudo encontram-se reflectidas a dimensão de funcionamento físico (Factor1) e a dimensão de funcionamento psicossocial (Factor 2). A solução encontrada nos nossos

dados é mais próxima do estudo de McIntyre e colegas, embora a mobilidade e emoções, na nossa amostra, apareçam mais ligadas à dimensão social do que física. Isto poderá reflectir especificidades da experiência de limitação funcional associadas ao cancro da mama.

No estudo da validade de conteúdo procedeu-se, ainda ao estudo das correlações entre as sub-escalas. Previamente, investigou-se se as sub-escalas obedeciam a uma distribuição normal. Os resultados do teste K-S e a análise dos valores de curtose e assimetria permitem determinar que a distribuição não é normal. Deste modo, optou-se por utilizar estatística não paramétrica para a análise das inter-correlações das sub-escalas, encontrando-se os resultados descritos no Quadro 17. O padrão de correlações encontrado está de acordo com os resultados da análise factorial.

**Quadro 17. Matriz de correlações (*Spearman*) entre as categorias do SIP (N=74)**

	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Locomoção								
2-Cuidados pessoais	.280							
3-Mobilidade	.077	.354						
4-Tarefas domésticas	.320	.328	.094					
5-Actividades recreativas	.032	.245	.118	.349				
6-Actividades sociais	.415*	.456	.132	.230	.251			
7-Emoções	.316	-.019	-.064	.237	.238	.209		
8-Alerta	.365*	.174	.575*	.191	.016	.116	.284	
9-Sono e repouso	-.218	.009	.281	-.171	-.239	-.310	.326*	.032

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

Em resumo, os resultados apresentados são dados preliminares sobre o estudo psicométrico do SIP numa amostra portuguesa de doentes com cancro da mama. O estudo de fidelidade indica uma boa consistência interna das categorias do SIP. Os dados acerca da estrutura factorial do SIP, por nós apresentado, não são conclusivos e dizem respeito unicamente a esta amostra, devendo o estudo da validade de constructo ser replicado em amostras mais extensas e com diversas patologias, à semelhança do que foi feito pelos autores da versão original (Johnston et al., 2002). Para determinar as características de validade de critério do SIP, à semelhança de estudos anteriores (Johnston et al., 2002), é necessário, no futuro, proceder-se ao estudo da correlação com outros instrumentos que avaliem o grau de limitação. Apesar de preliminares, os dados

da nossa amostra são promissores, quer em termos da fidelidade quer da validade, apoiando a utilização desta escala neste estudo.

### **6.5.6 - *Life Orientation Test-Revised (LOT-R)***

#### **Versão Original**

O LOT-R é um instrumento constituído por 10 itens, sendo que 6 itens são indicadores de optimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10), três vão numa direcção positiva e os outros três numa direcção negativa. Os itens 3,7 e 9 são reversos e quatro itens (2, 5, 6 e 8) não são cotados. O instrumento apresenta-se sob o formato de resposta com uma escala tipo *Likert*, em que os sujeitos devem assinalar a sua concordância com a questão de acordo com cinco posições (4 = Concordo muito, 3 = Concordo um pouco, 2 = Não concordo nem discordo, 1 = Discordo um pouco, 0 = Discordo muito). Para cada item, a cotação varia de 0 a 4 pontos, sendo a nota mínima de 0 e a máxima de 24.

No que concerne à consistência interna (fidelidade), o coeficiente de alfa de Cronbach encontrado por Scheier, Carver e Bridges (1994) foi de .78 para o LOT-R, indicando uma fidelidade aceitável. Quanto à fidelidade teste-reteste (estabilidade temporal) os mesmos autores referem uma correlação de teste-reteste aceitável para 4 meses ( $r=.68$ ), 12 meses ( $r=.60$ ), 24 meses ( $r=.56$ ) e 28 meses ( $r=.79$ ). Estas correlações indicam que o LOT-R exhibe estabilidade temporal a curto e longo prazo.

Relativamente à estrutura factorial, nos estudos de validação do LOT-R, Scheier, Carver e Bridges (1994 cit. por Faria, 1998) encontraram um factor a que chamaram “optimismo” e que explica 48.1% do total da variância. No entanto, num estudo de adaptação para a população francesa, do LOT-R, Sultan e Bureau, (1999), encontraram 2 factores: “o optimismo” composto pelos itens 1,4 e 10 (alfa =.66) e o “pessimismo” constituído pelos itens 3, 7 e 9 (alfa =.61). Os dois factores explicavam 60% da variância, enquanto um único factor explicava 40% da variância. Para o conjunto dos 6 itens, os autores encontraram um coeficiente alfa de .70; pelo que consideraram a possibilidade de recolha de três tipos de informação: *score* de optimismo, *score* de pessimismo e *score* global.

#### **Versão Portuguesa**

O Life Orientation Test –R (LOT-R) foi adaptado para a população portuguesa por Faria (1998). Para este estudo, a autora utilizou duas amostras: A1 (n=132) e A2

(n=790), sendo a amostra A1 constituída por alunos do ensino superior e a A2 constituída por alunos do ensino superior e população em geral.

Uma análise dos itens, no estudo referido anteriormente, revelou que o item 3 “Se alguma coisa de errado tiver que acontecer comigo, acontecerá de certeza”, não era um bom item, na medida em que este se correlacionava abaixo de .20 com a nota global ( $r=.17$ ), afectando negativamente o alfa de *Cronbach*, o que levou à eliminação do item. Assim, no que respeita à consistência interna, os resultados revelaram um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .70 para o total da escala, indicando uma fidelidade aceitável.

A autora verificou que quanto à fidelidade teste-reteste (estabilidade temporal), para um período de intervalo de 1 mês e meio, as correlações de *Pearson* eram de .55, indicando alguma estabilidade temporal a curto prazo.

Os estudos realizados para determinar a validade do instrumento, utilizando uma análise factorial, seguida de uma rotação ortogonal te tipo *varimax*, apenas revelaram 1 factor representando o optimismo, que explica 45.87% do total da variância (Faria, 1998). Segundo a autora, todos os itens ficaram representados neste factor, sugerindo uma dimensão autêntica, sem suspeita de outra.

### Características psicométricas do LOT-R na amostra em estudo

Para este estudo utilizou-se uma versão experimental traduzida por Fernandes e McIntyre (2005), na medida em consideramos necessário fazer uma revisão da tradução de acordo com a especificidade da população utilizada neste estudo. Esta versão inclui os 10 itens da versão original, contudo para avaliar o optimismo apenas são utilizados os itens que se encontram no Quadro 18.

**Quadro 18. Resultados da análise de consistência interna do LOT -R (N=74)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Em alturas difíceis, geralmente, espero o melhor	.64	.719
3. Se algo de mal me puder acontecer, acontecerá	.08	.847
4. Sou sempre optimista acerca do meu futuro	.63	.716
7. Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor	.63	.718
9. Raramente espero que as coisas boas me aconteçam	.65	.712
10. Em geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas más	.61	.730

Alfa de Cronbach =.78

Como já referimos anteriormente, 4 dos itens não são cotados (2 - Para mim, é fácil relaxar; 5 - Eu tenho muito prazer em estar com os meus amigos; 6 - Para mim, é importante manter-me ocupada; e 8 - Não me perturbo facilmente).

Num estudo acerca da fidelidade do instrumento (ver Quadro 18), verificou-se que o item 3 apresenta uma correlação com o total da escala muito baixa (.08) e, segundo Streiner e Norman (1989, cit. por Vaz Serra, 1994) e Nunnally (1978, cit. por Canavarro, 1999), as correlações devem ser superiores a .20, o que significa que o item 3 não é um bom item. Este resultado é semelhante ao do estudo de Faria, embora o item tenha uma apresentação diferente. Se este item for eliminado, o valor de alfa de Cronbach aumenta para .85. Assim, ao observarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala (Quadro 18 e Quadro 19), vemos que estas variam entre .08 e .65 (quando o item 3 é mantido) e entre .63 e .68 (quando retiramos o item 3). Como este item também não apresenta carga factorial adequada no estudo de validade efectuado (ver Quadro 19), optou-se pela sua eliminação. Assim, o coeficiente de consistência interna do LOT-R, na sua versão de 5 itens, versão utilizada neste estudo, foi de .85, o que indica elevada fidelidade.

**Quadro 19. Resultados da análise de consistência interna do LOT-R (sem o item 3) (N=74)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Em alturas difíceis, geralmente, espero o melhor	.66	.817
4. Sou sempre optimista acerca do meu futuro	.68	.810
7. Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor	.66	.815
9. Raramente espero que as coisas boas me aconteçam	.67	.814
10. Em geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas más	.63	.824

Alfa de Cronbach = .85

À semelhança dos estudos originais, a validade de constructo foi determinada através da análise factorial de componentes principais (ver Quadro 20). Procedeu-se ainda, à análise do Teste *Kaiser-Meyer-Olkin* e o Teste de Esfericidade de *Bartlett*, a fim de verificar se as características dos dados seriam adequadas para prosseguir com a análise factorial. A análise dos valores obtidos pelo KMO e pelo TEB confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial. Identificou-se um único factor que explica 62.32% da variância, para uma solução de 5 itens (sem o item 3), e

que explica 52.08% numa solução de 6 itens. Todos os itens ficaram representados nesta dimensão, à semelhança do que já tinha sido encontrado por Faria (1998) na adaptação do instrumento para a população portuguesa.

**Quadro 20. Estrutura factorial do LOT-R (N=74)**

<b>Itens</b>	<b>Componentes e carga factorial para solução de 6 itens</b>	<b>Componentes e carga factorial para solução de 5 itens</b>
4. Sou sempre optimista acerca do meu futuro	,808	,810
9. Raramente espero que as coisas boas me aconteçam	,794	,794
1. Em alturas difíceis geralmente espero o melhor	,788	,788
7. Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor	,786	,787
10. Em geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas más	,768	,769
3. Se algo de mal me puder acontecer, acontecerá	,115	—
Eigenvalue	3.125	3.116
Total da variância explicado	52.08%	62.32%

Em conclusão, o LOT-R, na nossa amostra de mulheres com cancro da mama, revelou boas características psicométricas, tanto a nível da fidelidade como de validade, à semelhança do que já havia sido encontrado por Faria (1998), com uma amostra de pessoas sem doença. Estes dados parecem indicar que este instrumento poderá continuar a ser utilizado para fins de investigação na área das emoções positivas, podendo ser uma escolha para populações com cancro.

### **6.5.7 - *Benefit Finding Scale (BFS)***

#### **Versão original**

O instrumento que avalia os benefícios encontrados pelos pacientes, utiliza a seguinte afirmação: “ter tido cancro da mama...”, cada item continua esta afirmação mencionando uma potencial contribuição positiva para a vida dos pacientes, na sequência da doença (Tomich & Helgeson, 2004). Os itens focam diversos potenciais benefícios, desde as relações sociais e familiares, prioridades de vida, espiritualidade, objectivos de carreira, auto-controlo e, capacidade de aceitar as circunstâncias. As opções de resposta utilizadas são “discordo totalmente” (0), “discordo um pouco” (1),



concordo um pouco” (2) e, “concordo totalmente”. Os sujeitos também têm a oportunidade de responder se um item não for aplicável. Os autores reduziram o número inicial de itens para 17, removendo itens que eram redundantes e que eram deixados sem resposta por um número significativo de sujeitos, ou ainda que eram referidos como confusos.

Os autores realizaram uma análise factorial para explorar a estrutura de resposta destes 17 itens. Extraíram-se 4 factores, mas outras informações sugerem que esta medida pode ser utilizada como uma unidade (Tomich & Helgeson, 2004). Os conteúdos dos itens dos 4 factores revelaram um primeiro factor claramente distinto organizado em torno da adaptação/ajustamento, mas sem se identificar nenhum outro factor de forma clara. Perante estes dados os autores da escala consideram que esta deve ser tratada como uma medida unidimensional. Também Urcuyo e col. (2005), no seu estudo com 230 pacientes com cancro da mama, realizaram uma análise factorial para estudar a estrutura de respostas aos 17 itens. Segundo estes autores, foram extraídos 4 factores, à semelhança do que aconteceu com Tomich e Helgeson (2004), concluindo ainda, que a medida pode ser tratada como unitária (tal como foi concluído por Tomich & Helgeson, 2004).

No estudo levado a cabo por Urcuyo e col. (2005), os autores encontraram um valor de alfa de .91, para uma média total da amostra de 36.58 e um desvio padrão de 10.66. No estudo de Antoni e col. (2001) com 100 mulheres, com cancro da mama, a receberem tratamentos recentemente, e a quem foi testada a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental (durante 10 semanas), encontrou-se um alfa de Cronbach de .95 para os benefícios percebidos.

Boyers e col. (2000) conduziram um estudo em que investigaram a validade convergente e discriminante desta medida. Assim, os autores concluíram que na sua amostra os benefícios percebidos se correlacionavam positivamente com o optimismo ( $r=.23$ ) e inversamente com o distress avaliada através do POMS ( $r=-.25$ ) e CES-D (*Self Reported Depression Scale*).

Relativamente à estabilidade temporal, no estudo de Antoni e col. (2001), verificou-se que os benefícios percebidos são relativamente estáveis no tempo (durante o período em que decorreu o estudo). Assim as correlações encontradas para os vários momentos de avaliação foram: entre a primeira avaliação e após a intervenção foi de .75, que por sua vez mostraram uma correlação de .91, com o follow-up aos 3 meses, sendo que este apresentou uma correlação de .87 com o follow-up aos 9 meses.

### Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa

Não tendo conhecimento de dados relativos a esta escala na população portuguesa, cremos que é a primeira vez que esta está a ser utilizada no nosso país.

Para o estudo de algumas características psicométricas desta escala no grupo de mulheres com cancro da mama, começou-se por investigar se a escala obedeciam a uma distribuição normal. Os resultados do teste K-S e a análise dos valores de curtose e assimetria permitem determinar que a distribuição é suficientemente próxima da distribuição normal, pelo que será tratada como tal,  $D(65)=.06, p=.20$ .

No que refere à consistência interna, encontrou-se um valor de alfa igual a .90, muito semelhante aos valores encontrados por outros autores (e.g. Antoni et al., 2001; Urcuyo et al., 2005), o que revela uma elevada consistência interna deste instrumento (Quadro 21).

A validade de constructo não pode ser determinada através de uma análise factorial, visto que o tamanho desta amostra ( $n=68$ ) não o permite.

**Quadro 21. Resultados das análises de consistência interna do BFS (N=68)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1 levou-me a aceitar melhor as coisas.	.56	.889
2 ensinou-me a adaptar-me às coisas que não posso mudar.	.50	.891
3 ajudou-me a aceitar as coisas como elas são.	.39	.894
4 fez com que a minha família ficasse mais unida.	.49	.891
5 tornou-me mais atento às questões familiares	.48	.892
6 ensinou-me que todas as pessoas tem um propósito na vida	.45	.892
7 mostrou-me que todas as pessoas precisam de ser amadas.	.67	.885
8 fez-me reconhecer a importância de planear o futuro da minha família.	.54	.890
9 tornou-me mais consciente e preocupada como futuro de todos os seres humanos	.52	.890
10 ensinou-me a ser paciente.	.51	.891
11 ensinou-me a lidar melhor com o stress e com os problemas.	.56	.889
12 fez-me conhecer pessoas, que se tornaram algumas nas minhas melhores amigas	.61	.887
13 contribuiu para o meu crescimento emocional e espiritual.	.59	.888
14 tornou-me mais consciente do amor e apoio que as outras pessoas me dão.	.60	.888
15 ajudou-me a perceber quem são os meus verdadeiros amigos.	.66	.885

**Continuação: Resultados das análises de consistência interna do BFS (N=68)**

16 ajudou-me a dar mais importância às prioridades, com um sentido mais profundo de propósito na vida.	.64	.886
17 ajudou-me a ser uma pessoa mais forte, mais capaz de lidar eficazmente com os desafios futuros que a vida me trouxe.	.51	.891
Alfa de Cronbach =.90		

Procedeu-se à avaliação da fidelidade teste-reteste, utilizando-se os dados obtidos no 3º momento de avaliação (durante o tratamento complementar) e no 4º momento de avaliação (fim do tratamento). Foi efectuada uma correlação de *Pearson* entre estes dois momentos. No quadro 20 encontra-se o resultado da análise de fidelidade teste-reteste. Verificando-se que a escala apresenta uma elevada estabilidade temporal, encontrando-se uma correlação de .93, o que vai de encontro aos valores encontrados em outros estudos (e.g. Antoni et al., 2001).

**Quadro 22. Resultados do teste-reteste do BFS (correlações *Pearson*) em mulheres com cancro da mama**

	Momento 4 (fim do tratamento)
BFS total Momento 3 (durante tratamento)	.926**

\*\* Correlação significativa a nível .00

## 6.6 - Procedimentos Estatísticos

Após a colheita dos dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 13.0).

Os dados relativos à caracterização da amostra, foram obtidos a partir da estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Para dar resposta às questões de investigação e hipóteses foram utilizados vários tipos de procedimentos e análises estatísticas, de acordo com o tipo de questão colocada.

Antes de passarmos ao teste de hipóteses, realizou-se o estudo da existência ou não dos corolários para aplicação da estatística paramétrica, ou seja, as variáveis dependentes serem de natureza intervalar, seguirem uma distribuição normal e existir homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à

dependente (Almeida & Freire, 1997). Para analisar a normalidade da distribuição das variáveis, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, assim como a determinação da assimetria e curtose das distribuições, tendo a maioria das variáveis apresentado uma distribuição normal ou suficientemente próxima da normal para serem tratadas como tal. Assim, para testar as hipóteses do estudo, recorreu-se à estatística paramétrica visto que os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância se encontravam respeitados.

Para determinar as covariantes a incluir nos testes de hipóteses, ou as variáveis sócio-demográficas ou clínicas a controlar e/ou estudar nas análises de regressão, foram feitas análises univariadas, com a respectiva variável como factor (t-testes ou ANOVAS), assim como coeficientes de correlação de *Pearson* para determinar a relação entre as variáveis psicossociais, clínicas e sócio-demográficas, e verificar quais as que tinham impacto nas variáveis psicossociais em estudo. Verificou-se que a idade e a escolaridade deveriam ser utilizadas como covariantes para as análises de variância usadas no teste das Hipóteses 1 e 2, e como variáveis a introduzir no primeiro bloco das regressões hierárquicas múltiplas, quando estas se relacionavam com a variável em estudo. A influência das variáveis clínicas era bastante limitada e foi estudada como parte de uma das hipóteses e análises exploratórias.

Para descrever a variabilidade do ajustamento psicossocial ao cancro da mama em termos de respostas emocionais, representações de doença, *coping* e funcionalidade ao longo do processo de tratamento (Hipótese 1), foram utilizadas análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas, para o momento 2 e o momento 3, controlando os valores do momento 1. Utilizou-se como factor a variável *tempo*, como covariantes a idade e a escolaridade e ainda os valores de *baseline* obtidos no momento 1, como variáveis dependentes utilizou-se as variáveis psicossociais previamente mencionadas (por exemplo a depressão). Na interpretação dos resultados considerou-se, além do efeito do factor Tempo, os efeitos de interacção Tempo X variável no momento 1, Tempo X idade, e Tempo X escolaridade. Para testar os efeitos de interacção, realizaram-se novas ANCOVAS com o Tempo e a variável de interacção como factores, e a idade e escolaridade como covariantes. Para o quarto momento de avaliação, não se realizaram estas análises devido ao tamanho da amostra neste momento ser reduzido (n=35). Optou-se apenas por fazer uma análise das médias para confirmar ou não a tendência que se verificava nos momentos anteriores.

Para testar a Hipótese 2, ou seja, analisar a significância das diferenças no ajustamento psicossocial, nos diversos momentos de avaliação, entre as mulheres submetidas a tumorectomia e as mulheres submetidas a mastectomia, foram utilizadas análises de covariância para medidas repetidas (vários momentos) tendo como factores, o tempo (T2 e T3) e o grupo (tipo de cirurgia) e, como variáveis dependentes as variáveis psicossociais (como por exemplo, a ansiedade e a depressão). Nesta hipótese voltou-se a utilizar a idade e a escolaridade como covariantes, bem como os valores do momento 1 (*baseline*), de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis psicossociais do momento 2 e momento 3. Na interpretação dos resultados, o enfoque foi no efeito do Grupo e do Tempo  $\times$  Grupo. Não se realizaram análises de covariância para o quarto momento de avaliação devido ao reduzido tamanho da amostra.

Para testar a Hipótese 3, que pretende analisar se as representações de doença e tratamento e o estado emocional são, simultaneamente, preditores significativos do *coping* e da funcionalidade, em cada momento de avaliação, começou-se por analisar as correlações entre as variáveis de forma a determinar quais as que deviam ser incluídas nos modelos de regressão. Para testar esta hipótese, utilizaram-se análises de regressão hierárquica múltipla (modelo *Enter*), em que as representações de doença e tratamento, e o estado emocional, em cada momento, entram como preditores, e o *coping* e a funcionalidade, como variáveis de resultado. No bloco 1 foram introduzidas a Idade ou a Escolaridade (no caso de serem correlatos significativos das variáveis em estudo), no bloco 2 foram introduzidas a Ansiedade e a Depressão (no momento que se está a estudar) e no bloco 3 as Representações de Doença e Tratamento (no momento que se está a estudar). Determinou-se o poder do teste e prosseguiu-se com a análise dos pressupostos para a aplicação das regressões múltiplas. O modelo de regressão linear múltipla pressupõe que as variáveis explicativas são linearmente independentes, isto é que não se verifica a multicolinearidade (Pestana & Gageiro, 2005). Assim, utilizou-se a estatística de *Durbin-Watson* para analisar a multicolinearidade e, ainda os valores do VIF e de Tolerância. De acordo com o que é recomendado na literatura (Pestana & Gageiro, 2005), quando os valores de VIF e tolerância ultrapassaram os pontos de corte recomendados, foram retiradas sub-escalas do IPQ-B que apresentavam correlações elevadas (acima de .50) com a Ansiedade e Depressão. Isto aconteceu mais frequentemente para as representações de doença “Resposta Emocional” e “Preocupação”. Esta redundância, foi assim resolvida, eliminando estas sub-escalas enquanto preditores. Houve também correlações elevadas entre a Ansiedade e

Depressão, o que motivou a combinação das duas variáveis no *score* total do HADS, estratégia também recomendada pelos peritos em análises de regressão múltipla. Procurou-se, assim, maximizar a variância única dos preditores e minimizar a variância partilhada.

Para analisar a Hipótese 4, que previa que as representações de doença e o estado emocional antes dos tratamentos (cirurgia e tratamentos complementares) fossem preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia ou durante os tratamentos, à semelhança do que ocorreu com a hipótese 3, recorreu-se a análises de regressão hierárquica múltipla (modelo *Enter*), em que a idade, a escolaridade, as representações de doença e o estado emocional do momento 1 (pré-cirurgia) entram como preditores, e o *coping* e a funcionalidade nos momentos 2 e 3, como variáveis de resultado. Não se avaliou o momento 4 devido ao tamanho reduzido da amostra nesse momento. No bloco 1 foram introduzidas a idade e a escolaridade (quando estas variáveis se correlacionam significativamente com as variáveis de resultado), no bloco 2 entraram as variáveis emocionais no momento 1 (ansiedade e depressão) e no bloco 3 as representações de doença no momento 1, que apresentavam correlações significativas com as variáveis de resultado. Para o teste desta hipótese, focámos os resultados referentes aos blocos 2 e 3. Analisou-se igualmente os pressupostos para a aplicação das regressões múltiplas. Surgiram os problemas de colinearidade referidos atrás (Hipótese 3) que foram resolvidos usando os procedimentos já descritos.

No que refere à Hipótese 5, que previa que o optimismo fosse um preditor significativo do ajustamento psicossocial do cancro da mama ao longo do processo de tratamento. Esta hipótese encontra-se sub-dividida em duas alíneas. Na alínea a) previa-se que o optimismo fosse um preditor significativo do estado emocional e das representações de doença após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. Para testar esta sub-hipótese, utilizaram-se as análises de regressão múltipla (modelo *Enter*), em que no bloco 1 foram introduzidas a idade e a escolaridade (quando correlatos da variável de resultado), no bloco 2 a Depressão no momento 1 e no bloco 3 o Optimismo. A Depressão 1 foi controlada, devido às correlações elevadas entre a Depressão 1 e o Optimismo; o estado emocional e as representações de doença e tratamento, entraram como variáveis de resultado. Na alínea b) previa-se que o optimismo fosse um preditor do *coping* e da funcionalidade, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. Para testar esta sub-hipótese, utilizaram-se as análises de regressão múltipla (modelo *Enter*), em que no bloco 1 introduziram-se igualmente as

variáveis demográficas, no bloco 2 o estado emocional no T2 ou T3, e no bloco 3 o optimismo. O *coping* e a funcionalidade nos momentos T2 ou T3 foram as variáveis de resultado. Para o estudo desta hipótese só utilizamos o momento 2 e o momento 3 de avaliação, porque a funcionalidade só começou a ser avaliada após a cirurgia (momento T2) e porque o número de sujeitos no momento T4 (final dos tratamentos) era reduzido, pelo que não seria válido efectuar as regressões hierárquicas múltiplas. Com carácter exploratório, testou-se ainda o possível papel mediador do estado emocional na relação entre o optimismo e as representações de doença, o *coping* ou a funcionalidade. Com esse efeito, realizaram-se novas análises de regressão em que se inverteu a ordem dos preditores optimismo e estado emocional. Considerou-se um efeito de mediação parcial pelo estado emocional quando o efeito do optimismo diminuía quando controlado o estado emocional, e de mediação total, quando o efeito do optimismo deixava de ser significativo quando controlado o estado emocional. Esta análise pressupunha que o estado emocional era um preditor significativo da variável de resultado (Abbad & Torres, 2002).

A Hipótese 6, refere-se aos benefícios percebidos e subdivide-se em duas sub-hipóteses. A alínea a) previa que os benefícios percebidos aumentassem no tempo e, para a testar recorreu-se a testes de análise de variância para medidas repetidas (ANOVAS), tendo como factor o tempo e como variável dependente os benefícios percebidos. No sentido de dar resposta à alínea b) que prevê que os benefícios percebidos sejam um preditor significativo do estado emocional, *coping* e funcionalidade durante os tratamentos complementares, recorreu-se a análises de regressão múltiplas, em que as variáveis sócio-demográficas (quando correlatos da variável de resultado), o estado emocional (no momento 3) e os benefícios percebidos (no momento 3) entram como preditores e o *coping* e a funcionalidade como variáveis de resultado. No primeiro bloco entraram as variáveis sócio-demográficas se eram preditores relevantes para a variável de resultado, no segundo bloco, o estado emocional se tinha sido preditor significativo em hipóteses anteriores, e no 3º bloco os benefícios percebidos.

As análises exploratórias visavam investigar o efeito da idade e escolaridade, e das variáveis clínicas, estatuto da menopausa e estágio da doença, nas variáveis psicossociais estudadas. Relativamente às variáveis sócio-demográficas, analisámos o papel da idade e escolaridade enquanto preditores das variáveis psicossociais em estudo, ao nível do estado emocional, representações de doença, *coping*, funcionalidade,

optimismo e benefícios percebidos. As variáveis sócio-demográficas, entraram no primeiro bloco das análises de regressão usadas para testar as hipóteses do estudo, tendo-se examinado o seu papel preditor destas variáveis psicossociais. Nas situações em que não tinham sido feitas análises dos efeitos da idade e escolaridade nas variáveis psicossociais, estes efeitos foram testados por meio de ANOVAS com a variável sócio-demográfica como factor, tendo sido feitas análises *post-hoc* de Bonferroni quando o F apresentou significância estatística ( $p \leq .05$ ). Para estudar a influência das variáveis clínicas, no ajustamento ao cancro da mama, foram utilizadas análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas, tendo como factores o tempo e o estágio da doença ou o tempo e o estatuto de menopausa e, como variáveis dependentes as variáveis psicossociais. Utilizaram-se, ainda, a escolaridade e a idade como covariantes, bem como a variável psicossocial em estudo, no momento 1 de avaliação (*baseline*). O enfoque foi nos efeitos de interacção do Tempo X variável clínica. Quando se estudou o impacto destas variáveis em cada momento, recorreu-se a ANCOVAS com cada variável clínica como factor, as variáveis demográficas e o estado emocional no momento 1, como covariantes.





## **CAPÍTULO VII**

---

### **Apresentação dos Resultados**



Os resultados que se apresentam de seguida estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação que orientam este estudo, bem como a testar as hipóteses previamente formuladas. Também serão apresentados os resultados referentes às análises exploratórias realizadas. Antes da apresentação do teste de hipóteses serão descritos os dados referentes às estatísticas descritivas nas variáveis psicossociais estudadas, no primeiro momento de avaliação, de modo a podermos compreender qual o ponto de partida destas pacientes nestas variáveis, isto é, caracterizando estas pacientes no momento da pré-cirurgia. Estes dados permitirão compreender melhor os resultados dos testes de hipóteses, assim como as potenciais influências do estado emocional, representações e funcionalidade das pacientes, neste primeiro momento, e a sua evolução ao longo do tempo.

A interpretação dos resultados será efectuada no capítulo seguinte dedicado à discussão dos mesmos. Os resultados serão apresentados em termos de três grupos de variáveis: Variáveis emocionais (depressão e ansiedade), cognitivas (representações de doença e *coping*) e funcionalidade (Hipóteses 1 a 6). Para a Hipótese 5, incluiremos ainda a variável de personalidade optimismo, e para a Hipótese 6, a variável benefícios percebidos.

## **7.1 - Caracterização Psicossocial da Amostra no Momento da Pré-cirurgia**

Seguidamente, apresentam-se as estatísticas descritivas das variáveis psicossociais com vista à caracterização e constituição de uma medida de base, das mulheres que participaram no estudo.

### **7.1.1 - Variáveis Emocionais**

A observação do Quadro 23, permite concluir que as mulheres com cancro da mama que participaram neste estudo, no momento da pré-cirurgia, se encontravam mais ansiosas do que deprimidas. Os valores médios encontrados, segundo Zigmond & Snaith (1994), são indicadores de uma ansiedade grave e com significado clínico.

**Quadro 23. Médias e desvios padrão para Ansiedade e Depressão no momento 1 (N=74)**

HADS	M	DP	Mínimo	Máximo
Ansiedade1	16.49	4.13	0	20
Depressão1	6.01	4.30	0	15

Para compreender melhor esta informação, dividimos os grupos em clínico (n= 13) e não clínico (n= 22), para a depressão e para a ansiedade (grupo clínico: n=58; grupo não clínico: n=16), tendo como indicadores de ansiedade e depressão clínica os valores  $\geq 8$ ), ponto de corte indicado pelos autores da escala. Procurou-se perceber qual a evolução clínica destas pacientes em termos de ansiedade e depressão, ao longo do processo de tratamento (ver Quadro 24 ). Este aspecto será mais aprofundado no teste da Hipótese 1.

**Quadro 24. Percentagem de casos clínicos e não clínicos para cada momento de avaliação**

HADS	Momento 1 n = 74	Momento 2 n = 74	Momento 3 n = 68	Momento 4 n = 35
<i>Ansiedade</i>				
Clínicos	78.4	60.0	50.0	37.1
Não Clínicos	21.6	39.2	50.0	62.9
<i>Depressão</i>				
Clínicos	37.8	37.8	20.6	20.0
Não Clínicos	62.2	62.2	79.4	80.0

Como pode ser observado no Quadro 24, no momento da pré-cirurgia, as mulheres apresentam percentagens maiores de ansiedade clínica (78.4%) do que depressão clínica (37.8%), tendência que se mantém ao longo dos quatro momentos de avaliação. Isto indica que a maioria das pacientes estão ansiosas nos momentos de pré-cirurgia e 1 mês após a cirurgia, permanecendo muitas pacientes com ansiedade clínica ao longo de todo o processo de tratamento.

### 7.1.2 - Variáveis Cognitivas

#### *Representações de doença*

No Quadro 25, que caracteriza as representações acerca da doença, podemos observar que o valor médio mais elevado diz respeito ao Controlo do Tratamento. Esta sub-escala permite avaliar o grau de confiança, na eficácia dos tratamentos. Os resultados indicam que, na generalidade, este grupo de mulheres acredita que os

tratamentos propostos vão ser eficazes para ajudar a sua doença. Outra sub-escala que apresenta valores médios elevados é a Preocupação. Esta sub-escala permite avaliar qual o grau de preocupação com a doença, indicando que estas pacientes estão bastante preocupadas com a sua doença. A sub-escala respeitante à Resposta Emocional, procura avaliar em que medida a doença afecta emocionalmente a paciente (ex: se a faz sentir assustada, deprimida, zangada, etc.) e, como pode ser observado no Quadro 25, os valores médios para esta sub-escala indicam que as mulheres percebem que a doença as tem afectado a nível emocional, o que seria previsível dado que encontramos valores para o HADS que indicam justamente que a dimensão emocional está comprometida, nestas pacientes. Quanto à Duração da doença, em média, estas mulheres acreditam que a sua doença vai durar algum tempo, isto é, tem alguma cronicidade. No que respeita à Compreensão da doença, as mulheres percebem que têm uma compreensão moderada da sua doença.

**Quadro 25. Médias e desvios padrão para as representações/cognições de doença no momento1 (N=74)**

<b>IPQ-B</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Consequências</b>	1.74	1.15	0	4
<b>Duração</b>	2.18	1.08	0	4
<b>Controlo Pessoal</b>	1.92	1.14	0	4
<b>Controlo Tratamento</b>	3.27	.85	1	4
<b>Identidade</b>	.93	.94	0	3
<b>Preocupação</b>	2.72	1.12	0	4
<b>Compreensão</b>	2.11	1.27	0	4
<b>Resposta Emocional</b>	2.27	.96	0	4

Os valores médios mais baixos foram referentes às sub-escalas Controlo Pessoal, Consequências e Identidade. Assim, este grupo de mulheres quando questionada acerca do grau de controlo que sente sobre a sua doença, considera que tem um controlo pessoal tendencialmente baixo sobre esta. No momento da pré-cirurgia, as mulheres tendem a considerar que a doença afecta pouco as suas vidas (Consequências), o que vai de encontro ao facto de no momento da pré-cirurgia, as pacientes relatarem poucos sintomas associados à sua doença (Identidade).

### *Coping*

O Quadro 26, mostra que no momento da pré-cirurgia, a estratégia de *coping* predominante, neste grupo de mulheres, é a Preocupação Ansiosa, o que poderia ser esperado tendo em conta os resultados encontrados no HADS. Seguem-se como estratégias de *coping* o Espírito de Luta, o Evitamento Cognitivo e o Fatalismo, também com valores elevados. O Desânimo-Fraqueza, no momento da pré-cirurgia, apresenta valores médios.

**Quadro 26. Médias e desvios padrão para o *coping* no momento1 (N= 74)**

IPQ-B	M	DP	Mínimo	Máximo
Desânimo-Fraqueza	14.23	4.96	8	31
Preocupação Ansiosa	23.49	5.33	9	32
Espírito de Luta	13.09	1.91	8	16
Evitamento Cognitivo	12.67	2.18	6	16
Fatalismo	16.08	2.19	11	20

### **7.1.3 – Optimismo**

Relativamente à variável de personalidade Optimismo, a observação do Quadro 27, permite concluir que as pacientes com cancro da mama que participaram no nosso estudo, são maioritariamente optimistas, o que neste caso significa que tendem a ter uma expectativa generalizada de que o futuro trará coisas positivas, apesar da condição de doença.

**Quadro 27. Média e desvio padrão para o Optimismo no momento 1 (N=74)**

LOT-R	M	DP	Mínimo	Máximo
Optimismo	14.04	5.55	0	24

Resumidamente, podemos caracterizar estas pacientes, no momento da pré-cirurgia (*Baseline*) de acordo com a resposta emocional, representações de doença, as estratégias de *coping*, o optimismo e a funcionalidade (após a cirurgia). Relativamente à resposta emocional, estas pacientes sentem que a doença tem afectado negativamente o seu estado emocional e apresentam uma ansiedade elevada. A estratégia de *coping* predominante é a “Preocupação Ansiosa”; contudo, estas pacientes também estão a adoptar outras estratégias de *coping*. Quanto à dimensão da personalidade, avaliada

neste estudo, podemos considerar que este grupo de mulheres é tendencialmente otimista.

No Quadro 28, apresentam-se as correlações significativas entre as escalas utilizadas no primeiro momento de avaliação e que serão consideradas aquando da discussão dos resultados. Podemos verificar que se encontram correlações moderadas (Bryman & Cramer, 2003) entre o estado emocional e algumas estratégias de *coping*, como o desânimo-fraqueza, preocupação ansiosa, e o espírito de luta. As crenças de doença como as consequências e a resposta emocional também se encontram moderadamente correlacionadas com o desânimo-fraqueza e a preocupação ansiosa, sendo que a compreensão e o espírito de luta e a preocupação e a preocupação ansiosa também apresentam este padrão de correlação. O optimismo apresenta uma correlação moderada com a depressão e com o espírito de luta e correlações baixas com a ansiedade, desânimo-fraqueza e o fatalismo.

**Quadro 28 – Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no primeiro momento de avaliação – T1 (N =74)**

	Ans	Dep	DF	PA	EL	EC	F
Opt	-.33**	-.57**	-.36**	-	-.55**	-	-.28*
Ans	-	.61**	.47**	.68**	-.36**	-	-
Dep	-	-	.64**	.59**	-.58**	-.23*	-
Co	-	-	.49**	.58**	-.29*	-	-
Dr	-	-	-	-	-.33**	-	-
Cp	-	-	-	-	.42**	-	-
Ct	-	-	-.36**	-	.37**	-	-
Id	-	-	.29*	-	-	-	-
Pç	-	-	.35**	.64**	-	-	-
Cç	-	-	-.28*	-.31**	-	-	-
Re	-	-	.45**	.58**	-	-.24*	-

Legenda: Opt – Optimismo; Ans – Ansiedade; Dep – Depressão; Co – Consequências; Dr – Duração; Cp – Controlo pessoal; Ct – Controlo tratamento; Id – Identidade; Pç – Preocupação; Cç – Compreensão; Re – Resposta emocional; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – PreocupaçãoAnsiosa; EL – Espírito luta; EC – Evitamento Cognitivo; F – Fatalismo.



## 7.2 - Resultados dos Testes de Hipóteses

### 7.2.1 - Variabilidade no ajustamento psicossocial ao longo do processo de tratamento

A Hipótese 1 previa que o ajustamento psicossocial ao cancro da mama variasse ao longo do processo de tratamento (planeamento cirúrgico, pós-cirurgia, durante o tratamento complementar e no final dos tratamentos), em termos de respostas emocionais, representações de doença, *coping* e funcionalidade.

Esta hipótese foi testada recorrendo a testes paramétricos de análises de medidas repetidas para dois momentos (T2 e T3) e para três momentos (T2, T3 e T4), controlando os valores do momento 1. A opção de analisar os dois primeiros momentos em separado da totalidade dos momentos deveu-se ao facto de no último momento contarmos apenas com um n=35 devido à necessidade de interromper o estudo (ver procedimentos). Assim, para analisar a significância das diferenças na variabilidade do ajustamento ao longo do tratamento foram utilizadas análises de covariância para medidas repetidas, tendo como factor o Tempo e, como variáveis dependentes as variáveis psicossociais (como por exemplo a ansiedade e a depressão). Utilizámos ainda a escolaridade e a idade como covariantes, uma vez que numa análise preliminar dos dados, estas variáveis se mostraram como correlatos importantes das variáveis psicossociais estudadas. A literatura científica também tem encontrado um impacto significativo destas variáveis sociodemográficas na experiência do ajustamento psicossocial ao cancro da mama (Mor et al., 1994; Schover, 1994; Staton et al., 1998; Vinokur et al., 1989; Wang et al., 1999). Assim, as variáveis idade e escolaridade foram utilizadas como concomitantes (covariantes) no teste desta hipótese, de modo a analisar a variância no ajustamento ao longo do tratamento, controlando a influência da idade e escolaridade. As variáveis do momento 1 entram ainda como covariantes (ex: ansiedade momento 1) para se controlar o ponto de partida destas pacientes em termos do seu potencial efeito na sua evolução no ajustamento psicossocial ao longo do tempo.

Como já referimos, os resultados apresentam-se em termos de três grupos de variáveis: Variáveis emocionais (depressão e ansiedade - HADS), cognitivas (representações/crenças de doença - IPQ-B e *coping* - Mini-MAC ) e, funcionalidade (SIP).

### Variáveis Emocionais

Os resultados referentes ao teste da Hipótese 1 para as variáveis avaliadas pelo HADS (ansiedade e depressão), referentes aos momentos de avaliação 2 e 3, encontram-se no Quadro 29.

Os resultados da ANCOVA medidas repetidas para a ansiedade indicam que o factor Tempo não é significativo ( $F=1.94$ ;  $p=.17$ ), não se verificando variações significativas ao longo dos 2 momentos nesta variável. Estes resultados foram independentes da idade e nível de escolaridade das pacientes (Interacção Tempo  $\times$  Idade:  $F=2.26$ ;  $p=.14$ ; Interacção Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F= 2.31$ ;  $p=.13$ ).

**Quadro 29. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas (T2, T3) para as variáveis do HADS, tendo o Tempo como factor e a Idade, Escolaridade, Ansiedade 1 e Depressão 1 como covariantes (n=68)**

HADS	T2		T3		F	p
	M*	EP*	M	EP		
<i>Ansiedade</i>						
Tempo	8.54	.34	7.41	.46	1.94	.17
<i>Depressão</i>						
Tempo	5.91	.02	4.97	.40	.03	.87
Tempo $\times$ Depressão1					29.07	.00

\* M = Média corrigida; EP = Erro Padrão

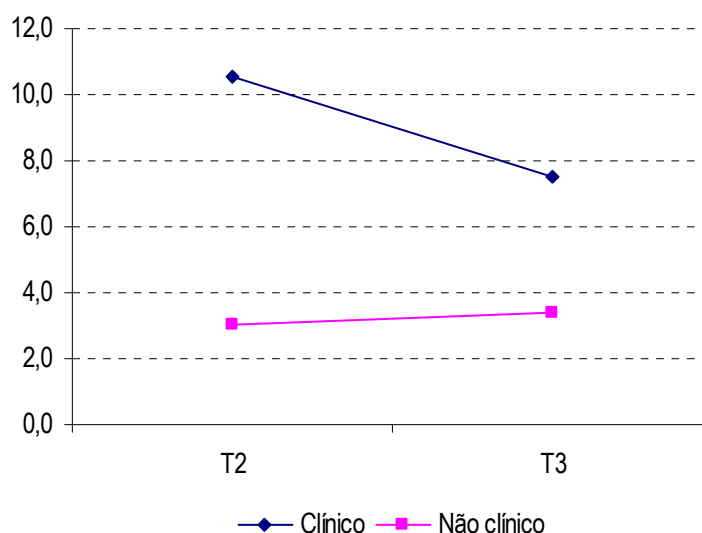
Para a Depressão, também não se verificou um efeito significativo do factor Tempo ( $F=.03$ ;  $p=.87$ ), nem um impacto significativo da idade ou nível de escolaridade (Interacção Tempo  $\times$  Idade:  $F=1.39$ ;  $p=.24$ ; Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=.83$ ;  $p=.37$ ). Verificou-se um efeito de interacção significativo para Tempo  $\times$  Depressão 1 ( $F=29.07$ ;  $p=.00$ ), o que indica que a variação da depressão no tempo depende do valor inicial de depressão. Para melhor interpretar este efeito de interacção, realizou-se uma nova ANCOVA mas com a Depressão 1 como Factor, categorizada em dois grupos: clínico ( $n=26$ ) e não clínico ( $n=42$ ), tendo como medidas repetidas os restantes 2 e 3 momentos de avaliação, e como covariantes a idade e nível de escolaridade (Quadro 30).

**Quadro 30. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas (T2,T3) para a Depressão, tendo como factores o Tempo e a Depressão (clínico/não clínico) e como covariantes a Idade e a Escolaridade (n=68)**

HADS	T2		T3		F	P
Depressão	M	EP	M	EP		
Tempo × Depressão					13.91	.00
Clínica	10.55	.42	7.51	.65		
Não Clínica	3.04	.33	3.40	.51		

Os resultados confirmam o efeito da interacção com o tempo. Verifica-se que enquanto no grupo não clínico a Depressão se mantém mais ou menos estável ao longo do tempo, não se comprovando a hipótese 1, para o grupo clínico, a H1 confirma-se pois verifica-se uma diminuição significativa da Depressão no tempo (ver Gráfico 1)

**Gráfico 1. Variação da Depressão no tempo (pós-cirurgia e tratamento complementar) para os grupos clínico e não clínico (n=68)**



O Quadro 31 mostra os resultados das ANCOVAS medidas repetidas para a Ansiedade e Depressão nos três momentos de avaliação. Devido ao tamanho reduzido da amostra e a diminuição do poder deste teste, os resultados deverão ser interpretados com cautela, uma vez que se reportam a apenas metade da amostra. Estes serão utilizados no sentido de verificar no momento 4 se o padrão de resultados obtido até ao momento 3 se continua a observar. Assim, os efeitos de interacção com as covariantes idade e escolaridade não serão apresentados, dado o reduzido n das sub-amostras.

No que respeita à Ansiedade, os resultados indicam que o factor Tempo não é significativo ( $F=.26$ ;  $p=.77$ ), não se verificando variações significativas ao longo dos 3 momentos nesta variável, tal como se tinha verificado para os primeiros dois momentos.

**Quadro 31. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas (T2, T3, T4) para as variáveis do HADS, tendo o Tempo como factor e a Idade, Escolaridade, Ansiedade 1 e Depressão 1 como covariantes (n=35)**

HADS	T2		T3		T4		F	p
	M	EP	M	EP	M	EP		
<i>Ansiedade</i>								
Tempo	8.34	.45	7.40	.62	6.49	.52	.26	.77
<i>Depressão</i>								
Tempo	5.57	.00	4.94	.57	4.34	.49	.01	.99
Tempo × Depressão1							10.50	.00

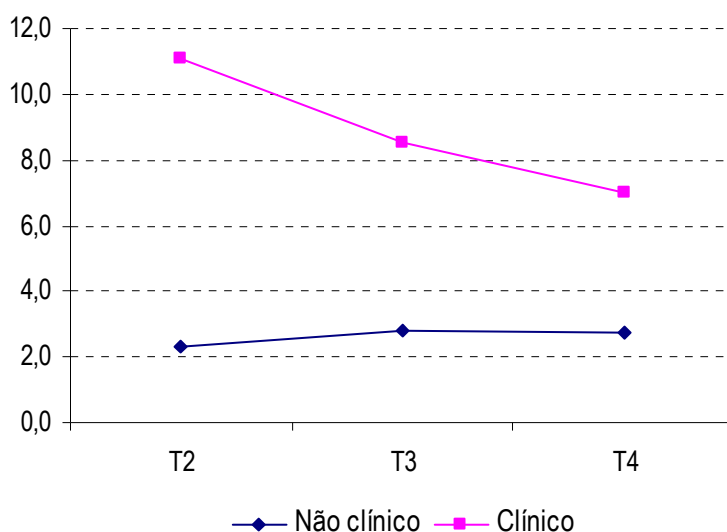
Para a Depressão, também não se verificou um efeito significativo do factor Tempo ( $F=.01$ ;  $p=.99$ ). Verificou-se um efeito de interacção significativo para Tempo × Depressão 1 ( $F=10.50$ ;  $p=.00$ ), indicando que a variação da Depressão ao longo do tempo depende do seu valor no momento 1.

Não se efectuaram ANCOVAS para a recodificação da Depressão em grupo clínico e não clínico, devido ao tamanho reduzido da amostra. No entanto, a análise das médias ao longo do tempo para a severidade da Depressão revela o mesmo padrão que para os momentos 2 e 3 (ver Quadro 32 e Gráfico 2).

**Quadro 32. Médias e Erros Padrão da Depressão ao longo do tempo para os grupos clínico e não clínico (n=35)**

HADS	T2		T3		T4	
	M	EP	M	EP	M	EP
<i>Depressão</i>						
Clínica	11.08	.58	8.54	1.00	7.01	.89
Não Clínica	2.31	.44	2.81	.76	2.76	.67

**Gráfico 2. Variação da Depressão no tempo (pós-cirurgia, tratamento complementar e final dos tratamentos) para os grupos clínico e não clínico (n=35)**



De seguida apresentam-se os Quadro 33 e Quadro 34 com as correlações significativas entre os instrumentos utilizados no momento 2 e 3, que serão consideradas na discussão dos resultados.

**Quadro 33. Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no segundo momento de avaliação – T2 (N =74)**

	DF	PA	EL
Ans	.64**	.67**	-.33**
Dep	.53**	.53**	-.39**

Legenda: Ans – Ansiedade; Dep – Depressão; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – Preocupação Ansiosa; EL – Espírito Luta.

**Continuação: Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no segundo momento de avaliação – T2 (N =74)**

	Co	Dr	Cp	Ct	Id	Pç	Cç	Re
Ans	.52**	.48**	–	–	.37**	.53**	-.26*	.61**
Dep	.41**	.35**	–	–	–	.30**	-.43**	.36**
DF	.44**	.36**	-.26**	–	.23*	.48**	.43**	.35**
PA	.44**	.41**	–	–	.40**	.70**	-.42**	.53**
EL	–	-.29*	–	.43**	–	–	.31**	–
EC	.27*	–	–	–	–	–	–	–

Legenda: Ans – Ansiedade, Dep – Depressão, Co – Consequências; Dr – Duração; Cp – Controlo pessoal; Ct – Controlo tratamento; Id – Identidade; Pç – Preocupação; Cç – Compreensão; RE – Resposta Emocional; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – Preocupação Ansiosa; EL – Espírito Luta, EC – Evitamento Cognitivo

**Continuação: Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no segundo momento de avaliação – T2 (N =74)**

	Lc	CPs	Mb	TD	AR	AS	Eç	Al	Sn
Ans	.25*	–	–	–	–	–	.54**	–	–
Dep	.32**	–	.32**	–	–	.35**	.48**	.25*	–
DF	–	–	–	–	–	.23*	.46**	–	–
PA	.31**	–	–	–	.26*	–	.54**	–	–
EL	–	–	–	–	-.24**	–	-.34**	–	–
EC	–	–	–	–	–	–	–	–	.25*
Co	–	–	.38**	–	.23*	.35**	.40**	.40**	.26*
Dr	.28*	.26*	–	–	.27*	.32**	.46**	.28*	–
Id	.39**	.44*	.25*	.27*	.28*	–	.35**	.34**	.33**
Pç	–	–	–	–	–	–	.34**	–	–
Cç	–	–	–	-.28*	–	–	-.32**	–	–
Re	–	–	–	–	.24*	.40**	.43**	.24*	–

Legenda: Ans – Ansiedade; Dep – Depressão; Co – Consequências; Dr – Duração; Id – Identidade; Pç – Preocupação; Cç – Compreensão; RE – Resposta Emocional; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – PreocupaçãoAnsiosa; EL – Espírito luta; EC – Evitamento Cognitivo; Lc – Locomoção; CPs - Cuidados Pessoais; Mo – Mobilidade; TD – Tarefas Domésticas; AR – Actividades recreativas; AS – Actividades Sociais; Eç – Emoções; Al – Alerta; Sn – Sono.

No momento da pós-cirurgia, encontraram-se correlações moderadas entre o estado emocional e as estratégias de *coping* desânimo-fraqueza e a preocupação ansiosa. Também se encontraram correlações baixas a moderadas entre algumas crenças de doença, estado emocional, as estratégias de *coping* e funcionalidade. Encontrou-se uma correlação elevada entre a preocupação e a preocupação ansiosa. Salienta-se que as correlações entre as crenças de doença e a funcionalidade foram na sua generalidade baixas.

**Quadro 34. Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no terceiro momento de avaliação – T3 (N =68)**

	DF	PA	EL	EC	F
Ans	.63**	.74**	-.38**	-.27*	-.26*
Dep	.62**	.49**	-.39**	–	.31*

Legenda: Ans – Ansiedade; Dep – Depressão; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – PreocupaçãoAnsiosa; EL – Espírito luta; EC – Evitamento Cognitivo; F – Fatalismo.

**Continuação: Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no terceiro momento de avaliação – T3 (N =68)**

	Co	Dr	Cp	Ct	Id	Pç	Cç	Re
Ans	.61**	.43**	–	–	.34**	.62**	-.28*	.67**
Dep	.55**	.36**	-.35**	-.41**	–	.26*	-.35**	.45**
DF	.42**	.25**	–	-.34**	–	.53**	-.27**	.47**
PA	.54**	.35**	–	–	.39**	.76**	-.31**	.63**
EL	–	–	.27*	.42**	–	-.32**	.28*	-.34**
EC	–	–	–	–	–	–	–	.26*
F	–	–	.33**	.26*	–	–	–	–

Legenda: Ans – Ansiedade; Dep – Depressão; Co – Conseqüências; Dr – Duração; Cp – Controle pessoal; Ct – Controle tratamento; Id – Identidade; Pç – Preocupação; Cç – Compreensão; RE – Resposta Emocional; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – PreocupaçãoAnsiosa; EL – Espírito luta; EC – Evitamento Cognitivo; F – Fatalismo.

**Continuação: Correlações significativas de *Pearson* entre as escalas utilizadas no terceiro momento de avaliação – T3 (N =68)**

	Lc	CPs	Mb	AR	AS	Eç	Al	Sn	BFS
Ans	.34**	.44**	.50**	.33**	.45**	.61**	.39**	.30*	–
Dep	.39**	.49**	.56**	.32**	.48**	.43**	–	.24*	–
DF	.25*	–	.33**	–	.34**	.48**	–	–	–
PA	.38**	–	.41**	.34**	.37**	.55**	.30*	.29*	–
EL	–	.32**	–	–	–	-.36**	–	–	.27*
EC	–	–	–	–	–	.29*	.31*	–	.44**
Co	.26*	.39**	.59**	.42**	.48**	–	.35**	.37**	–
Dr	.35**	.33**	–	.25*	.35**	–	.31*	.27**	–
Cp	–	–	–	–	–	.47**	–	–	–
Id	.28*	.47**	.27*	.33**	–	.48**	.44**	–	–
Pç	.33*	.29*	.35**	–	.25*	.42**	.28*	.39**	–
Re	.30*	–	.32**	.30*	.49**	.30**	.37**	.24*	–

Legenda: Ans – Ansiedade; Dep – Depressão; Co – Conseqüências; Dr – Duração; Cp – Controle pessoal; Ct – Controle tratamento; Id – Identidade; Pç – Preocupação; Cç – Compreensão; RE – Resposta Emocional; DF – Desânimo-Fraqueza; PA – PreocupaçãoAnsiosa; EL – Espírito luta; EC – Evitamento Cognitivo; F – Fatalismo; Lc – Locomoção; CPs - Cuidados Pessoais; Mo – Mobilidade; TD – Tarefas Domésticas; AR – Actividades recreativas; AS – Actividades Sociais; Eç – Emoções; Al – Alerta; Sn – Sono; BFS – benefícios percebidos.

Durante os tratamentos complementares, foram encontradas correlações maioritariamente moderadas entre o estado emocional e as estratégias de *coping*; bem como correlações moderadas com algumas crenças de doença e funcionalidade. Encontraram-se correlações elevadas entre a ansiedade e a preocupação ansiosa, e entre o desânimo-fraqueza e a preocupação ansiosa. As correlações entre as crenças de doença e o *coping*, e entre as crenças e a funcionalidade, foram baixas a moderadas.

## Variáveis Cognitivas

No que refere às variáveis cognitivas, começaremos por analisar as crenças relacionadas com a doença e tratamento, seguindo-se a análise das estratégias de *coping* utilizadas pelas pacientes com cancro da mama.

### *Representações de Doença*

Os resultados das ANCOVAS medidas repetidas mostraram uma variação significativa no tempo para as representações de doença referentes ao Controlo de Tratamento, Identidade, Preocupação e Compreensão, como iremos descrever (ver Quadro 35).

Relativamente à percepção do impacto que a doença tem na vida das mulheres, *Consequências*, os dados indicam que o factor Tempo não é significativo ( $F=1.76$ ;  $p=.19$ ), não se verificando variações significativas ao longo dos dois momentos nesta variável. Estes resultados foram independentes da idade e nível de escolaridade das pacientes (Interacção Tempo  $\times$  Idade:  $F=1.50$ ;  $p=.23$ ; Interacção Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=.94$ ;  $p=.34$ ).

Para a percepção da *Duração* da doença, também não se verificou um efeito significativo do factor Tempo ( $F=.17$ ;  $p=.69$ ) nem um impacto significativo da idade ou nível de escolaridade (Interacção Tempo  $\times$  idade:  $F=.20$ ;  $p=.65$ ; Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=.01$ ;  $p=.93$ ).

Quanto à percepção de *Controlo Pessoal*, não se verifica um efeito significativo do factor Tempo ( $F=.03$ ;  $p=.86$ ) nem um impacto significativo da idade ou nível de escolaridade (Interacção Tempo  $\times$  idade:  $F=.00$ ;  $p=.70$ ; Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=.051$ ;  $p=.07$ ).

Os resultados para a percepção de *Controlo do Tratamento* revelam que o factor Tempo não apresenta um efeito significativo ( $F=1.12$ ;  $p=.29$ ). No entanto, encontrou-se uma interacção significativa do Tempo  $\times$  Controlo Tratamento 1 ( $F=7.13$ ;  $p=.01$ ), revelando que as mudanças no tempo referentes à percepção de controlo do tratamento dependem desta percepção no momento 1.



**Quadro 35. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas (T2, T3) para as representações de doença, tendo o Tempo como factor e a Idade, Escolaridade, e dimensões do IPQ-B no momento 1, como covariantes (n=68)**

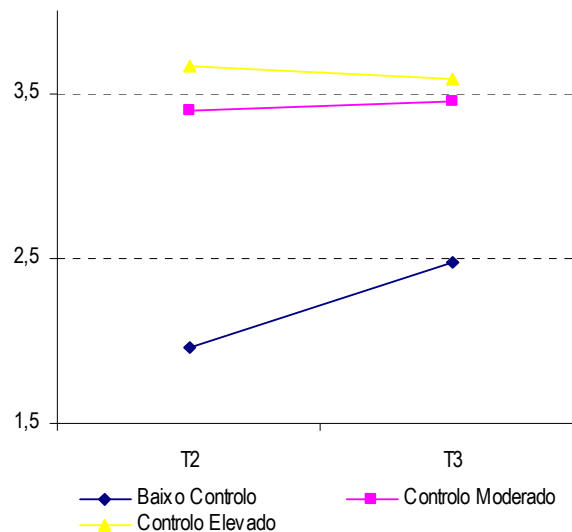
IPQ -B	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>Consequências</b>						
Tempo	1.94	.11	1.90	.12	1.76	.19
<b>Duração</b>						
Tempo	2.16	.12	2.18	.13	.17	.69
<b>Controlo pessoal</b>						
Tempo	2.10	.10	2.21	.10	.03	.86
<b>Controlo tratamento</b>						
Tempo	3.31	.91	3.37	.10	1.12	.29
Tempo × C.T. 1					7.13	<b>.01</b>
Tempo × escolaridade					4.40	<b>.04</b>
<b>Identidade</b>						
Tempo	1.27	.11	1.40	.11	5.66	<b>.02</b>
Tempo × Idade					5.39	<b>.02</b>
<b>Preocupação</b>						
Tempo	2.38	.12	2.35	.12	8.30	<b>.01</b>
Tempo × Preocup. 1					8.95	<b>.00</b>
Tempo × Idade					5.20	<b>.03</b>
<b>Compreensão</b>						
Tempo	2.19	.10	2.38	.10	6.62	<b>.01</b>
Tempo × Comp.1					5.72	<b>.02</b>
<b>Resposta emocional</b>						
Tempo	2.00	.10	1.97	.12	1.12	.29
Tempo × Escol.					9.66	<b>.00</b>

Para estudar o efeito de interacção, recodificou-se a variável Controlo do Tratamento 1 em três categorias segundo os pontos de corte, <2 baixo controlo; 3= controlo moderado e 4= controlo elevado; baixo controlo (n=10), controlo moderado (n=26) e controlo elevado (n=32), obtendo-se assim três sub-grupos. Foi realizada uma nova ANCOVA tendo como factores o tempo e o Controlo do Tratamento 1 recodificado, como covariantes a idade, escolaridade e, sendo as variáveis de resultado o Controlo do Tratamento 2 e 3. Os resultados confirmaram o efeito de interacção Tempo × Controlo do Tratamento 1 (F=3.09; p=.05) e uma análise das médias (Quadro 36 e Gráfico 3) mostra que para as pacientes com percepção de baixo controlo do tratamento, o controlo do tratamento aumenta (após a cirurgia e durante os tratamentos complementares) enquanto para os outros dois grupos se mantém estável no tempo.

**Quadro 36. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para o Controlo do Tratamento (T2, T3), tendo como factores o Tempo e o Controlo do Tratamento 1 (recodificado) e como covariantes a Idade e a Escolaridade(n=68)**

IPQ -B	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>Controlo Tratamento</b>						
Tempo × Controlo Tratamento1					3.09	.05
Baixo controlo	1.96	.24	2.47	.27		
Controlo moderado	3.40	.15	3.45	.17		
Controlo elevado	3.66	.13	3.59	.15		

**Gráfico 3. Variação do Controlo do Tratamento no tempo, para os momentos T2 e T3, em função do Controlo de Tratamento 1 (n=68)**

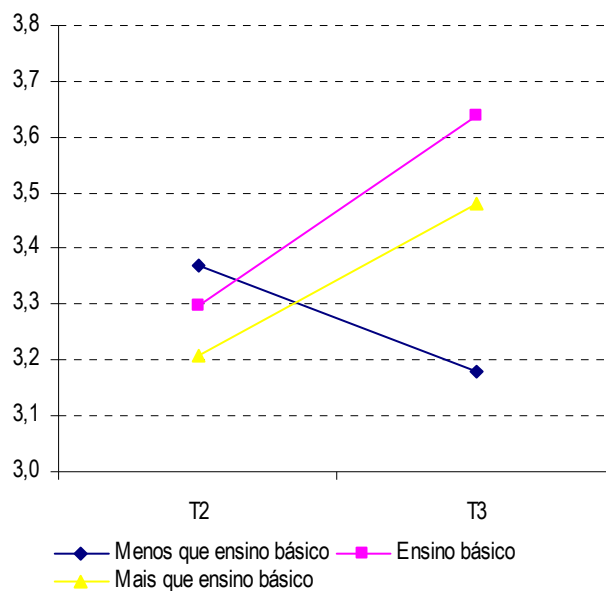


Em termos de efeitos sócio-demográficos (Quadro 35), verificou-se uma interacção significativa Tempo × Escolaridade ( $F=4.40$ ;  $p=.04$ ), o que indica que a variação da percepção do Controlo do Tratamento no tempo depende do nível de escolaridade. Para investigar o efeito de interacção recodificou-se a variável escolaridade em três categorias: (menos do que ensino básico:  $n= 34$ , ensino básico:  $n= 16$ , mais do que ensino básico:  $n= 18$ ). A ANCOVA com esta variável como factor confirma o efeito de interacção Tempo × Escolaridade ( $F=3.68$ ;  $p=.03$ ). Como se pode ver no Quadro 37 e no Gráfico 4, o Controlo do Tratamento nos momentos 2 e 3 aumenta nas pacientes com mais escolaridade mas diminui nas pacientes com menos do que o ensino básico.

**Quadro 37. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para o Controlo do Tratamento (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Escolaridade (recodificado) e como covariantes a Idade e o Controlo do Tratamento1 (n=68)**

IPQ-B <i>Controlo Tratamento</i>	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo × Escolaridade					3.68	.03
< ensino básico	3.37	.15	3.18	.16		
ensino básico	3.30	.20	3.64	.23		
> ensino básico	3.21	.19	3.48	.21		

**Gráfico 4. Variação do Controlo do Tratamento no tempo, para os momentos T2 e T3 (n=68)**



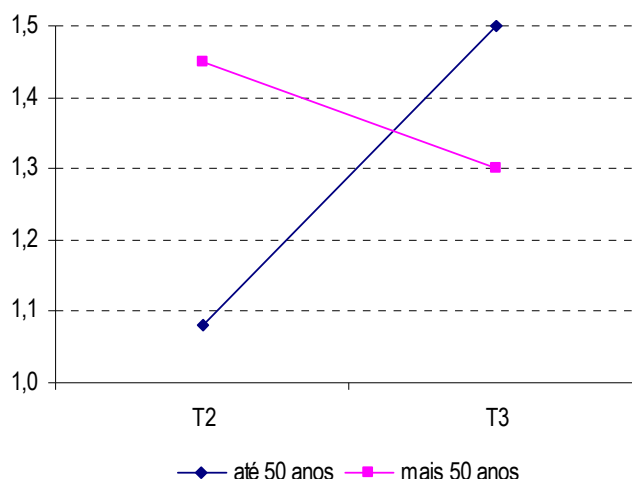
No que respeita à percepção de sintomas atribuídos à doença, *Identidade*, os resultados indicam que o factor Tempo é significativo ( $F=5.66$ ;  $p=.02$ ), verificando-se variações significativas ao longo dos 2 momentos nesta variável. Assim, existe um aumento da percepção de sintomas durante a realização dos tratamentos complementares. Não se verificou um efeito significativo para a interacção Tempo × Escolaridade ( $F=1.45$ ;  $p=.23$ ) bem como para a interacção Tempo × Identidade 1 ( $F=.00$ ;  $p=.99$ ). Verifica-se um efeito significativo para a interacção Tempo × Idade ( $F=5.39$ ;  $p=.02$ ), indicando que a variação no tempo depende da idade da paciente. Para analisar este efeito de interacção recodificou-se a variável idade em dois grupos ( $\leq 50$  anos:  $n=34$  e mais de 50 anos:  $n=34$ ). Pela análise do Quadro 38 e do Gráfico 5,

podemos verificar que, enquanto que para as mais novas a percepção dos sintomas aumenta ao longo do tempo, nas mais velhas diminui.

**Quadro 38. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Identidade (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Idade (recodificada) e como covariantes a Identidade 1 e a Escolaridade (n=68)**

IPQ-B <i>Identidade</i>	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo × Idade					7.15	.01
≤ 50	1.08	.16	1.50	.17		
> 50	1.45	.16	1.30	.17		

**Gráfico 5. Variação da percepção dos sintomas (Identidade) ao longo do tempo T2 e T3, em função da idade (n=68)**



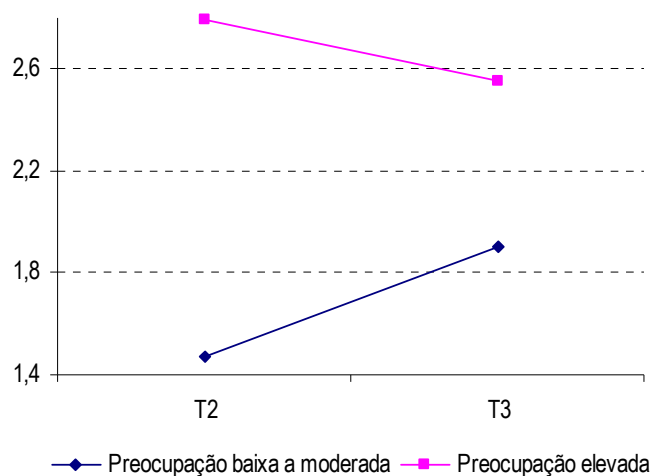
Os resultados referentes à *Preocupação* acerca da doença (Quadro 39), indicam um efeito significativo do factor Tempo ( $F=8.30$ ;  $p=.01$ ), verificando-se que o grau de *Preocupação* da mulher acerca da doença varia significativamente ao longo dos 2 momentos em que esta variável está a ser medida, diminuindo ligeiramente durante os tratamentos complementares. Também foram encontrados efeitos significativos para as interacções Tempo × *Preocupação1* ( $F=8.95$ ;  $p=.00$ ) e Tempo × Idade ( $F=5.20$ ;  $p=.03$ ), o que revela que a variação no tempo desta variável está dependente da *Preocupação* no momento 1 e da idade da mulher. Para estudar os efeitos da interacção Tempo × *Preocupação1*, recodificou-se a variável *Preocupação* em duas categorias, segundo os pontos de corte, preocupação baixa a moderada  $<3$  e preocupação elevada  $\geq 3$  (preocupação baixa a moderada:  $n=21$  e preocupação elevada:  $n=47$ ). Os resultados

para o efeito da interacção Tempo  $\times$  Preocupação1 ( $F=7.74$ ;  $p=.01$ ), revelam que as mulheres que estão menos preocupadas com a sua doença antes da cirurgia, tornam-se mais preocupadas à medida que o tratamento progride, enquanto que para as mulheres que estão mais preocupadas no momento da pré-cirurgia existe uma diminuição da preocupação com a doença (ver Quadro 39 e Gráfico 6).

**Quadro 39. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Preocupação (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Preocupação1 (recodificada), e como covariantes a Idade e a Escolaridade (n=68)**

IPQ-B Preocupação	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo $\times$ Preocupação1					7.74	.01
Preocupação Baixa a Moderada	1.47	.23	1.90	.23		
Preocupação elevada	2.79	.15	2.55	.15		

**Gráfico 6. Variação da Preocupação com a doença ao longo do tempo T2 e T3, em função da Preocupação 1 (n=68)**



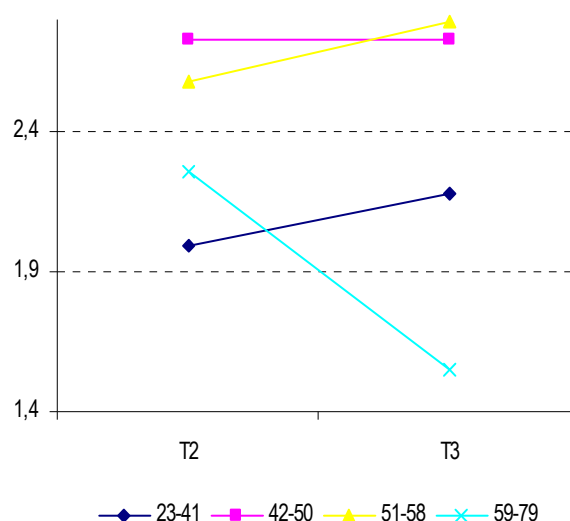
Para estudar o efeito de interacção Tempo  $\times$  Idade, recodificou-se a variável idade em quatro categorias (23-41:  $n=19$  , 42-50:  $n=15$  , 51-58:  $n=20$  , 59-79:  $n=14$  ). Os resultados confirmam o efeito de interacção ( $F=3.31$ ;  $p=.03$ ) (Quadro 40), podendo observar-se que uma variação no tempo para três dos sub-grupos (23-41, mais novas; 51-58, meia idade; e 59-79, mais velhas), não se verificando variação para o grupo dos 42 aos 50 anos. Além disso, verifica-se um padrão oposto entre as pacientes mais

velhas e os outros dois grupos, uma vez que para estas a preocupação diminui ao longo do tratamento e nas pacientes mais novas aumenta (ver Quadro 40 e Gráfico 7).

**Quadro 40. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Preocupação (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Idade (recodificada), e como covariantes a Preocupação 1 e a Escolaridade (n=68)**

IPQ-B Preocupação	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo × Idade					3.31	.03
23-41	1.99	.24	2.18	.23		
42-50	2.73	.25	2.73	.24		
51-58	2.58	.21	2.79	.20		
59-79	2.26	.27	1.55	.26		

**Gráfico 7. Variação da Preocupação com a doença ao longo do tempo T2 e T3, em função da Idade (n=68)**



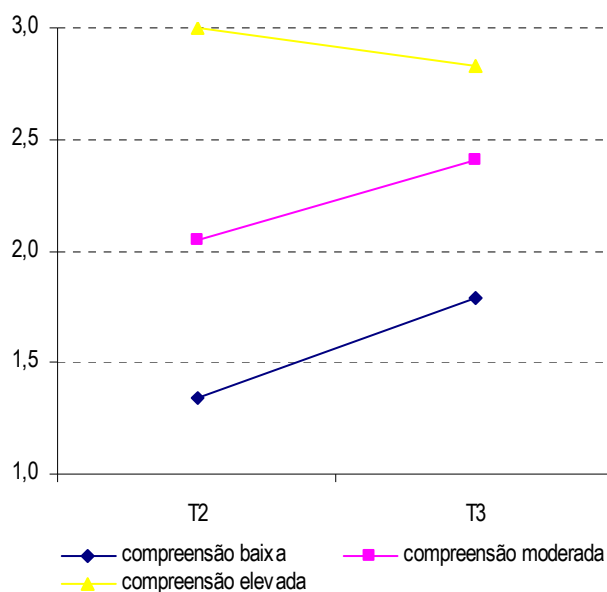
No que diz respeito à *Compreensão*, encontraram-se efeitos significativos para o Tempo ( $F=6.62$ ;  $p=.01$ ), indicando que existem mudanças significativas no tempo quanto à percepção que as mulheres têm acerca da Compreensão da sua doença, sendo esta Compreensão mais elevada durante os tratamentos complementares. Também foram encontrados resultados significativos para a interação Tempo × Compreensão 1 ( $F=5.72$ ;  $p=.02$ ), sugerindo que as mudanças ao longo do tempo dependem da Compreensão da doença antes da cirurgia. Para estudar este efeito de interação realizou-se uma ANCOVA com a variável Compreensão 1 recodificada como factor, usando como pontos de corte, compreensão baixa  $\leq 2$ , compreensão moderada =3 e compreensão elevada =4, (compreensão baixa:  $n=20$ , moderada:  $n=23$ , alta:  $n=25$ ). Os

resultados foram significativos para o efeito de interacção ( $F=3.82$  e  $p=.03$ ) e a análise das médias por sub-grupo (Quadro 41 e Gráfico 8) revela que a compreensão acerca da doença aumenta nas mulheres que antes da cirurgia tinham uma compreensão baixa ou moderada e diminui para as mulheres que antes da cirurgia já consideravam ter uma boa compreensão da doença.

**Quadro 41. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Compreensão (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Compreensão1 (recodificada), e como covariantes a Idade e a Escolaridade (n=68)**

IPQ-B Compreensão	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo × Compreensão1					3.82	.03
Compreensão baixa	1.34	.20	1.79	.21		
Compreensão moderada	2.05	.18	2.41	.19		
Compreensão elevada	3.00	.18	2.83	.19		

**Gráfico 8. Variação da Preocupação com a doença ao longo do tempo T2 e T3, em função da Compreensão 1 (n=68)**



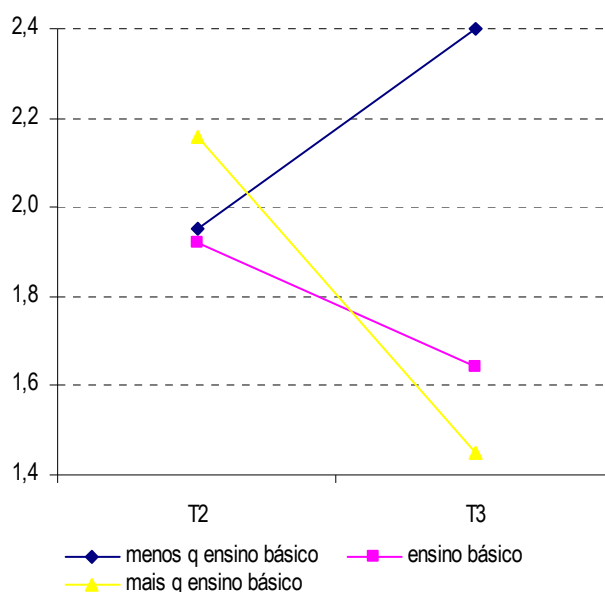
Quanto à *Resposta Emocional*, não se encontraram efeitos significativos para o Tempo ( $F=1.12$ ;  $p=.29$ ). No entanto, foram encontrados efeitos significativos para a interacção Tempo × Escolaridade ( $F=9.66$ ;  $p=.00$ ), o que é indicador de que as mudanças no tempo dependem do grau de escolaridade das pacientes. Não se verificou um efeito significativo para a interacção Tempo × Idade ( $F=.02$ ;  $p=.88$ ). Para estudar o efeito da interacção, efectuou-se a recodificação da escolaridade, como descrita

anteriormente, e repetiu-se a ANCOVA com a escolaridade e Tempo como factores, confirmando-se o efeito de interacção ( $F=8.47$ ;  $p=.00$ ). Como se pode observar no Quadro 42 e Gráfico 9, nas mulheres com baixa escolaridade, a resposta emocional aumenta com o tempo, enquanto nas mulheres com escolaridade básica ou superior diminui com o tempo.

**Quadro 42. Resultados da análise de covariância (ANCOVA) para medidas repetidas para a Resposta Emocional (T2, T3), tendo como factores o Tempo e a Escolaridade (recodificada), e como covariantes a idade e a Resposta Emocional 1 (n=68)**

IPQ-B <i>Resposta Emocional</i>	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo × Escolaridade					8.47	.00
< ensino básico	1.95	.17	2.40	.18		
ensino básico	1.92	.23	1.64	.26		
> ensino básico	2.16	.22	1.45	.24		

**Gráfico 9. Variação da Resposta Emocional ao longo do tempo T2 e T3, em função da escolaridade (n=68)**



Em relação às representações de doença ao longo dos três momentos de avaliação (incluindo o fim dos tratamentos complementares), o teste de hipótese foi feito apenas focando os efeitos da variável tempo, não se podendo avaliar os efeitos de interacção devido ao baixo número de sujeitos ( $n=35$ ), o que compromete o poder dos testes efectuados. Estes resultados devem ser interpretados com cautela dado o tamanho reduzido da amostra.



Os resultados das ANCOVAS medidas repetidas para as representações/crenças de doença nos 4 momentos de avaliação, revelam apenas um efeito significativo do Tempo para a variável Controlo do Tratamento ( $F=3.29$ ;  $p=.05$ ), verificando-se um aumento da percepção de controlo com o tempo. Não se verificaram efeitos significativos do Tempo nas restantes representações de doença (ver Quadro 43). No entanto, uma análise das médias até ao final do tratamento (T4), confirma o padrão existente no momento 3 para o aumento da Identidade e Compreensão com o tempo, e a diminuição da Preocupação e Resposta Emocional.

**Quadro 43. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para as representações de doença (T2, T3, T4), tendo o tempo como factor e a Idade, Escolaridade, e dimensões IPQ-B momento 1 como covariantes (n=35)**

IPQ -B	T2		T3		T4		F	p
	M	EP	M	EP	M	EP		
<b>Consequências</b>								
Tempo	2.03	.15	1.86	.16	1.69	.16	.55	.58
<b>Duração</b>								
Tempo	2.29	.17	2.34	.18	2.49	.19	1.61	.22
<b>Controlo pessoal</b>								
Tempo	2.17	.12	2.23	.15	2.23	.16	.41	.67
<b>Controlo tratamento</b>								
Tempo	3.35	.12	3.43	.13	3.46	.14	3.29	<b>.05</b>
<b>Identidade</b>								
Tempo	1.11	.13	1.23	.15	1.31	.18	.83	.45
<b>Preocupação</b>								
Tempo	2.34	.17	2.20	.16	2.09	.19	.07	.93
<b>Compreensão</b>								
Tempo	2.23	.13	2.43	.13	2.54	.14	1.68	.20
<b>Resposta emocional</b>								
Tempo	2.11	.11	1.89	.14	1.77	.16	.28	.76

### *Coping*

Seguidamente, apresentam-se os resultados das análises de covariância para medidas repetidas, referentes às estratégias de *coping* com o cancro da mama, avaliadas através do Mini-MAC, tendo como covariantes a idade, a escolaridade e o *coping* no momento da pré-cirurgia. Verificou-se variações significativas no *coping* ao longo do tempo para as estratégias Preocupação Ansiosa e Evitamento Cognitivo, conforme

passaremos a descrever. Os resultados foram não significativos para as estratégias Desânimo-Fraqueza, Espírito de Luta e Fatalismo.

Para a sub-escala *Desânimo-Fraqueza* (Quadro 44), os resultados indicam que o factor Tempo não é significativo ( $F=1.80$ ;  $p=.19$ ), não se verificando variações significativas ao longo dos 2 momentos, nesta variável. Estes resultados foram independentes da idade e nível de escolaridade das pacientes (Interação Tempo  $\times$  Idade:  $F=2.14$ ;  $p=.15$ ; Interação Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=.03$ ;  $p=.86$ ).

**Quadro 44. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para o Coping (T2, T3), tendo o tempo como factor e a Idade, Escolaridade e sub-escalas do Mini-MAC momento 1 como covariantes (n=68)**

Coping	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>Desânimo/Fraqueza</b>						
Tempo	16.60	.49	14.15	.53	1.80	.19
<b>Preocupação ansiosa</b>						
Tempo	21.78	.33	21.25	.51	5.12	.03
Tempo $\times$ Pre Ans 1					6.59	.01
<b>Espírito de luta</b>						
Tempo	13.15	.14	13.13	.17	.52	.47
<b>Evitamento cognitivo</b>						
Tempo	12.54	.22	12.13	.22	4.78	.03
<b>Fatalismo</b>						
Tempo	16.02	.19	15.93	.19	1.29	.26

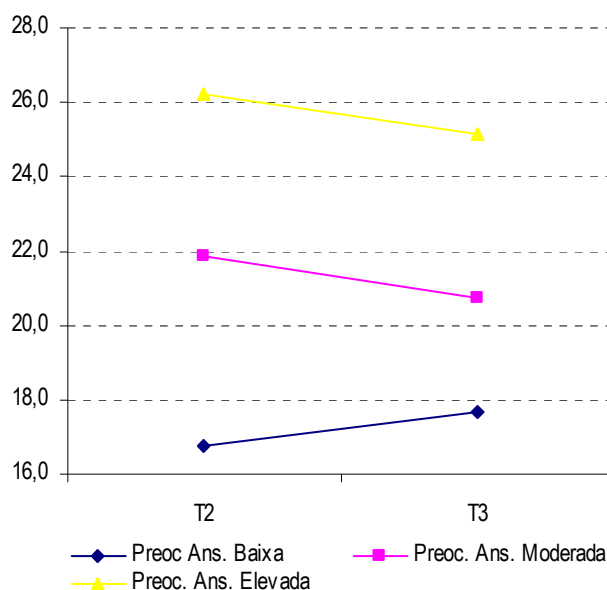
Para a *Preocupação Ansiosa*, verificou-se um efeito significativo do factor Tempo ( $F=5.12$ ;  $p=.03$ ), indicando uma diminuição desta estratégia de coping ao longo dos 2 momentos (Quadro 44). Não foi encontrado um impacto significativo da idade ou da escolaridade (Interação Tempo  $\times$  Idade:  $F=1.78$ ;  $p=.19$ ; Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=2.69$ ;  $p=.11$ ). Verificou-se um efeito de interação significativo para Tempo  $\times$  Preocupação Ansiosa 1 ( $F=6.59$ ;  $p=.01$ ), o que indica que a variação da Preocupação Ansiosa no tempo depende do seu valor inicial. Para estudar este efeito de interação, recodificou-se a variável em três categorias usando os percentis 33 e 66, como pontos de corte (preocupação ansiosa baixa:  $n=20$ , preocupação ansiosa moderada;  $n=26$  e, preocupação ansiosa elevada,  $n=22$ ). Os resultados da Ancova medidas repetidas foram não significativos para o efeito de interação ( $p=.102$ ), provavelmente, devido à diminuição da variância associada à recodificação da variável. No entanto, a análise das

médias nos três sub-grupos mostra que a preocupação ansiosa aumenta ao longo do tratamento, nas mulheres que à partida tinham baixa preocupação ansiosa, mas desce naquelas que tinham preocupação ansiosa moderada ou alta (Quadro 45 e Gráfico 10).

**Quadro 45. Resultados da ANCOVA medidas repetidas tendo o tempo e a Preocupação Ansiosa 1 (recodificada) como factores, e como covariantes a Idade e a Escolaridade (n=68)**

Mini-MAC <i>Preocupação Ansiosa</i>	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
Preocupação Ansiosa baixa	16.75	.69	17.65	.95	2.365	.102
Preocupação Ansiosa moderada	21.89	.61	20.73	.84		
Preocupação Ansiosa elevada	26.22	.68	25.14	.94		

**Gráfico 10. Variação da Preocupação Ansiosa ao longo do tempo T2 e T3, em função da Preocupação Ansiosa 1 (n=68)**



Quanto ao *Espírito de Luta*, (Quadro 44), os resultados da análise de covariância indicam que o factor Tempo não é significativo ( $F=.52$ ;  $p=.47$ ). Estes resultados foram independentes da idade e nível de escolaridade das pacientes (Interacção Tempo  $\times$  Idade:  $F=.75$ ;  $p=.39$ ; Interacção Tempo  $\times$  Escolaridade:  $F=.03$ ;  $p=.87$ ). Também não foi significativa a interacção Tempo  $\times$  Espírito de Luta 1 ( $F=2.43$ ;  $p=.12$ ).

No que respeita ao *Evitamento Cognitivo*, verificou-se um efeito significativo do factor Tempo ( $F=4.78$ ;  $p=.03$ ), ou seja, uma diminuição do Evitamento Cognitivo ao longo do tratamento (Quadro 44). Não foi encontrado um impacto significativo da

idade ou nível de escolaridade (Interação Tempo × Idade:  $F=2.34$ ;  $p=.13$ ; Tempo × Escolaridade:  $F=1.70$ ;  $p=.20$ ), nem da interação Tempo × Evitamento Cognitivo 1 ( $F=2.48$ ;  $p=.12$ ), o que indica que a variação no tempo é independente de qualquer uma destas variáveis.

Os resultados da análise de covariância referente ao *Fatalismo* indicam que o factor Tempo não é significativo ( $F=1.29$ ;  $p=.26$ ). Estes resultados foram independentes da idade e nível de escolaridade das pacientes (Interação Tempo × Idade:  $F=.85$ ;  $p=.36$ ; Interação Tempo × Escolaridade:  $F=.00$ ;  $p=.10$ ). Também não foi significativa a interação Tempo × Fatalismo 1 ( $F=.54$ ;  $p=.46$ ).

No Quadro 46, apresentam-se os resultados das análises de covariância para medidas repetidas, para os três momentos de avaliação (após a cirurgia, durante os tratamentos complementares e no final dos tratamentos). Como nas análises anteriores, devido ao tamanho reduzido da amostra, os efeitos de interação não serão considerados e a interpretação dos dados deve ser feita com reserva e apenas no sentido de confirmar ou não o padrão de resultados encontrado até ao momento 3.

**Quadro 46. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para o Coping (T2, T3, T4), tendo o Tempo como factor, e a Idade, Escolaridade e sub-escalas do Mini-MAC momento 1 como covariantes (n=35)**

<i>Coping</i>	T2		T3		T4		F	p
	M	EP	M	EP	M	EP		
<b>Desânimo/Fraqueza</b>								
Tempo	13.17	.70	13.49	.67	12.77	.50	.15	.86
<b>Preocupação ansiosa</b>								
Tempo	20.83	.43	20.37	.62	20.49	.62	.48	.62
<b>Espírito de luta</b>								
Tempo	13.23	.21	13.40	.22	13.40	.19	3.47	<b>.04</b>
<b>Evitamento cognitivo</b>								
Tempo	14.43	.30	12.40	.22	12.49	.33	5.72	<b>.01</b>
<b>Fatalismo</b>								
Tempo	15.71	.28	16.14	.26	16.51	.27	1.06	.36

Neste sub-grupo de 35 pacientes, verificou-se uma variação significativa do *coping* ao longo do tempo (Quadro 46) para as estratégias Espírito de Luta ( $F=3.47$ ;  $p=.04$ ) e, Evitamento Cognitivo ( $F=5.72$ ;  $p=.01$ ). Para o *Espírito de Luta*, verificou-se um aumento desta estratégia de *coping* durante o tratamento complementar que se manteve até ao final do mesmo. No que refere ao *Evitamento Cognitivo*, os dados

indicam uma diminuição deste durante os tratamentos complementares (Quadro 44), o que se mantém até ao final do tratamento. Continua a não se verificar uma variação significativa no tempo das estratégias Fatalismo e Desânimo-Fraqueza.

### **Funcionalidade**

Antes de apresentar os resultados referentes ao teste da H1, iremos caracterizar a amostra quanto à funcionalidade no Momento2, uma vez que este constitui o primeiro momento de avaliação desta variável. No Quadro 47 apresentam-se os dados relativos à funcionalidade no momento da pós-cirurgia, visto que esta dimensão apenas foi avaliada a partir do momento 2. É possível constatar que as categorias em que as mulheres avaliam mais dificuldades são as Tarefas domésticas, o Sono, a Locomoção e o Alerta. A observação dos valores por dimensão (física e psicossocial) permite observar que a dimensão psicossocial é a que se encontra mais comprometida, logo em que a funcionalidade é avaliada de forma mais negativa.

**Quadro 47. Médias e desvios padrão para a funcionalidade no momento2 (N= 74)**

<b>SIP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Locomoção</b>	30.26	22.41	0	62
<b>Cuidados pessoais</b>	35.82	25.36	0	124
<b>Mobilidade</b>	21.35	31.07	0	101
<b>Tarefas domésticas</b>	61.91	21.57	0	90
<b>Lazer</b>	22.55	21.16	0	81
<b>Actividades sociais</b>	29.03	30.23	0	91
<b>Emoções</b>	40.18	34.80	0	141
<b>Alerta</b>	38.34	36.17	0	90
<b>Sono</b>	56.47	35.51	0	96
<b>Funcionalidade Física</b>	87.43	59.00	0	287.00
<b>Funcionalidade Psicossocial</b>	140.93	55.51	0	231.00

Os resultados referentes à evolução do impacto da doença nas actividades e funcionalidade física e psicossocial das pacientes, avaliado através do SIP, podem ser observados no Quadro 48. Foram efectuadas ANCOVAS medidas repetidas para os momentos T2 e T3, tempo o Tempo como factor. Não foram controlados os valores de *baseline* porque não houve avaliação da funcionalidade no momento 1. O momento 2 entrou como covariante nas análises referentes aos momentos T3 e T4. Também não se

utilizou a idade e a escolaridade como covariantes porque estas variáveis não se correlacionam com as dimensões do SIP em qualquer momento.

Verificaram-se variações significativas na funcionalidade ao longo dos dois momentos de avaliação para as dimensões Cuidados Pessoais, Tarefas Domésticas e Sono (Quadro 48). Para os *Cuidados Pessoais*, verificou-se um efeito significativo do factor Tempo ( $F=34.90$ ;  $p=.00$ ). Uma análise das médias, nos dois momentos, revela que estas diminuem bastante durante o tratamento, o que indica um aumento da funcionalidade. No que respeita à categoria *Tarefas Domésticas*, também se verificou um efeito significativo do factor Tempo ( $F=6.65$ ;  $p=.01$ ), revelando um aumento da funcionalidade durante o tratamento. Em contraste, no que respeita à categoria *Sono*, verificou-se um efeito significativo do factor Tempo ( $F=4.99$ ;  $p=.03$ ), mas observou-se um aumento dos valores nesta dimensão, o que significa pior funcionalidade durante o tratamento.

Nas categorias *Locomoção, Mobilidade, Lazer, Actividades Sociais, Emoções e Alerta*, não se verificaram efeitos significativos do factor Tempo, o que indica estabilidade na funcionalidade, nestas dimensões, ao longo do tratamento.

**Quadro 48. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para as várias sub-escalas do SIP, (T2, T3) tendo o Tempo como factor (n=68)**

Funcionalidade	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>Locomoção</b>						
Tempo	30.41	2.73	29.09	2.92	.22	.64
<b>Cuidados pessoais</b>						
Tempo	35.82	3.16	19.72	3.10	34.90	.00
<b>Mobilidade</b>						
Tempo	20.74	3.64	20.29	3.88	.01	.91
<b>Tarefas domésticas</b>						
Tempo	61.62	2.60	54.68	3.28	6.65	.01
<b>Lazer</b>						
Tempo	23.07	2.60	18.97	2.66	2.27	.14
<b>Actividades sociais</b>						
Tempo	29.24	3.64	25.03	3.64	1.10	.30
<b>Emoções</b>						
Tempo	41.31	4.26	43.43	4.13	.35	.56
<b>Alerta</b>						
Tempo	38.71	4.39	42.81	4.79	.67	.42
<b>Sono</b>						
Tempo	55.96	4.37	66.16	3.81	4.99	.03
<b>SIP físico</b>						
Tempo	72.40	7.21	55.06	7.96	1.35	.25
<b>SIP psicossocial</b>						
Tempo	138.23	7.08	119.86	7.48	.03	.88

Para as dimensões física e psicossocial, também não se verificaram efeitos significativos do factor Tempo, revelando que estas dimensões não sofrem alterações significativas ao longo do processo de tratamento.

Realizaram-se, também, análises para os momentos T3 e T4 que, como se referiu anteriormente, devem ser interpretadas com cautela devido ao baixo número de pacientes. Os resultados são apresentados no Quadro 49. Assim, podemos observar um efeito tendencialmente significativo do Tempo na *Locomoção* ( $F=3.75$ ;  $p=.06$ ), indicando este um aumento da funcionalidade no final dos tratamentos. No que respeita à dimensão *Tarefas Domésticas*, verificou-se um efeito significativo do factor Tempo ( $F=6.19$ ;  $p=.02$ ), revelando um aumento da funcionalidade no final dos tratamentos. Estes resultados são semelhantes aos que se observaram nos momentos T2 e T3, indicando que a funcionalidade ao nível das tarefas domésticas tem tendência a melhorar ao longo do processo de tratamento. Não se verificaram variações significativas no tempo para este subgrupo da amostra ( $n=35$ ), para as categorias *Cuidados Pessoais*, *Mobilidade*, *Lazer*, *Actividades Sociais*, *Emoções*, *Alerta* e *Sono* (Quadro 49). Também não se encontraram variações significativas no tempo para as dimensões de funcionalidade física e funcionalidade psicossocial.

**Quadro 49. Resultados das análises de variância (ANOVAS) para medidas repetidas para as várias dimensões do SIP (T3 e T4), tendo o Tempo como factor e as dimensões do SIP momento 2 como covariantes (n=35)**

Funcionalidade	T3		T4		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>Locomoção</b>						
Tempo	30.09	3.88	28.91	3.64	3.75	.06
<b>Cuidados pessoais</b>						
Tempo	18.63	3.53	15.06	3.38	1.15	.29
<b>Mobilidade</b>						
Tempo	19.69	4.41	11.09	4.04	1.21	.28
<b>Tarefas domésticas</b>						
Tempo	51.43	4.16	50.66	4.34	6.19	.02
<b>Lazer</b>						
Tempo	23.00	3.61	13.89	3.22	2.78	.11
<b>Actividades sociais</b>						
Tempo	24.03	4.03	23.57	4.51	.28	.60
<b>Emoções</b>						
Tempo	48.20	4.73	44.97	5.35	.08	.78
<b>Alerta</b>						
Tempo	50.14	6.13	52.34	6.55	.00	.95
<b>Sono</b>						
Tempo	63.80	4.76	55.31	6.49	.70	.41

Continuação: **Resultados das análises de variância (ANOVAS) para medidas repetidas para as várias dimensões do SIP (T3 e T4), tendo o Tempo como factor e as dimensões do SIP momento 2 como covariantes (n=35)**

<b>SIP físico</b>						
Tempo	72.40	7.26	55.06	7.81	.524	.47
<b>SIP psicossocial</b>						
Tempo	138.23	6.93	119.86	7.53	2.68	.11

### Resumo

Em resumo, os resultados encontrados comprovam parcialmente a Hipótese 1. No que refere às variáveis emocionais, verificamos que existe uma mudança ao longo do tempo, para a depressão clínica, ou seja, as mulheres com depressão clínica tendem a ter uma diminuição destes valores ao longo do processo de tratamento.

A Hipótese 1 comprova-se para a maioria das representações de doença, nomeadamente para o *Controlo de Tratamento*, a *Identidade*, a *Preocupação* e a *Compreensão*. Para o Controlo de Tratamento, a Preocupação e a Compreensão, a variação ao longo do tempo depende dos respectivos valores iniciais (antes do tratamento). Verificou-se, também, um impacto da escolaridade na percepção do Controlo de Tratamento e da Resposta Emocional e, da idade na Preocupação acerca da doença.

Quanto às estratégias de *coping*, também se confirma que a *Preocupação Ansiosa* e o *Evitamento Cognitivo*, apresentam variações ao longo do tempo, conforme previsto na Hipótese 1. A *Preocupação Ansiosa* depende dos valores iniciais da mesma. Assim, constatou-se que a Preocupação Ansiosa aumenta ao longo do tratamento (T2 e T3), nas mulheres que à partida tinham baixa preocupação ansiosa mas desce naquelas que tinham preocupação ansiosa moderada ou alta. Relativamente ao *Evitamento Cognitivo*, verifica-se uma diminuição desta estratégia de *coping* ao longo do tratamento (T2, T3 e T4).

No que refere à funcionalidade, foram encontradas diferenças significativas no ajustamento ao longo do processo de tratamento, para os *Cuidados Pessoais*, as *Tarefas Domésticas* e o *Sono*, comprovando-se parcialmente a H1. A funcionalidade relativa aos Cuidados Pessoais e às Tarefas Domésticas aumenta do momento da pós-cirurgia para os tratamentos complementares (T2 e T3). Em contraste, relativamente ao Sono, verifica-se que a funcionalidade piora durante os tratamentos complementares.



### **7.2.2 - Variabilidade no ajustamento psicossocial ao longo do processo de tratamento, em função do tipo de cirurgia**

A Hipótese 2 previa que o ajustamento psicossocial ao longo do processo de tratamento variasse em função do tipo de cirurgia, prevendo-se um ajustamento psicossocial mais favorável para as mulheres submetidas a tumorectomia.

Esta hipótese foi testada recorrendo a ANCOVAS de medidas repetidas para dois momentos de avaliação, tendo como factores o tempo (T2 e T3) e o grupo (tipo de cirurgia) e, como variáveis dependentes as variáveis psicossociais (como por exemplo, a ansiedade e a depressão). No grupo de mulheres submetidas a tumorectomia, contamos com 41 pacientes e na mastectomia, com 33. Apenas foram analisados os dois momentos de avaliação (T2 e T3) porque a utilização do último momento comprometia o poder do teste utilizado, devido ao baixo número de sujeitos. A idade e escolaridade foram utilizadas como covariantes para o IPQ-B, de modo a controlar o seu efeito sobre estas variáveis. Optou-se, ainda, por controlar as variáveis emocionais, as variáveis cognitivas (*coping* e percepções de doença) e a funcionalidade, recolhidas no primeiro momento de avaliação, também utilizadas como covariantes. Na apresentação dos resultados, o enfoque será no efeito do Grupo e do Tempo  $\times$  Grupo, visto que o efeito do Tempo já foi reportado na Hipótese 1.

Os resultados apresentam-se em termos de três grupos de variáveis: Variáveis emocionais (depressão e ansiedade - HADS), cognitivas (representações/cognições de doença e *coping* - IPQ e Mini-MAC) e funcionalidade (disrupção das actividades diárias - SIP).

#### **Variáveis emocionais**

Os resultados obtidos através das análises de covariância para medidas repetidas para as sub-escalas do HADS encontram-se no Quadro 50 e indicam que o factor Grupo não teve um efeito significativo na Ansiedade ( $F=.07$ ;  $p=.79$ ) e Depressão ( $F=.44$ ;  $p=.51$ ). A interacção Tempo  $\times$  Grupo não foi significativa para a Ansiedade ( $F=.13$ ;  $p=.72$ ) nem para a Depressão ( $F=.37$ ;  $p=.55$ ).

**Quadro 50. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas, para o estado emocional (T2, T3) tendo o tempo e grupo como factores e a Ansiedade 1 e Depressão 1 como covariantes (n=68)**

HADS	T2*		T3**		F	p
	M	EP	M	EP		
<i>Ansiedade</i>						
Grupo					.07	.79
Tempo × Grupo					.13	.72
Tumorectomia	8.53	.46	7.27	.62		
Mastectomia	8.58	.53	7.61	.72		
<i>Depressão</i>						
Grupo					.44	.51
Tempo × Grupo					.37	.55
Tumorectomia	5.92	.02	5.19	.53		
Mastectomia	5.90	.02	4.67	.62		

\*Tumorectomia: n=41, Mastectomia: n=33 \*\*Tumorectomia: n=39, Mastectomia: n=29

No Quadro 51, apresentamos as médias e desvios padrão, da ansiedade e depressão nos quatro momentos de avaliação, segundo o tipo de cirurgia. Verificamos que em ambos os tipos de cirurgia a ansiedade e depressão diminuem ao longo do processo de tratamento, padrão já observado no teste da H1.

**Quadro 51. Médias e desvios padrão da Ansiedade e Depressão nos vários momentos de avaliação**

HADS	T1		T2		T3		T4*	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<i>Ansiedade</i>								
Tumorectomia	10.51	4.44	8.59	3.95	7.26	4.58	6.65	4.15
Mastectomia	10.46	3.78	8.82	3.55	7.62	4.19	6.27	4.53
<i>Depressão</i>								
Tumorectomia	6.10	4.49	6.12	4.47	5.18	4.26	4.85	3.47
Mastectomia	5.90	4.13	5.90	4.13	4.69	3.59	3.67	3.79

\*Tumorectomia: n=20, Mastectomia: n=15

### Variáveis Cognitivas

Este grupo de variáveis inclui as representações de doença e as estratégias de *coping*, pelo que passaremos a analisá-las nesta ordem.

### *Representações de Doença*

No que respeita aos resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas referentes às representações/cognições de doença, podem ser observados no

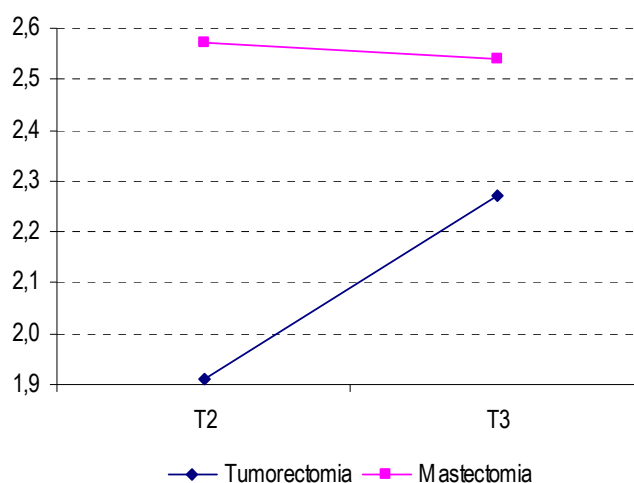
Quadro 52.

**Quadro 52. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas nas dimensões do IPQ-B (T2 e T3), tendo o tempo e grupo como factores e, a Idade, Escolaridade e dimensões do IPQ-B (momento1) como covariantes (n=68)**

IPQ-B	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
<b><i>Consequências</i></b>						
Grupo					2.88	.09
Tempo × Grupo					.01	.92
Tumorectomia	2.09	.14	2.04	.15		
Mastectomia	1.74	.16	1.71	.18		
<b><i>Duração</i></b>						
Grupo					.59	.45
Tempo × Grupo					1.86	.18
Tumorectomia	2.14	.17	2.04	.17		
Mastectomia	2.19	.19	2.37	.20		
<b><i>Controlo Pessoal</i></b>						
Grupo						
Tempo × Grupo					2.39	.13
Tumorectomia	1.98	.13	2.09	.14	.00	.98
Mastectomia	2.27	.15	2.37	.16		
<b><i>Controlo Tratamento</i></b>						
Grupo					1.28	.26
Tempo × Grupo					.21	.65
Tumorectomia	3.37	.12	3.46	.14		
Mastectomia	3.23	.14	3.25	.16		
<b><i>Identidade</i></b>						
Grupo					.81	.37
Tempo × Grupo					.07	.79
Tumorectomia	1.36	.15	1.47	.15		
Mastectomia	1.14	.18	1.30	.18		
<b><i>Preocupação</i></b>						
Grupo					.03	.87
Tempo × Grupo					.09	.77
Tumorectomia	2.35	.16	2.35	.16		
Mastectomia	2.42	.19	2.36	.19		
<b><i>Compreensão</i></b>						
Grupo					6.47	.01
Tempo × Grupo					3.88	.05
Tumorectomia	1.91	.12	2.27	.14		
Mastectomia	2.57	.14	2.54	.16		
<b><i>Resposta Emocional</i></b>						
Grupo						
Tempo × Grupo					1.95	.17
Tumorectomia	2.07	.14	2.15	.16	1.08	.30
Mastectomia	1.90	.16	1.74	.19		

Os dados indicam que o factor Grupo apenas se revelou significativo para a sub-escala *Compreensão* ( $F=6.47$ ,  $p=.01$ ), indicando diferenças relativamente à percepção da *Compreensão* da doença entre as mulheres que fizeram Tumorectomia e as mulheres que fizeram Mastectomia. Verifica-se que no grupo de mulheres submetidas a tumorectomia, a percepção da *Compreensão* acerca da doença é menor do que no grupo de mulheres submetidas a mastectomia. A interacção  $\text{Tempo} \times \text{Grupo}$ , apresenta um resultado significativo ( $p=.05$ ), indicando que a compreensão da doença varia de forma diferente ao longo do tratamento, em função do tipo de cirurgia.

**Gráfico 11. Variação da Compreensão acerca da doença, em função do tipo de cirurgia (tumorectomia ou mastectomia)**



Pelo Gráfico 11, pode observar-se que nas mulheres submetidas a tumorectomia, a *Compreensão* aumenta durante o tratamento complementar, enquanto nas mulheres submetidas a mastectomia é mais constante. No entanto, é de salientar que as pacientes submetidas a mastectomia já revelavam maior *Compreensão* da doença no momento da pós-cirurgia, comparativamente às pacientes submetidas a tumorectomia.

Podemos verificar que o factor Grupo, apresenta uma tendência para a significância no que respeita à percepção das *Consequências* da doença ( $F=2.88$ ;  $p=.09$ ). Constatando-se que as mulheres tumorectomizadas percebem mais consequências da sua doença, do que as mulheres mastectomizadas.

No Quadro 53 apresentamos as médias e desvios padrão das representações relacionadas com a doença nos quatro momentos de avaliação, segundo o tipo de cirurgia. Relativamente à *Compreensão* acerca da doença, é possível identificar que nas

mulheres que realizaram tumorectomia, a *Compreensão* diminui do primeiro para o segundo momento e aumenta até ao final do tratamento. Para as mulheres que realizaram mastectomia, a compreensão acerca da doença vai aumentando ao longo de todo o tratamento. No final do tratamento (T4), as mulheres com tumorectomia continuam a relatar menor compreensão da doença do que as mastectomizadas. A tendência para uma percepção mais negativa das consequências da doença, por parte das mulheres sujeitas a tomorectomia, desaparece no final do tratamento.

**Quadro 53. Médias e desvios padrão das representações de doença (IPQ-B) nos vários momentos de avaliação**

IPQ-B	T1		T2		T3		T4*	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b><i>Consequências</i></b>								
Tumorectomia	1.63	1.18	2.10	.10	2.00	1.05	1.70	1.17
Mastectomia	1.88	1.11	1.85	.91	1.76	.91	1.67	.82
<b><i>Duração</i></b>								
Tumorectomia	2.37	1.09	2.20	.98	2.10	1.05	2.65	1.39
Mastectomia	1.94	1.03	2.09	1.04	2.28	1.07	2.27	.88
<b><i>Controlo Pessoal</i></b>								
Tumorectomia	1.90	1.22	1.95	.89	2.08	.96	2.25	1.07
Mastectomia	1.94	1.06	2.30	1.01	2.38	.86	2.20	1.01
<b><i>Controlo Tratamento</i></b>								
Tumorectomia	3.27	.87	3.37	.89	3.44	.91	3.45	.10
Mastectomia	3.27	.84	3.27	.94	3.28	.96	3.47	.74
<b><i>Identidade</i></b>								
Tumorectomia	.78	.96	1.34	1.03	1.38	1.01	1.40	1.23
Mastectomia	1.12	.89	1.24	.94	1.41	1.01	1.20	.94
<b><i>Preocupação</i></b>								
Tumorectomia	2.56	1.27	2.27	1.22	2.26	1.14	1.80	1.44
Mastectomia	2.90	.88	2.55	1.03	2.48	.99	2.47	1.19
<b><i>Compreensão</i></b>								
Tumorectomia	2.12	1.25	1.90	1.07	2.21	1.10	2.35	.88
Mastectomia	2.09	1.30	2.55	1.06	2.62	.98	2.80	.77
<b><i>Resposta Emocional</i></b>								
Tumorectomia	2.17	1.22	1.98	1.13	2.05	1.19	1.75	1.21
Mastectomia	2.33	1.06	2.09	1.04	1.86	1.13	1.80	1.08

\*Tumorectomia : n=20, Mastectomia :n=15

### ***Coping***

Segue-se a apresentação dos resultados referentes às estratégias de *coping* com o cancro da mama. As análises reportadas no Quadro 54, indicam que o factor Grupo não

é significativo, não se verificando variações significativas relativamente ao *coping* com o cancro da mama, entre as mulheres que fizeram tumorectomia e as mulheres que fizeram mastectomia. Também não se verificaram efeitos de interação significativos para o efeito Tempo×Grupo, o que indica que não existem padrões diferentes de *coping* ao longo dos dois momentos de avaliação. Existe uma tendência de significância ( $p=.09$ ) para o Evitamento Cognitivo, com maior utilização desta estratégia nas mulheres mastectomizadas.

**Quadro 54. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas para o *coping* (T2, T3), tendo o Tempo e Grupo como factores, e as dimensões do Mini-MAC (momento1) como covariantes (n=68)**

Mini-MAC	T2		T3		F	p
	M	EP	M	EP		
<b><i>Desânimo-Fraqueza</i></b>						
Grupo					.76	.39
Tempo × Grupo					1.54	.22
Tumorectomia	13.33	.67	49.51	2.36		
Mastectomia	13.97	.78	45.55	2.73		
<b><i>Preocupação Ansiosa</i></b>						
Grupo					.07	.80
Tempo × Grupo					.03	.87
Tumorectomia	21.83	.43	21.37	.69		
Mastectomia	21.71	.51	21.09	.80		
<b><i>Espírito de Luta</i></b>						
Grupo					.04	.85
Tempo × Grupo					.17	.68
Tumorectomia	13.20	.19	13.12	.23		
Mastectomia	13.08	.23	13.14	.26		
<b><i>Evitamento Cognitivo</i></b>						
Grupo					2.92	.09
Tempo × Grupo					.00	.99
Tumorectomia	12.26	.28	11.85	.31		
Mastectomia	12.92	.33	12.51	.36		
<b><i>Fatalismo</i></b>						
Grupo					1.08	.30
Tempo × Grupo					.69	.41
Tumorectomia	16.23	.24	15.99	.28		
Mastectomia	15.73	.29	15.84	.29		

No Quadro 55, apresentamos as médias e desvios padrão para as estratégias de *coping* relacionadas com o cancro da mama, ao longo dos quatro momentos de avaliação. Em relação ao Evitamento Cognitivo, as médias indicam um padrão diferente em função do tipo de cirurgia, com as mulheres sujeitas a tumorectomia a

diminuírem esta estratégia de *coping* ao longo do tratamento e as mulheres mastectomizadas a mostrarem amior variação ao longo do tratamento, com um aumento desta estratégia no final do tratamento.

**Quadro 55. Médias e desvios padrão para o *Coping* (Mini-MAC) nos vários momentos de avaliação**

Mini-MAC	T1		T2		T3		T4	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b><i>Desânimo-Fraqueza</i></b>								
Tumorectomia	13.59	4.44	13.44	3.65	13.74	3.70	12.65	2.94
Mastectomia	15.03	5.51	14.27	4.71	14.69	5.33	12.93	2.90
<b><i>Preocupação Ansiosa</i></b>								
Tumorectomia	22.46	5.60	21.10	4.89	20.79	5.01	19.90	5.10
Mastectomia	24.76	4.77	22.76	4.56	21.86	5.60	21.27	5.24
<b><i>Espírito de Luta</i></b>								
Tumorectomia	12.90	2.07	13.12	1.36	13.08	1.46	13.45	1.23
Mastectomia	13.33	1.70	13.15	1.54	13.21	1.57	13.33	1.40
<b><i>Evitamento Cognitivo</i></b>								
Tumorectomia	12.61	2.14	12.31	1.81	11.85	1.98	11.80	2.67
Mastectomia	12.76	2.25	12.88	2.07	12.52	1.96	13.40	1.45
<b><i>Fatalismo</i></b>								
Tumorectomia	16.29	2.16	16.27	1.73	16.10	1.41	16.80	1.61
Mastectomia	15.82	2.23	15.61	1.87	15.69	2.11	16.13	1.64

### **Funcionalidade**

Os resultados referentes ao impacto da doença nas actividades diárias/funcionalidade das mulheres com cancro da mama, em função do tipo de cirurgia, nos momentos T2 e T3, podem ser observados no

Quadro 56. Não foram controlados os valores de *baseline* porque não avaliamos a funcionalidade no momento 1. Também não se controlaram a idade e a escolaridade como covariantes porque estas variáveis não se correlacionam significativamente com as dimensões do SIP em qualquer momento.

Quadro 56, podemos observar os resultados das ANCOVAS medidas repetidas para a funcionalidade, indicando que o factor Grupo é significativo para a categoria *Lazer* ( $F=3.97$ ,  $p=.05$ ). Assim, é possível constatar que as mulheres que realizaram tumorectomia apresentam mais limitações ao nível do *Lazer*, nos dois momentos avaliados, do que as mulheres que efectuaram uma mastectomia. No entanto, é de salientar que esta é uma área de bastante funcionalidade para os dois grupos. As áreas

mais afectadas pela doença e tratamento, na perspectiva das pacientes, parecem ser as tarefas domésticas, o sono e as emoções.

**Quadro 56. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) medidas repetidas na funcionalidade (T2,T3), tendo o Tempo e o Grupo como factores (n=68)**

SIP	T2*		T3**		F	p
	M	EP	M	EP		
<b><i>Locomoção</i></b>						
Grupo					.11	.75
Tempo × Grupo					.20	.65
Tumorectomia	30.28	3.64	27.85	3.88		
Mastectomia	30.59	4.22	30.76	4.50		
<b><i>Cuidados Pessoais</i></b>						
Grupo					1.54	.22
Tempo × Grupo					.80	.38
Tumorectomia	33.87	4.19	15.67	4.05		
Mastectomia	38.45	4.85	25.17	4.70		
<b><i>Mobilidade</i></b>						
Grupo					1.21	.28
Tempo × Grupo					.71	.40
Tumorectomia	22.28	4.84	24.77	5.09		
Mastectomia	18.66	5.61	14.28	5.91		
<b><i>Tarefas Domésticas</i></b>						
Grupo					2.19	.14
Tempo × Grupo					2.42	.18
Tumorectomia	59.85	3.45	49.77	4.26		
Mastectomia	64.00	3.60	61.28	4.94		
<b><i>Lazer</i></b>						
Grupo					3.97	<b>.05</b>
Tempo × Grupo					2.42	.13
Tumorectomia	25.05	3.44	24.56	3.38		
Mastectomia	20.41	3.99	11.49	3.92		
<b><i>Actividades Sociais</i></b>						
Grupo					1.53	.22
Tempo × Grupo					.01	.91
Tumorectomia	32.67	4.80	28.05	4.81		
Mastectomia	24.62	5.61	20.97	5.57		
<b><i>Emoções</i></b>						
Grupo					.27	.60
Tempo × Grupo					.85	.36
Tumorectomia	44.46	5.64	43.72	5.50		
Mastectomia	37.07	6.54	43.03	6.37		
<b><i>Alerta</i></b>						
Grupo					.94	.34
Tempo × Grupo					.51	.48
Tumorectomia	40.39	5.83	47.59	6.31		
Mastectomia	36.45	6.76	36.38	7.32		
<b><i>Sono</i></b>						
Grupo					.46	.50
Tempo × Grupo					.31	.58
Tumorectomia	56.84	5.81	69.25	5.04		
Mastectomia	54.76	6.74	62.00	5.84		



Relativamente às dimensões física e psicossocial do SIP, verificámos um efeito significativo do factor Grupo ( $F = 7.12$ ;  $p=.01$ ) para a dimensão psicossocial. As pacientes mastectomizadas apresentam melhor funcionalidade nos dois momentos de avaliação, do que as sujeitas a tumorectomia. Não foram encontrados efeitos significativos da interacção Tempo  $\times$  Grupo, para as outras categorias da funcionalidade, nem para a dimensão física ou psicossocial.

**Quadro 57 (cont.). Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) medidas repetidas na funcionalidade (T2,T3), tendo o Tempo e o Grupo como factores (n=68)**

SIP	T2*		T3**		F	p
	M	EP	M	EP		
<b>SIPpsicossocial</b>						
Grupo					7.12	.01
Tempo $\times$ Grupo					2.39	.13
Tumorectomia	148.22	10.06	141.55	9.48		
Mastectomia	124.91	11.92	90.94	11.23		
<b>SIPfísico</b>						
Grupo					.63	.44
Tempo $\times$ Grupo					.13	.72
Tumorectomia	76.64	10.41	61.85	11.43		
Mastectomia	66.74	12.30	46.00	13.51		

\*Tumorectomia:n=41,Mastectomia:n=33

\*\*Tumorectomia:n=39, Mastectomia:n=29

No Quadro 58, apresentam-se as médias e desvios padrão para a funcionalidade, após a cirurgia, incluindo o final dos tratamentos. No Lazer, as mulheres que efectuaram mastectomia apresentam níveis de funcionalidade superiores, ao longo de todo o processo de tratamento e, especialmente, no final deste. Na dimensão psicossocial, continua a observar-se maior funcionalidade nas pacientes mastectomizadas, no final do tratamento.

**Quadro 58. Médias e desvios padrão para a Funcionalidade (SIP) nos vários momentos de avaliação**

SIP	T2		T3		T4*	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Locomoção</b>						
Tumorectomia	31.07	22.73	27.85	24.54	28.45	24.95
Mastectomia	29.24	22.31	30.76	23.81	29.53	22.74
<b>Cuidados Pessoais</b>						
Tumorectomia	33.27	22.99	15.67	24.44	15.60	21.94
Mastectomia	39.00	28.07	25.17	26.44	14.33	20.98

Continuação: **Médias e desvios padrão para a Funcionalidade (SIP) nos vários momentos de avaliação**

<b><i>Mobilidade</i></b>						
Tumorectomia	23.41	31.44	24.77	33.59	17.10	31.82
Mastectomia	18.79	30.90	14.28	29.20	3.07	11.88
<b><i>Tarefas Domésticas</i></b>						
Tumorectomia	61.31	25.47	49.77	30.10	50.70	27.89
Mastectomia	62.64	15.79	61.30	20.95	50.60	22.46
<b><i>Lazer</i></b>						
Tumorectomia	23.83	19.62	24.56	23.14	18.40	21.58
Mastectomia	20.97	23.15	11.44	17.99	7.87	16.66
<b><i>Actividades Sociais</i></b>						
Tumorectomia	33.29	32.41	28.05	29.16	30.05	32.95
Mastectomia	23.72	26.83	20.97	31.13	14.93	24.34
<b><i>Emoções</i></b>						
Tumorectomia	43.71	35.92	43.72	35.94	46.15	37.54
Mastectomia	35.79	33.37	43.03	31.99	43.40	33.86
<b><i>Alerta</i></b>						
Tumorectomia	38.41	38.27	47.59	39.09	55.50	41.80
Mastectomia	38.24	33.96	36.38	39.80	48.13	41.67
<b><i>Sono</i></b>						
Tumorectomia	55.83	35.43	69.26	27.68	71.30	25.52
Mastectomia	57.27	36.15	62.00	35.95	34.00	43.13
<b><i>SIP psicossocial</i></b>						
Tumorectomia	140.98	62.27	143.59	63.28	140.40	30.96
Mastectomia	140.88	46.71	134.72	50.61	92.47	46.82
<b><i>SIP físico</i></b>						
Tumorectomia	87.76	55.91	68.28	63.27	61.15	58.29
Mastectomia	87.03	63.51	70.21	62.50	46.93	41.62

\* Tumorectomia:n=20, Mastectomia:n=15

### **Resumo**

Na sua generalidade, os dados não confirmam a Hipótese 2. Assim, o grupo das mulheres sujeitas a tumorectomia e o grupo das mastectomizadas parecem ser semelhantes em termos do ajustamento à doença e tratamento, nos aspectos emocionais, nas representações de doença, nas estratégias de *coping* e na funcionalidade. Contudo, foram encontradas diferenças pontuais em termos das representações de doença e, funcionalidade. No que respeita à variável cognitiva, *Compreensão* da doença (nos 2 momentos de avaliação, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares), as mulheres mastectomizadas compreendem melhor a sua doença, embora as sujeitas a tumorectomia mostrem aumento desta compreensão com o tempo. Na funcionalidade ao nível do *Lazer*, verifica-se o mesmo padrão que favorece as mulheres

mastectomizadas, assim como ao nível da funcionalidade psissocial, na sua globalidade. Estas diferenças entre grupos não vão de encontro à hipótese formulada, na medida em que se esperava uma melhor funcionalidade para as mulheres que realizaram tumorectomia.

### **7.2.3 - Representações de doença e estado emocional, enquanto preditores do *coping* e da funcionalidade, em cada momento de avaliação**

A Hipótese 3 previa que as representações de doença e tratamento, e o estado emocional, fossem preditores significativos do *coping* e da funcionalidade, em cada momento de avaliação. Esta hipótese propunha-se testar o modelo de auto-regulação de Leventhal, nesta amostra.

Para testar esta hipótese, utilizaram-se análises de regressão hierárquica múltipla (modelo *Enter*), em que as representações de doença e tratamento, e o estado emocional, em cada momento, entram como preditores, e o *coping* e a funcionalidade, como variáveis de resultado. No bloco 1 foram introduzidas a Idade ou a Escolaridade (no caso de serem correlatos significativos das variáveis em estudo), no bloco 2 foram introduzidas a Ansiedade e a Depressão (no momento que se está a estudar) e no bloco 3 as Representações de Doença e Tratamento (no momento que se está a estudar).

Devido às correlações moderadas a altas encontradas entre as escalas do HADS e do IPQ-B, surgiram alguns problemas de colinearidade que poderiam afectar os resultados, principalmente em termos de significância do efeito do IPQ-B nas variáveis de resultado. De acordo com o que é recomendado na literatura (Pestana & Gageiro, 2005), quando os valores de VIF e tolerância ultrapassaram os pontos de corte recomendados, foram retiradas sub-escalas do IPQB que apresentavam correlações elevadas (acima de .50) com a Ansiedade e Depressão. Isto aconteceu mais frequentemente para as representações de doença “Resposta Emocional” e “Preocupação”. Esta redundância, foi assim resolvida, eliminando estas sub-escalas enquanto preditores. Houve também correlações elevadas entre a Ansiedade e Depressão, o que motivou a combinação das duas variáveis no score total do HADS, estratégia também recomendada pelos peritos em análises de regressão múltipla. Procurou-se, assim, maximizar a variância única dos preditores e minimizar a variância partilhada.

### *Coping pré-cirurgia*

Antes de procedermos às análises de regressão hierárquica, efectuámos um estudo das correlações entre o estado emocional, as representações de doença e o *coping*, para cada momento de avaliação (ver Quadro 59). O estudo destas correlações, permite-nos seleccionar quais as variáveis preditoras que se correlacionam com as variáveis de resultado e que devem ser incluídas em cada uma das análises de regressão hierárquica. Não foram realizadas análises de regressão quando as variáveis do estado emocional e das representações de doença não foram correlatos significativos, conjuntamente, do *coping* pré-cirurgia, isto é, o Evitamento Cognitivo e o Fatalismo, uma vez que não reflectem o modelo a testar.

**Quadro 59. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o estado emocional, as representações de doença e o *coping*, no momento de pré-cirurgia (N= 74)**

	Desânimo Fraqueza	Preocupação Ansiosa	Espírito Luta	Evitamento Cognitivo
Consequências	.404**	.582**	-.294*	—
Duração	—	—	-.333**	—
Controlo pessoal	—	—	.416**	—
Controlo tratamento	-.363*	—	.371**	—
Identidade	.294*	—	—	—
Preocupação	.353**	.640*	—	—
Compreensão	-.278*	-.312**	—	—
Resposta emocional	.450**	.576**	-.242*	—
Ansiedade	.470**	.681**	-.355**	—
Depressão	.639**	.587**	-.581**	-.231*
HADS total	.619**	.705**	-.524**	—

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

O Quadro 60, mostra que o estado emocional é um preditor significativo do Desânimo-Fraqueza no momento da pré-cirurgia ( $F=22.864$ ,  $p=.000$ ), explicando cerca de 35% da variância. A ansiedade pré-cirurgia parece constituir o preditor significativo do *coping* concomitante, verificando-se que quanto mais elevada a ansiedade, maior o uso do *coping* por Desânimo-Fraqueza. As representações de doença, no seu conjunto, explicam cerca de 10% da variância do Desânimo-Fraqueza, mas individualmente, apenas a percepção das Consequências e do Controlo pelo Tratamento se revelaram

significativas ou aproximando significância. A percepção das Consequências apresenta uma correlação parcial positiva, indicando que quanto maior é a percepção da interferência da doença na vida da paciente, maior é o *coping* por Desânimo-Fraqueza. Quanto ao Controlo pelo Tratamento, esta crença apresenta uma correlação parcial negativa com o *coping*, o que indica que quanto maior for a crença na eficácia dos tratamentos, menor será o *coping* por Desânimo-Fraqueza. Outra variável significativa que prediz o Desânimo-Fraqueza é a Escolaridade (cerca de 12% da variância), verificando-se que com o aumento da Escolaridade diminui o Desânimo-Fraqueza. Assim, as variáveis incluídas no nosso modelo explicam cerca de 51% da variância nesta estratégia de *coping*.

**Quadro 60. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento1) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo-Fraqueza 1</b>					
<b>Bloco 1</b>	.124	10.150**			
Escolaridade			-.352	-3.186**	-.352
<b>Bloco 2</b>	.346	22.864***			
Ansiedade 1				ns	
Depressão 1			.476	4.135***	.443
<b>Bloco 3</b>	.097	2.901*			
Consequências 1			.225	1.969*	.237
Controlo tratamento 1			-.158	-1.702 <sup>a</sup>	-.207
Identidade 1				ns	
Preocupação 1				ns	
Compreensão 1				ns	
R <sup>2</sup> = .567; R <sup>2</sup> Corrigido: .513					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p < .10), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Os resultados da regressão hierárquica relativos à Preocupação Ansiosa, encontram-se no Quadro 61. Verifica-se que o estado emocional é um preditor significativo do *coping* por Preocupação Ansiosa, explicando uma grande parte da variância no uso desta estratégia (49%). Quer a ansiedade quer a depressão contribuem significativamente para esta relação, apresentando correlações parciais positivas com esta variável. Assim, quando aumenta a ansiedade e depressão, maior a utilização da Preocupação Ansiosa enquanto estratégia de *coping*. No que respeita às representações de doença, também estas se revelaram preditores significativos da Preocupação Ansiosa, explicando a variância encontrada em cerca de 4%. Os resultados univariados

demonstram que apenas a percepção relativa às Consequências da doença é um preditor significativo desta estratégia de *coping* no período que antecede a cirurgia, observando-se que uma percepção mais negativa das consequências da doença está associada a maior Preocupação Ansiosa. Podemos concluir que com as variáveis incluídas no nosso modelo obtivemos uma variância explicada de cerca de 56% nesta estratégia de *coping*.

**Quadro 61. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento1) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Preocupação Ansiosa 1</b>					
<u>Bloco 1</u>	.049	ns			
Idade					
<u>Bloco 2</u>	.492	37.568***			
Ansiedade1			.467	4.453***	.470
Depressão1			.311	2.988**	.336
<u>Bloco 3</u>	.044	3.592*			
Consequências 1			.227	2.333*	.272
Compreensão 1				ns	
R <sup>2</sup> = .585; R <sup>2</sup> Corrigido: .555					

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

O Quadro 62 apresenta os resultados referentes ao Espírito de Luta. O estado emocional explica 34% da variância nesta estratégia de *coping*, contribuindo a depressão significativamente para esta relação (sr = -.49). Assim, quanto mais elevada for a depressão no momento pré-cirurgia, menor o recurso ao Espírito de Luta como forma de lidar com a doença. As representações de doença, na sua globalidade, contribuem em cerca de 13% para a explicação do uso do Espírito de Luta. As variáveis que se revelaram significativas foram a Duração e o Controlo pelo Tratamento. A correlação parcial entre a Duração e o Espírito de Luta é negativa, o que indica que com a percepção de maior cronicidade da doença, verifica-se menor utilização desta estratégia de *coping*. Relativamente ao Controlo pelo Tratamento, a correlação entre as variáveis é positiva, revelando que quanto maior a percepção de eficácia dos tratamentos propostos, maior o recurso ao *coping* por Espírito de Luta. O modelo global aqui apresentado permite explicar em cerca de 42% a variância encontrada no Espírito de Luta enquanto estratégia de *coping*.

**Quadro 62. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional (momento1) e as representações de doença como preditores do Espírito de Luta (momento1) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 1</b>					
<u>Bloco 1</u>	.338	18.133***			
Ansiedade 1				ns	
Depressão1			-.583	-4.766***	-.492
<u>Bloco 2</u>	.129	4.038**			
Consequências				ns	
Duração			-.216	-2.325*	-.273
Controlo Pessoal				ns	
Controlo Tratamento			.229	2.344*	.275
R <sup>2</sup> = .467; R <sup>2</sup> Corrigido: .419					

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

***Coping pós-cirurgia***

Tal como já foi referido anteriormente, antes de procedermos às análises de regressão hierárquica, efectuámos uma análise das correlações entre o estado emocional, as representações de doença e o *coping*, no momento da pós-cirurgia (ver Quadro 63), o que nos permite seleccionar quais as variáveis que devem ser incluídas em cada uma das análises de regressão hierárquica. Não foram realizadas regressões para o Fatalismo e o Evitamento Cognitivo, pelas razões atrás expostas.

**Quadro 63. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o estado emocional, representações de doença e coping, no momento da pós-cirurgia (N=74)**

	Desânimo	Preocupação	Espírito	Evitamento
	Fraqueza	Ansiosa	Luta	Cognitivo
Consequências	.437**	.439**	_____	.270*
Duração	.363**	.411**	-.290*	_____
Controlo pessoal	-.260*	_____	_____	_____
Controlo tratamento	_____	_____	.428**	_____
Identidade	.234*	.401**	_____	_____
Preocupação	.478**	.697**	_____	_____
Compreensão	-.425**	-.421**	.311**	_____
Resposta emocional	.351**	.526**	_____	_____

Continuação: **Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o estado emocional, representações de doença e coping, no momento da pós-cirurgia (N=74)**

	Desânimo Fraqueza	Preocupação Ansiosa	Espírito Luta	Evitamento Cognitivo
Ansiedade	.639**	.666**	-.333**	—
Depressão	.528**	.531**	-.392**	—
HADStotal	.712**	.657**	-.488**	—

\*p≤.05; \*\*p≤.01

Os resultados da análise de regressão múltipla, apresentados no Quadro 64, mostram que o estado emocional (Ansiedade e Depressão) é o único preditor significativo do Desânimo-Fraqueza no momento pós-cirurgia. O estado emocional (Ansiedade e Depressão) explica 40% da variância, sendo a Ansiedade a variável que apresenta maior peso. O sentido da correlação entre o estado emocional e o Desânimo-Fraqueza é positivo, o que indica que quanto mais elevados os valores de Ansiedade e Depressão, maior o Desânimo-Fraqueza. O Desânimo-Fraqueza também tem por preditor a Escolaridade (cerca de 12% da variância), apresentando uma correlação negativa com o *coping*, o que indica que as mulheres com um grau de escolaridade mais elevado recorrem menos a esta estratégia de *coping*. O modelo global explica uma variância de 51% no uso do Desânimo-Fraqueza como estratégia de *coping*.

**Quadro 64. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo-Fraqueza 2</b>					
<u>Bloco 1</u>					
Escolaridade	.124	10.172**	-.352	-3.189**	-.352
<u>Bloco 2</u>					
Ansiedade 2	.400	29.356***	.491	5.281***	.534
Depressão 2			.251	2.660*	.303
<u>Bloco 3</u>					
Consequências 2	.043	ns			
Duração 2					
Controlo pessoal 2					
Identidade 2					
Preocupação 2					
Compreensão 2					
R <sup>2</sup> = .566; R <sup>2</sup> Corrigido: .506					

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001



Os resultados da regressão relativos à Preocupação Ansiosa encontram-se no Quadro 65. Observa-se que o estado emocional é um preditor significativo da Preocupação Ansiosa, no momento pós-cirurgia, explicando cerca de 51% da variância. A ansiedade é a variável que apresenta maior contributo. Tanto a ansiedade como a depressão apresentam uma correlação parcial positiva com a Preocupação Ansiosa, indicando que quanto maior a Ansiedade e Depressão, maior o uso da Preocupação Ansiosa como estratégia de *coping*. As representações de doença são preditores significativos, explicando 19% da variância da Preocupação Ansiosa. Os resultados univariados mostram que a Preocupação é o único preditor significativo da Preocupação Ansiosa no momento pós-cirurgia, embora a Identidade se aproxime da significância ( $p = .058$ ). Ambas apresentam correlações parciais positivas com o *coping*. Assim, quanto maior a Preocupação acerca da doença, e a percepção de sintomas associados a esta, maior o *coping* pela Preocupação Ansiosa. O modelo global apresentado explica a elevada percentagem de cerca de 66% da variância do *coping* pela Preocupação Ansiosa.

**Quadro 65. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Preocupação Ansiosa 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.508	36.706***			
Ansiedade 2			.535	5.715***	.561
Depressão 2			.286	3.055**	.341
<u>Bloco 2</u>	.185	7.941***			
Consequências 2				ns	
Duração 2				ns	
Identidade 2			.146	1.933 <sup>a</sup>	.231
Preocupação 2			.436	5.132***	.534
Compreensão 2				ns	
R <sup>2</sup> = .693; R <sup>2</sup> Corrigido: .660					

\*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas ( $p < .10$ ), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Os resultados da análise de regressão múltipla referentes ao Espírito de Luta são apresentados no Quadro 66. Podemos verificar que as variáveis emocionais explicam cerca de 12% da variância e as representações de doença cerca de 11%. A depressão é o preditor significativo, sendo a correlação parcial entre a Depressão e o Espírito de Luta negativa, ou seja, quanto maior o nível de Depressão menor será o *coping* como Espírito

de Luta. O Controlo do Tratamento é a representação de doença que contribui significativamente para a relação encontrada, apresentando uma correlação parcial positiva com o Espírito de Luta: quanto maior a confiança na eficácia do tratamento, maior a utilização da estratégia de *coping*, Espírito de Luta. A Escolaridade também tem um contributo importante para explicar a variância no *coping*, sendo o preditor mais significativo do Espírito de Luta (cerca de 14% da variância). Verifica-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o recurso a esta estratégia de *coping*. O modelo global apresentado explica cerca de 31% da variância desta estratégia de *coping*.

**Quadro 66. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores do Espírito de Luta (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 2</b>					
<b>Bloco 1</b>	.135	11.197**			
Escolaridade			.367	3.346**	.367
<b>Bloco 2</b>	.124	5.867**			
Ansiedade 2				ns	
Depressão 2			-.244	-2.067*	-.240
<b>Bloco 3</b>	.107	3.762*			
Duração 2				ns	
Controlo tratamento 2			.312	3.066**	.351
Compreensão 2				ns	
R <sup>2</sup> = .366; R <sup>2</sup> Corrigido: .309					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

### ***Coping durante o Tratamento***

No Quadro 67, apresentam-se as correlações entre o estado emocional, as representações de doença e o *coping*, durante os tratamentos complementares, que ajudarão a determinar quais as variáveis a serem incluídas em cada um dos modelos de regressão hierárquica múltipla. Para este momento, não faremos regressões para o Evitamento Cognitivo, pelas razões já expostas. Devido a problemas de colinearidade entre ansiedade e depressão, ou com as representações de doença, o valor total do HADS foi incluído como preditor em algumas das análises deste momento. Em termos das representações de doença, nem todos os correlatos foram incluídos, pela sua redundância em termos de previsão das variáveis estudadas (por exemplo, o estado emocional e a resposta emocional).

**Quadro 67. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o estado emocional, as representações de doença e o coping, durante os tratamentos complementares (n=68)**

	Desânimo	Preocupação	Espírito	Evitamento	Fatalismo
	Fraqueza	Ansiosa	Luta	Cognitivo	
Consequências	.417**	.542**	---	---	---
Duração	.252*	.346**	---	---	---
Controlo pessoal	---	---	.272*	---	.326**
Controlo tratamento	-.341**	---	.416**	---	.257*
Identidade	---	.392**	---	---	---
Preocupação	.533**	.758**	-.317**	---	---
Compreensão	-.273**	-.305**	.277**	---	---
Resposta emocional	.471**	.629**	-.342**	.255*	---
Ansiedade	.628**	.742**	-.384**	.272*	-.260*
Depressão	.617**	.487**	-.394**	---	-.314**
HADStotal	.687**	.684**	-.429**	---	-.315**

\*p≤.05; \*\*p≤.01

No Quadro 68, verifica-se que o estado emocional é um preditor significativo do coping por Desânimo-Fraqueza, durante os tratamentos complementares, explicando uma variância de cerca de 43%. Nesta análise de regressão tivemos que usar o HADS total como preditor devido à colinearidade entre a ansiedade e depressão. A correlação parcial é positiva, ou seja, à medida que a emocionalidade negativa (Ansiedade e Depressão) aumenta, o coping por Desânimo-Fraqueza também aumenta. Quanto às representações de doença, verificou-se que estas não são preditores significativos do Desânimo-Fraqueza durante os tratamentos.

**Quadro 68. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo Fraqueza 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.043	ns			
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.429	52.806***			
HADSt			.679	7.267***	.670
<u>Bloco 3</u>	.021	ns			
Duração 3					
Controlo tratamento 3					
Compreensão 3					
R <sup>2</sup> = .494; R <sup>2</sup> Corrigido: .453					

\*\*\*p ≤.001

O Quadro 69, mostra que as variáveis emocionais são preditores significativos da Preocupação Ansiosa durante a fase de tratamento, contribuindo em cerca de 42% para a sua explicação. Nesta análise de regressão tivemos que usar o HADS total como preditor devido à colinearidade entre a ansiedade e depressão. O estado emocional apresenta uma correlação parcial positiva com a Preocupação Ansiosa, o que indica que quanto maior for a ansiedade e a depressão, maior o recurso à Preocupação Ansiosa. As representações de doença, também se revelam preditores significativos da Preocupação Ansiosa durante os tratamentos complementares, contribuindo em cerca de 6% para a sua explicação. A Identidade é a representação de doença que contribui significativamente para a relação encontrada, apresentando uma correlação parcial positiva com a Preocupação Ansiosa: quanto mais sintomas foram atribuídos à doença, maior a utilização desta estratégia de *coping*. Os resultados univariados mostram que a Compreensão se aproxima da significância na previsão da Preocupação Ansiosa ( $p = .058$ ), verificando-se uma correlação parcial negativa da Compreensão com a Preocupação Ansiosa: quanto maior for a Compreensão acerca da doença, menor será a utilização desta estratégia de *coping*. As variáveis demográficas Idade e Escolaridade também surgem como preditores significativos da Preocupação Ansiosa, explicando cerca de 11% da variância. Observa-se uma correlação parcial negativa destas com a Preocupação Ansiosa ( $sr = -.27$  e  $sr = -.29$ ), o que indica que com o aumento da idade ou a diminuição da escolaridade, há maior recurso a esta estratégia de *coping*. No seu conjunto, as variáveis no modelo explicam cerca de 55% da variância no *coping* por Preocupação Ansiosa.

**Quadro 69. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Preocupação Ansiosa 3</b>					
<u>Bloco 1</u>					
Idade	.105	3.794*	-.298	-2.260*	-.270
Escolaridade			-.321	-2.435*	-.289
<u>Bloco 2</u>					
HADSt3	.421	56.695***	.673	7.530***	.685
<u>Bloco 3</u>					
Duração 3	.062	3.064*		ns	
Identidade 3			.198	2.260*	.278
Compreensão 3			-.184	-1.929 <sup>a</sup>	-.240
R <sup>2</sup> = .587 ; R <sup>2</sup> Corrigido: .547					

\*p≤.05; \*\*\*p ≤.0001

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p <.10), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

O Quadro 70, mostra que as variáveis emocionais são preditores significativos, contribuindo em cerca de 13% para a explicação do Espírito de Luta, na fase dos tratamentos complementares, verificando-se que com o aumento da emocionalidade negativa, diminui o recurso ao Espírito de Luta. Em contraste, as representações de doença não são preditores significativos do *coping* durante os tratamentos complementares. O Espírito de Luta tem por preditor a Escolaridade (cerca de 9% da variância explicada), verificando-se que as mulheres com um grau de escolaridade mais elevado utilizam mais este estilo de *coping*. O modelo aqui apresentado explica em cerca de 24% o *coping* por Espírito de Luta, durante os tratamentos complementares.

**Quadro 70. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Espírito de Luta (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>					
Escolaridade	.091	6.576*	.301	2.564*	.301
<u>Bloco 2</u>					
HADSt3	.131	10.945**	-.375	-3.308**	-.380
<u>Bloco 3</u>					
Controlo pessoal 3	.078	ns			
Controlo tratamento 3					
Compreensão 3					
R <sup>2</sup> = .300; R <sup>2</sup> Corrigido: .243					

\*p≤.05; \*\*p≤.01

Os resultados do Quadro 71, mostram que o estado emocional é um preditor significativo do Fatalismo durante os tratamentos complementares, contribuindo em cerca de 10% para a explicação do mesmo. No que respeita às variáveis cognitivas, verifica-se que estas não são predictoras significativas do *coping* por Fatalismo durante os tratamentos complementares. O modelo global explica cerca de 12% da variância nesta estratégia de *coping*.

**Quadro 71. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Fatalismo (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Fatalismo 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.104	3.782*			
Ansiedade 3				ns	
Depressão 3				ns	
<u>Bloco 2</u>	.072	ns			
Controlo pessoal 3					
Controlo tratamento 3					
R <sup>2</sup> = .177; <u>R<sup>2</sup> Corrigido</u> : .124					

\*p<.05

### ***Funcionalidade pós-cirurgia***

Quanto à funcionalidade, apenas são apresentados os resultados a partir do momento T2 porque esta variável só foi avaliada a partir deste momento. Como fizemos para o *coping*, as correlações apresentadas no Quadro 72, permitem-nos seleccionar quais as variáveis que serão incluídas em cada uma das análises de regressão hierárquica que se seguem, e que pretendem determinar se o estado emocional e as representações de doença são preditores significativos da funcionalidade após a cirurgia. Não se realizaram regressões para os Cuidados Pessoais, as Tarefas Domésticas, o Lazer e o Sono, pois estas variáveis não apresentam correlações significativas com o estado emocional e, concomitantemente, com o *coping*, conforme previsto pelo modelo a testar na Hipótese 3.

**Quadro 72. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o estado emocional, as representações de doença e a funcionalidade, no momento da pós-cirurgia (N=74)**

	Lç	CP	Mb	TD	Lz	AS	Eç	Al	Sn
Consequências	—	—	.375**	—	.230*	.348**	.396**	.404**	.264*
Duração	.280*	.259*	—	—	.272*	.314**	.459**	.275*	—
Identidade	.394* *	.436**	.249*	.265*	.284*	—	.352**	.343**	.326**
Preocupação	—	—	—	—	—	—	.342**	—	—
Compreensão	—	—	—	-.278*	—	—	-.317**	—	—
Resposta Emocional	—	—	—	—	.239*	.394**	.425**	.241*	—
Ansiedade	.250*	—	—	—	—	—	.542**	—	—
Depressão	.317* *	—	.323**	—	—	.355**	.484**	.254*	—
HADStotal	.306* *	—	.303**	—	—	.299**	.579**	—	—

\*p≤.05; \*\*p≤.01

Legenda: Lç – Locomoção; CP – Cuidados Pessoais, Mb – Mobilidade, TD – Tarefas Domésticas, Lz – Lazer, AS – Atividades Sociais, Eç – Emoções, Al – Alerta, Sn – Sono.

Os resultados da análise de regressão múltipla relativos à Locomoção são apresentados no Quadro 73. O estado emocional e as representações de doença são preditores significativos da Locomoção após a cirurgia, contribuindo respectivamente em cerca de 12% e 14% para a variância desta categoria da funcionalidade. A Depressão tem um contributo significativo para esta relação, apresentando uma correlação parcial positiva com a percepção da funcionalidade ao nível da Locomoção. Assim, quanto maior a depressão, pior a avaliação da funcionalidade. Nas representações de doença, a Identidade é o preditor significativo da Locomoção no momento da pós-cirurgia, apresentando uma correlação parcial positiva com esta, o que indica que quanto maior a percepção de sintomas associados à doença, maiores são as dificuldades com a Locomoção.<sup>1</sup> O modelo global, aqui utilizado, explica 21% da variância encontrada para a Locomoção após a cirurgia.

<sup>1</sup> Valores mais elevados no SIP indicam maiores dificuldades.

**Quadro 73. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores da Locomoção (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Locomoção 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.115	4.596*			
Ansiedade 2				ns	
Depressão 2			.257	2.042*	.236
<u>Bloco 2</u>	.141	6.550**			
Duração 2				ns	
Identidade 2			.374	3.335**	.373
R <sup>2</sup> = .256 ; R <sup>2</sup> Corrigido: .213					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

Os resultados do Quadro 74 referem-se às análises de regressão para a Mobilidade. O estado emocional foi um preditor significativo da percepção da funcionalidade ao nível da Mobilidade, explicando cerca de 11% da variância. A Depressão pós-cirurgia é o preditor significativo do grau de funcionalidade percebido ao nível da Mobilidade, sendo a correlação entre Depressão e Mobilidade positiva, o que revela o que quanto mais elevados os níveis de depressão, maior a percepção de disfunção ao nível da Mobilidade. As representações de doença, no seu conjunto, explicam cerca de 15% da variância, sendo as Consequências e a Identidade preditores significativos da percepção de funcionalidade ao nível da Mobilidade, no momento de pós-cirurgia. A correlação entre Consequências e Mobilidade, e entre Identidade e Mobilidade, é positiva, indicando que quanto maior a percepção de interferência da doença na vida da paciente (consequências), maior a percepção de disfunção ao nível da Mobilidade; e quanto maior for a percepção de sintomas associados ao cancro da mama (Identidade), maiores as dificuldades sentidas ao nível da Mobilidade. O modelo global aqui apresentado explica cerca de 21% da variância nesta dimensão da funcionalidade.



**Quadro 74. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores da Mobilidade (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Mobilidade 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.108	4.291*			
Ansiedade 2				ns	
Depressão 2			.353	2.798**	.315
<u>Bloco 2</u>	.149	6.895**			
Consequências 2			.345	2.731**	.312
Identidade 2			.240	2.120*	.247
R <sup>2</sup> = .256 ; R <sup>2</sup> Corrigido: .213					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

Os resultados da análise de regressão múltipla, apresentadas no Quadro 75, mostram que o estado emocional é um preditor significativo das Atividades Sociais após a cirurgia, contribuindo em cerca de 10% para a sua explicação. Os resultados univariados revelam que a Depressão pós-cirurgia é o único preditor significativo, com uma correlação parcial positiva, indicando que quanto maior a Depressão, maior a percepção de disfunção nas Atividades Sociais. Quanto às representações de doença, contribuem em cerca de 17% para a explicação das Atividades Sociais, sendo as Consequências o único preditor que se aproxima da significância (p=.061). A correlação entre a percepção das Consequências e as Atividades Sociais é positiva, verificando-se que, quanto maior a percepção de interferência negativa da doença, pior a avaliação da funcionalidade aos nível das Atividades Sociais. O modelo global explica cerca de 17% da variância na percepção de funcionalidade nas Atividades Sociais.

**Quadro 75. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores das Atividades Sociais (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Atividades Sociais 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.102	5.128**			
Ansiedade 2				ns	
Depressão 2			.355	2.840**	.319
<u>Bloco 2</u>	.169	3.885*			
Consequências 2			.249	1.904 <sup>a</sup>	.223
Duração 2				ns	
R <sup>2</sup> = .215; R <sup>2</sup> Corrigido: .169					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas ( $p < .10$ ), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Os resultados da análise de regressão múltipla apresentadas no Quadro 76, revelam que as variáveis emocionais são preditores significativos das Emoções, contribuindo em cerca de 34% para a explicação desta categoria da funcionalidade. A Ansiedade e Depressão apresentam uma correlação parcial positiva com a funcionalidade ao nível das Emoções, o que indica que quanto maior a Ansiedade e a Depressão, maiores são as dificuldades percebidas com as Emoções. No que respeita às representações de doença, verifica-se que estas não são preditores significativos da funcionalidade a nível emocional, após a cirurgia.

**Quadro 76. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores das Emoções (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Emoções 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.364	20.339***			
Ansiedade			.406	3.813***	.412
Depressão			.298	2.796**	.315
<u>Bloco 2</u>	.072	ns			
Consequências 2					
Duração 2					
Identidade 2					
Compreensão 2					
R <sup>2</sup> = .436 ; <u>R<sup>2</sup> Corrigido</u> : .386					

\*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

Os resultados referentes à funcionalidade em termos do estado de Alerta após a cirurgia, são apresentadas no Quadro 77. Estes revelam que o estado emocional não é um preditor significativo da percepção de dificuldades ao nível do estado de alerta após a cirurgia. Em contraste, as representações de doença explicam 26% da variância, sendo preditores significativos. Assim, as Consequências e a Identidade contribuem significativamente para esta relação, apresentando correlações parciais positivas com a percepção do estado de Alerta. Isto indica que quanto maior for a percepção de interferência da doença na vida da paciente e quanto maior a percepção de sintomas associados ao cancro da mama, maior a percepção de disfuncionalidade no estado de Alerta. O modelo global apresentado explica cerca de 28% da variância.

**Quadro 77. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento2) como preditores do Alerta (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Alerta 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.065	ns			
Ansiedade 2					
Depressão 2					
<u>Bloco 2</u>	.261	8.790***			
Consequências 2			.360	2.920**	.334
Duração 2				ns	
Identidade 2			.340	3.135**	.335
R <sup>2</sup> = .327; <u>R<sup>2</sup> Corrigido</u> : .277					

\*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

### ***Funcionalidade durante o Tratamento***

No Quadro 78, apresentam-se as correlações entre o estado emocional, as representações de doença e a funcionalidade, durante os tratamentos complementares. A partir destas correlações serão determinadas as variáveis a considerar em cada modelo de regressão hierárquica múltipla. Não foram realizadas análises de regressão para as Tarefas Domésticas, devido à ausência de correlações significativas do estado emocional e representações de doença, com esta variável.

**Quadro 78. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o estado emocional, as representações de doença e a funcionalidade, durante os tratamentos complementares (n=68)**

	Lç	C P	Mb	Lz	AS	Eç	Al	Sn
Consequências	.201*	.392**	.590**	.416***	.480**	.432**	.351**	.365*
Duração	.351*	.334**	--	.251*	.351**	.288**	.305*	.267*
Identidade	.284*	.468**	.270*	.333**	--	--	.438**	--
Preocupação	.325*	.293*	.350**	--	.254*	.472**	.283*	.390**
Resposta emocional	.299*	--	.321**	.303*	.487**	.482**	.367**	.242*
Ansiedade	.344*	.441**	.500**	.325**	.452**	.608**	.394**	.295*
Depressão	.385**	.487**	.557**	.320**	.481**	.433**	--	.242*
HADStotal	.401**	.510**	.581**	.356**	.513**	.579**	.336**	.297*

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

Os resultados da análise de regressão múltipla referentes à Locomoção são apresentados no

Quadro 79, e mostram que o estado emocional é um preditor significativo desta dimensão durante os tratamentos complementares, explicando 16% da variância. Devido a problemas de colinearidade, utilizou-se o valor total do HADS, verificando-se uma correlação positiva deste com a percepção de funcionalidade em termos da Locomoção. Assim, verifica-se que quanto maior emocionalidade negativa (Ansiedade e Depressão), maior a dificuldade percebida com a Locomoção. No que refere às representações de doença, verificou-se que o conjunto das variáveis consideradas não foi um preditor significativo da percepção da Locomoção durante os tratamentos. O modelo global explica cerca de 19% da variância na Locomoção.

**Quadro 79. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores da Locomoção (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Locomoção 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.160	12.612**			
HADSt3			.401	3.551**	.401
<u>Bloco 2</u>	.061	ns			
Duração 3				ns	
Identidade 3				ns	
R <sup>2</sup> = .221; <u>R<sup>2</sup> Corrigido</u> : .185					

\*\*p ≤ .01

Os resultados do Quadro 80, mostram que variáveis emocionais durante os tratamentos complementares são preditores significativos dos Cuidados Pessoais nesta fase, contribuindo para explicar 27% da variância encontrada para esta variável. A depressão foi a única variável emocional que se revelou significativa, apresentando uma correlação positiva, o que indica que à medida que aumentam os níveis de Depressão, aumenta também a percepção das dificuldades com os Cuidados Pessoais. Quanto às representações de doença, verificou-se que o conjunto das variáveis consideradas contribui em cerca de 14% para explicar a variância encontrada para os Cuidados Pessoais, durante os tratamentos complementares. A identidade foi a única variável que se revelou significativa, apresentando uma correlação parcial positiva. Ou seja, à medida que aumenta a percepção de sintomas atribuídos à doença, aumenta também a

percepção das dificuldades com os Cuidados Pessoais. O modelo global explica cerca de 37% da variância nos Cuidados Pessoais.

**Quadro 80. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores dos Cuidados Pessoais (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Cuidados Pessoais 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.265	11.700***			
Ansiedade 3				ns	
Depressão3			.347	2.488*	.295
<u>Bloco 2</u>	.143	7.618**			
Duração 3				ns	
Identidade 3			.387	3.665**	.419
R <sup>2</sup> = .408; R <sup>2</sup> Corrigido: .370					

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

Os resultados do Quadro 81, mostram que as variáveis emocionais (Depressão e Ansiedade) durante os tratamentos, são preditores significativos do grau de funcionalidade ao nível da Mobilidade. A correlação entre a Depressão e a Mobilidade é positiva, revelando que à medida que aumentam os níveis de Depressão, aumenta também a avaliação de disfunção ao nível da Mobilidade. No que refere às representações de doença, as Consequências revelaram ser um preditor significativo da Mobilidade e apresentam uma correlação positiva com esta variável. Assim, à medida que aumenta a percepção da interferência da doença na vida das pacientes, aumenta também a avaliação de dificuldades ao nível da Mobilidade. O modelo global aqui apresentado explica cerca de 39% da variância encontrada para a Mobilidade, durante os tratamentos complementares.

**Quadro 81. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores da Mobilidade (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Mobilidade 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.344	17.023***			
Ansiedade 3			.239	1.816 <sup>a</sup>	.220
Depressão3			.402	3.054**	.354
<u>Bloco 2</u>	.091	3.308*			
Consequências 3			.363	2.540*	.307
Identidade 3				ns	
Preocupação 3				ns	
R <sup>2</sup> = .434; R <sup>2</sup> Corrigido: .389					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01; \*\*\*p ≤.001

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p <.10), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Os resultados do Quadro 82, mostram que as variáveis emocionais (Ansiedade e Depressão) são preditores significativos do Lazer durante a realização dos tratamentos complementares, explicando em cerca de 13% a variância encontrada para esta variável. A correlação parcial entre o estado emocional e o Lazer é positiva, indicando que à medida que aumentam os valores de ansiedade e depressão aumenta, também, a percepção de disfuncionalidade ao nível do Lazer. No que respeita às representações de doença, verifica-se que no seu conjunto estas variáveis são preditores significativos da funcionalidade ao nível do Lazer, durante os tratamentos complementares, contribuindo em cerca de 10% para a sua explicação. Contudo, os resultados univariados, não são significativos para nenhuma das variáveis. O modelo global utilizado, explica em cerca de 18% a variância encontrada para o Lazer nesta fase de tratamento.

**Quadro 82. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Lazer (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Lazer 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.126	9.554**			
HADStotal 3			.356	3.091**	.356
<u>Bloco 2</u>	.098	2.663*			
Consequências 3				ns	
Duração 3				ns	
Identidade 3				ns	
R <sup>2</sup> = .225; R <sup>2</sup> Corrigido: .176					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

Os resultados da análise de regressão múltipla referentes à funcionalidade nas Actividades Sociais, são apresentados no Quadro 83. Estes mostram que o estado emocional durante os tratamentos complementares é um preditor significativo da percepção de funcionalidade nas Actividades Sociais, explicando cerca de 26% da variância. Devido a problemas de colinearidade, utilizou-se o valor total do HADS como preditor, verificando-se uma correlação positiva deste com o valor das Actividades Sociais. Isto indica que quanto maior a emocionalidade negativa, maior a percepção de disfunção nas Actividades Sociais. No que respeita às representações de doença, verifica-se que estas não são preditores significativos da percepção de

dificuldades nas Atividades Sociais durante os tratamentos complementares. O modelo global explica cerca de 29% da variância nesta dimensão da funcionalidade.

**Quadro 83. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores das Atividades Sociais (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Atividades Sociais 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.263	23.593***			
HADSt3			.513	4.857***	.513
<u>Bloco 2</u>	.054	ns			
Consequências 3					
Duração 3					
R <sup>2</sup> = .317; R <sup>2</sup> Corrigido: .285					

\*\*\*p ≤ .001

Os resultados relativos à percepção de funcionalidade ao nível das Emoções, encontram-se no Quadro 84. Estes revelam que as variáveis emocionais são as únicas predictoras da percepção da funcionalidade ao nível das Emoções, com cerca de 34% da variância explicada. A correlação entre as variáveis é positiva, ou seja, quanto maior for a emocionalidade negativa, maior a dificuldade percebida ao nível das Emoções.

**Quadro 84. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores das Emoções (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Emoções 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.335	33.216***			
HADSt 3			.579	5.763	.579
<u>Bloco 2</u>	.007	ns			
Consequências 3					
Duração 3					
R <sup>2</sup> = .342; R <sup>2</sup> Corrigido: .311					

\*\*\*p ≤ .001

No Quadro 85 apresentam-se os resultados relativos à funcionalidade percebida em termos do estado de Alerta. Verifica-se que as variáveis emocionais explicam em cerca de 11% a funcionalidade na dimensão Alerta. Observa-se uma correlação positiva, o que indica que quanto maior for o nível de emocionalidade negativa (Hads total), maior a disfunção percebida no estado de Alerta. As representações de doença também revelaram ser preditores significativos da avaliação do estado de Alerta durante

os tratamentos complementares, explicando-o em cerca de 15%. Os resultados univariados mostram que apenas a Identidade, ou seja, a percepção de sintomas atribuídos à doença, prediz a percepção de funcionalidade ao nível do Alerta. A correlação parcial é positiva, estando uma percepção mais elevada de sintomas associada a uma percepção de maiores dificuldades ao nível do estado de Alerta. O modelo global apresentado, explica em cerca de 21% a percepção desta dimensão da funcionalidade.

**Quadro 85. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Alerta (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Alerta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.113	8.398**			
HADSt3			.336	2.898**	.336
<u>Bloco 2</u>	.148	4.211**			
Consequências 3				ns	
Duração 3				ns	
Identidade 3			.332	2.805**	.333
R <sup>2</sup> = .261; R <sup>2</sup> Corrigido: .214					

\*\*p ≤ .01

Os resultados da análise de regressão múltipla, apresentados no Quadro 86, mostram que tanto o estado emocional como as representações de doença são preditores significativos da percepção da funcionalidade ao nível do Sono durante o tratamento complementar, contribuindo cada um em cerca de 9% para a explicar a sua variação. A correlação entre o estado emocional (valor total do HADS) e o Sono é positiva, o que indica que à medida que aumenta a emocionalidade negativa, maior a percepção de disfunção ao nível do Sono. No que refere às representações de doença, a Preocupação é o único preditor significativo do Sono, indicando que à medida que a Preocupação com a doença aumenta, maiores são as dificuldades percebidas com o Sono, nesta fase da doença. O modelo estudado contribui em cerca de 14% para explicar a avaliação das dificuldades com o Sono durante os tratamentos complementares.



**Quadro 86. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento3) como preditores do Sono (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Sono 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.088	6.403*			
HADSt3			.297	2.530*	.297
<u>Bloco 2</u>	.091	3.559*			
Duração 3				ns	
Preocupação 3			.303	2.301*	.276
R <sup>2</sup> = .180; R <sup>2</sup> Corrigido: .141					

\*p<.05

### Resumo

Os resultados obtidos para a análise da Hipótese 3, revelaram que na sua maioria, o estado emocional e as representações de doença são preditores concomitantes da adaptação psicossocial à doença, nomeadamente ao nível do *coping* e da funcionalidade em várias fases do tratamento, comprovando para esta amostra, o modelo de auto-regulação da doença de Leventhal.

Concisamente, e no que diz respeito ao *momento da pré-cirurgia*, constatamos que o estado emocional e as percepções/representações de doença são preditores significativos das estratégias de *coping*, Desânimo-Fraqueza, Preocupação Ansiosa e Espírito de Luta. A variância explicada por estes dois conjuntos de variáveis é muito elevada (entre 41 e 55%), o que atesta da relevância destas variáveis e deste modelo. Para todas as estratégias de *coping*, o estado emocional foi o preditor mais importante, explicando mais do dobro da variância das representações de doença. A depressão foi preditor significativo das três estratégias de *coping*, associando-se positivamente ao Desânimo-Fraqueza e Preocupação Ansiosa e negativamente ao Espírito de Luta. Em termos de representações de doença, a percepção de consequências negativas da doença na vida da pessoa, foi preditor de maior uso do *coping* por Desânimo-Fraqueza e Preocupação Ansiosa, enquanto a percepção menos crónica da duração da doença e de maior eficácia dos tratamentos, se associou a um maior uso do Espírito de Luta.

No momento 2, ou seja *após a cirurgia*, foi possível verificar que o estado emocional é novamente preditor das três estratégias de *coping*, Desânimo-Fraqueza, Preocupação Ansiosa, e Espírito de Luta, com elevadas percentagens de variância explicadas pelo mesmo. A depressão continua a ser preditor significativo das três estratégias de *coping* e na mesma direcção que no momento pré-cirurgia, mas a ansiedade revela-se um preditor mais importante para o Desânimo-Fraqueza e para a Preocupação Ansiosa no momento pós-cirurgia. O modelo de Leventhal não se confirma para o Desânimo-Fraqueza na pós-cirurgia, uma vez que as representações de doença não são preditores significativos desta estratégia, sendo o estado emocional o único preditor. O modelo confirma-se para a Preocupação Ansiosa, com a preocupação acerca da doença e a percepção de sintomas associados a esta a prever esta forma de *coping*, enquanto o Controlo de Tratamento prevê o uso do Espírito de Luta.

Durante a fase dos *tratamentos complementares*, verificamos que o estado emocional continua a ser um preditor importante das estratégias de *coping* acima referidas, com maior peso para a Preocupação Ansiosa e menor para o Espírito de Luta. O modelo de Leventhal não se confirmou para o Desânimo-Fraqueza e para o Espírito de Luta, uma vez que as representações de doença não foram preditores significativos do *coping*. O modelo confirmou-se para a Preocupação Ansiosa, sendo a compreensão acerca da doença e a percepção de sintomas associados a esta as representações de doença que se constituíram como preditores significativos.

Quanto à *funcionalidade*, no momento *após a cirurgia*, o estado emocional e as representações de doença foram preditores significativos da percepção de dificuldades ao nível da Locomoção, Mobilidade e Actividades Sociais. As representações de doença tiveram maior valor preditivo do que o estado emocional. A depressão foi o preditor mais importante da funcionalidade percebida, com uma avaliação mais negativa associada a maior depressão. A representação cognitiva das consequências da doença, assim como dos sintomas associados a esta foram os preditores mais importantes da funcionalidade percebida.

No que respeita à funcionalidade, durante os *tratamentos complementares*, o estado emocional e as representações de doença, conjuntamente, foram preditores significativos da percepção de Mobilidade, Cuidados Pessoais, Alerta e Sono. O estado emocional foi o único preditor significativo da funcionalidade percebida ao nível da Locomoção, Lazer e Emoções, durante os tratamentos complementares. Quanto mais negativo o estado emocional, pior a funcionalidade percebida em todas as dimensões da

funcionalidade avaliadas. A percepção de sintomas da doença (Identidade) associou-se à percepção de funcionalidade nos Cuidados Pessoais e Alerta, a percepção de consequências da doença à avaliação da Mobilidade e a preocupação com a doença, às dificuldades percebidas relativamente ao Sono.

Em conclusão, quer relativamente ao *coping*, quer à funcionalidade percebida, o estado emocional e as representações da doença constituíram-se como preditores da maioria das variáveis consideradas, comprovando-se na generalidade a H3 para todos os momentos de avaliação. A variância explicada foi elevada, indicando que as variáveis consideradas são muito relevantes para a explicação do *coping* e funcionalidade ao longo do processo de ajustamento a esta doença oncológica.

#### **7.2.4 - Estado emocional e representações de doença enquanto preditores do *coping* e da funcionalidade, durante o tratamento**

A Hipótese 4, previa que as representações de doença e o estado emocional antes dos tratamentos (cirurgia e tratamentos complementares) fossem preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia ou durante os tratamentos complementares. A hipótese divide-se em duas sub-hipóteses:

Hipótese 4a) Prevê-se que as representações de doença e o estado emocional antes da cirurgia sejam preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia.

Hipótese 4b) Prevê-se que as representações de doença e o estado emocional antes da cirurgia sejam preditores significativos da funcionalidade e do *coping* durante os tratamentos complementares.

As hipóteses foram testadas por meio de análises de regressão hierárquica múltipla (modelo *Enter*), em que a idade, a escolaridade, as representações de doença e o estado emocional do momento 1 (pré-cirurgia) entram como preditores, e o *coping* e a funcionalidade nos momentos 2 e 3, como variáveis de resultado. Não se avaliou o momento 4 devido ao tamanho reduzido da amostra nesse momento. No bloco 1 foram introduzidas a idade e a escolaridade (quando estas variáveis se correlacionam significativamente com as variáveis de resultado), no bloco 2 entraram as variáveis emocionais no momento 1 (ansiedade e depressão) e no bloco 3 as representações de doença no momento 1, que apresentem correlações significativas com as variáveis de

resultado. Para o teste de hipóteses, daremos ênfase aos resultados referentes aos blocos 2 e 3.

À semelhança do que aconteceu na Hipótese 3, foram encontradas correlações moderadas a altas entre as escalas do HADS e do IPQ-B, conduzindo a alguns problemas de colinearidade que podem afectar os resultados, principalmente em termos de significância do IPQ-B nas variáveis de resultado. Deste modo, procedemos da mesma forma, retirando as sub-escalas do IPQ-B que apresentavam correlações elevadas (acima de .50) com a Ansiedade e Depressão, e quando os valores de VIF e tolerância ultrapassaram os pontos de corte recomendados (Pestana & Gageiro, 2005). Isto aconteceu mais frequentemente para as representações de doença “Resposta Emocional” e “Preocupação”. Esta redundância, foi assim resolvida, eliminando estas sub-escalas enquanto preditores. Ocorreram também correlações elevadas entre a Ansiedade e Depressão, o que motivou a combinação das duas variáveis no score total do HADS, à semelhança do que acontecera na Hipótese 3, e pelos motivos apontados anteriormente.

### **Preditores do *Coping* Pós-cirurgia**

Antes de procedermos às análises de regressão hierárquica, efectuámos um estudo das correlações entre o estado emocional e as representações de doença, antes da cirurgia, e o *coping* após a cirurgia (ver Quadro 87). O estudo destas correlações, permite-nos seleccionar quais as variáveis predictoras que se correlacionam com as variáveis de resultado e que devem ser incluídas em cada uma das análises de regressão hierárquica. Não foram realizadas análises de regressão quando as variáveis do estado emocional ou das representações de doença não foram correlatos significativos do *coping* pós-cirurgia, isto é, o Fatalismo. Na descrição dos resultados, o enfoque será nas variáveis psicossociais e não nas variáveis sociodemográficas, que já foram focadas na H3 e serão novamente referidas nas análises exploratórias.

**Quadro 87. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e o *coping* após a cirurgia(N= 74)**

	Desânimo Fraqueza 2	Preocupação Ansiosa 2	Espírito Luta 2	Evitamento Cognitivo 2
Consequências 1	.349**	.474**	--	.331
Duração 1	--	--	--	--
Controlo pessoal 1	--	--	--	--
Controlo tratamento 1	--	-.232	.340**	--

	Desânimo Fraqueza 2	Preocupação Ansiosa 2	Espírito Luta 2	Evitamento Cognitivo 2
Identidade 1	.232*	.302**	--	--
Preocupação 1	.346*	.591**	--	.379**
Compreensão 1	-.288*	-.374**	--	--
Resposta emocional 1	.269*	.498**	--	.385*
Ansiedade 1	.639*	.666**	--	--
Depressão 1	.528**	.531**	--	--
HADStotal 1	.536**	.641**	-.331**	--

\*p≤.05; \*\*p≤.01

Os resultados do Quadro 88, mostram que o estado emocional antes da cirurgia é um preditor significativo do Desânimo-Fraqueza no momento após a cirurgia ( $F=13.421$ ,  $p=.000$ ), explicando cerca de 24% da variância. A depressão pré-cirurgia parece constituir o preditor significativo do *coping*, verificando-se que quanto mais elevada a depressão antes da cirurgia, maior o uso do *coping* por Desânimo-Fraqueza após esta. As representações de doença antes da cirurgia não foram preditores significativos do *coping* por Desânimo-Fraqueza após a cirurgia. Assim, as variáveis incluídas no nosso modelo, explicam cerca de 35% da variância nesta estratégia de *coping*.

**Quadro 88. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Desânimo-Fraqueza (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo Fraqueza 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.124	10.172**			
Escolaridade			-.352	-3.189**	.352
<u>Bloco 2</u>	.243	13.421***			
Ansiedade 1				ns	
Depressão 1			.329	2.611*	.298
<u>Bloco 3</u>	.044	ns			
Consequências 1					
Identidade 1					
Preocupação 1					
Compreensão 1					
R <sup>2</sup> =.411; R <sup>2</sup> Corrigido: .348					

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

Os resultados referentes à Preocupação Ansiosa encontram-se no Quadro 89. Verifica-se que o estado emocional pré-cirurgia é um preditor significativo do *coping* por Preocupação Ansiosa pós-cirurgia, explicando uma grande parte da variância no uso desta estratégia (42%). Quer a ansiedade quer a depressão, antes da cirurgia,

contribuem significativamente para esta relação, apresentando correlações parciais positivas com esta variável. Assim, quanto mais elevadas forem a ansiedade e depressão, maior a utilização da Preocupação Ansiosa enquanto estratégia de *coping*. No que respeita às representações de doença, também estas, se revelaram preditores significativos da Preocupação Ansiosa, explicando a variância encontrada em cerca de 16%. Os resultados univariados demonstram que a percepção de controlo do tratamento e a preocupação com a doença, antes da cirurgia, são preditores significativos desta estratégia de *coping* no período que se segue à cirurgia, observando-se que uma percepção mais negativa acerca da eficácia dos tratamentos, bem como uma preocupação elevada acerca da doença, estão associadas a maior Preocupação Ansiosa pós-cirurgia. O modelo Global explica cerca de 53% da variância nesta estratégia de *coping* após a cirurgia.

**Quadro 89. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Preocupação Ansiosa 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.423	26.050***			
Ansiedade 1			.475	4.195***	.443
Depressão 1			.240	2.100*	.242
<u>Bloco 2</u>	.155	26.050***			
Consequências 1				ns	
Controlo tratamento 1			-.210	-2.398*	-.283
Identidade 1				ns	
Preocupação 1			.315	2.642*	.309
Compreensão 1				ns	
R <sup>2</sup> = .579; R <sup>2</sup> Corrigido: .534					

\*p ≤ .05; \*\*\*p ≤ .001

Os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla, referentes ao Espírito de Luta, são apresentados no Quadro 90, mostrando que apenas as variáveis emocionais são preditores significativos do Espírito de Luta após a cirurgia, com 10% da variância explicada. A Depressão é o preditor significativo, sendo a correlação parcial entre a Depressão e o Espírito de Luta negativa, ou seja, quanto maior o nível de Depressão, menor será o *coping* como Espírito de Luta. O modelo global apresentado explica cerca de 23% da variância desta estratégia de *coping*.

**Quadro 90. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Espírito de Luta (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.135	11.197**			
Escolaridade			.367	3.346**	.367
<u>Bloco 2</u>	.101	4.615*			
Ansiedade 1				ns	
Depressão 1			-.336	-2.426	-.278
<u>Bloco 3</u>	.035	ns			
Controlo tratamento 1					
R <sup>2</sup> = .271; R <sup>2</sup> Corrigido: .228					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

Os resultados da regressão relativos o Evitamento Cognitivo encontram-se no Quadro 91. Observa-se que o estado emocional, antes da cirurgia, é um preditor significativo do Evitamento Cognitivo, no momento pós-cirurgia, explicando cerca de 12% da variância. A ansiedade é a variável preditora desta estratégia de *coping*, apresentando uma correlação parcial positiva com o Evitamento Cognitivo, indicando que quanto maior a Ansiedade, maior o uso do Evitamento Cognitivo como estratégia de *coping*. As representações de doença são preditores significativos, explicando 10% da variância do Evitamento Cognitivo. Os resultados univariados mostram que a resposta emocional, é a única variável cognitiva que se aproxima da significância (p=.067), apresentando uma correlação parcial positiva com o *coping*. Assim, quanto maior a resposta emocional, maior o *coping* pelo Evitamento Cognitivo. O modelo global apresentado explica a cerca de 18% da variância do *coping* pelo Evitamento Cognitivo.

**Quadro 91. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Evitamento Cognitivo (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Evitamento Cognitivo 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.122	4.955*			
Ansiedade 1			.442	3.136**	.349
Depressão 1				ns	
<u>Bloco 2</u>	.100	4.431*			
Consequências 1				ns	
Resposta emocional 1			.272	1.860 <sup>a</sup>	.219
R <sup>2</sup> = .222; R <sup>2</sup> Corrigido: .177					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p < .10) quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

### Preditores da Funcionalidade Pós-cirurgia

Conforme fizemos para o *coping*, as correlações apresentadas no Quadro 92, possibilitam-nos seleccionar quais as variáveis que serão incluídas em cada uma das análises de regressão hierárquica que se seguem e que pretendem determinar se o estado emocional e as representações de doença antes da cirurgia são preditores significativos da funcionalidade após a cirurgia. Não foram realizadas regressões para as Tarefas Domésticas e o Lazer, pois estas variáveis não têm correlatos significativos ao nível do estado emocional ou das representações de doença.

**Quadro 92. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e a funcionalidade após a cirurgia (N=74)**

	Lç2	CP2	Mb2	AS2	Eç2	Al2	Sn2
Consequências 1	--	--	--	--	.281*	.237*	--
Duração 1	--	--	--	.233**	--	--	--
Contr. Pessoal 1	--	--	--	-.248*	--	--	--
Identidade 1	.298*	.289*	.231*	--	.238*	.425**	.326**
Preocupação 1	--	--	--	--	.284*	.239*	--
Resposta emocional 1	.385**	--	--	.300**	.416**	.315**	.230*
Ansiedade 1	.276*	--	--	.348**	.542**	--	--
Depressão 1	.315**	--	.317**	.355**	.481**	.257*	--
HADStotal 1	.329**	--	.287*	.391**	.568**	.242*	--

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Legenda: Lç – Locomoção, CP – Cuidados Pessoais, Mb – Mobilidade, AS – Actividades Sociais, Eç – Emoções, Al – Alerta, Sn – Sono.

Os resultados da análise de regressão múltipla relativos à Locomoção são apresentados no Quadro 93. Devido a problemas de colinearidade entre a depressão e ansiedade, o valor total do Hads foi utilizado e não o das duas subescalas. O estado emocional e as representações de doença são preditores significativos da Locomoção após a cirurgia, contribuindo cada um em cerca de 11% para a variância desta categoria da funcionalidade. O estado emocional apresenta uma correlação parcial positiva com a percepção da funcionalidade ao nível da Locomoção, indicando que, quanto maior a a emocionalidade negativa, pior a avaliação da funcionalidade. Nas representações de doença, a Identidade e a Resposta Emocional antes da cirurgia são preditores significativos da Locomoção no momento da pós-cirurgia, apresentando uma correlação parcial positiva com esta, o que indica que quanto maior a percepção de sintomas associados à doença e de resposta emocional associada à mesma, maiores são as



dificuldades com a Locomoção. O modelo global, aqui utilizado, explica 19% da variância encontrada para a Locomoção após a cirurgia.

**Quadro 93. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Locomoção (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Locomoção 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.109	8.763**			
HADStotal1			.329	2.960**	.329
<u>Bloco 2</u>	.11	4.969*			
Identidade 1			.240	2.210*	.255
Resposta emocional 1			.298	2.286*	.264
R <sup>2</sup> =.219; R <sup>2</sup> Corrigido: .186					

\*p<.05; \*\*p<.01

Os resultados do Quadro 94, mostram que as variáveis emocionais antes da cirurgia não são preditores significativos dos Cuidados Pessoais após a cirurgia. Quanto às representações de doença, verificou-se que a Identidade contribui em cerca de 9% para explicar a variância encontrada para os Cuidados Pessoais, após a cirurgia. À medida que aumenta a percepção de sintomas atribuídos à doença, antes da cirurgia, aumentam também as dificuldades percebidas com os Cuidados Pessoais. O modelo global explica cerca de 5% da variância nos Cuidados Pessoais.

**Quadro 94. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores dos Cuidados Pessoais (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Cuidados Pessoais 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.002	ns			
Ansiedade 1					
Depressão 1					
<u>Bloco 2</u>	.087	6.686*			
Identidade 1			.303	2.586*	.295
R <sup>2</sup> =.089; R <sup>2</sup> Corrigido: .050					

\*p<.05

Os resultados do Quadro 95, referem-se às análises de regressão para a Mobilidade. O estado emocional foi o único preditor significativo da percepção da funcionalidade ao nível da Mobilidade, explicando cerca de 10% da variância. A Depressão antes da cirurgia é o preditor significativo do grau de funcionalidade ao nível

da Mobilidade pós-cirúrgica, verificando-se que quanto mais elevados os níveis de depressão, maior a percepção de disfunção ao nível da Mobilidade. No seu conjunto, o modelo apresentado apenas explica 9% da variância da Mobilidade após a cirurgia.

**Quadro 95. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Mobilidade (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Mobilidade 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.100	3.956*			
Ansiedade 1				ns	
Depressão 1			.315	2.211*	.254
<u>Bloco 2</u>	.027	ns			
Identidade 1					
R <sup>2</sup> = .127; R <sup>2</sup> Corrigido: .090					

\*p ≤ .05

Os resultados da análise de regressão múltipla referentes à funcionalidade nas Actividades Sociais, são apresentados no Quadro 96. Estes mostram que o estado emocional antes da cirurgia é um preditor significativo da percepção de funcionalidade nas Actividades Sociais, após a cirurgia, explicando cerca de 15% da variância. Devido a problemas de colinearidade, utilizou-se o valor total do HADS como preditor, verificando-se uma correlação positiva deste com a percepção das Actividades Sociais. Isto indica que quanto maior a emocionalidade negativa, antes da cirurgia, maior a percepção de disfunção nas Actividades Sociais, após a cirurgia. No que respeita às representações de doença, antes da cirurgia, verifica-se que estas não são preditores significativos da percepção de dificuldades nas Actividades Sociais após a cirurgia. O modelo global explica cerca de 16% da variância nesta dimensão da funcionalidade.

**Quadro 96. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Actividades Sociais (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Lazer 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.153	13.026**			
HADStotal1			.391	3.609**	.391
<u>Bloco 2</u>	.051	ns			
Duração 1					
Controlo pessoal 1					
Resposta emocional 1					
R <sup>2</sup> = .205; R <sup>2</sup> Corrigido: .159					

\*\*p < .01

Os resultados relativos à percepção de funcionalidade ao nível das Emoções, encontram-se no Quadro 97. Estes revelam que as variáveis emocionais são as únicas preditoras da percepção da funcionalidade ao nível das Emoções, com cerca de 32% da variância explicada. A correlação entre as variáveis é positiva, ou seja, quanto maior for a emocionalidade negativa, antes da cirurgia, maior a dificuldade percebida ao nível das Emoções, após a cirurgia.

**Quadro 97. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Emoções (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Emoções 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.323	34.364***			
HADStotal1			.568	5.862***	.568
<u>Bloco 2</u>	.034	ns			
Consequências 1					
Identidade 1					
Resposta emocional 1					
R <sup>2</sup> = .357; R <sup>2</sup> Corrigido: .320					

\*\*\*p ≤ .001

No Quadro 98, apresentam-se os resultados relativos à funcionalidade percebida em termos do estado de Alerta, após a cirurgia. Verifica-se que as variáveis emocionais explicam em cerca de 6% a funcionalidade na dimensão Alerta. Observa-se uma correlação positiva, o que indica que quanto maior for o nível de emocionalidade negativa (Hads total), antes da cirurgia, maior a disfunção percebida no estado de Alerta, após a cirurgia. As representações de doença, antes da cirurgia, também revelaram ser preditores significativos da avaliação do estado de Alerta após a cirurgia, explicando-o em cerca de 19%. Os resultados univariados mostram que a Identidade, ou seja, a percepção de sintomas atribuídos à doença, e a resposta emocional, predizem a percepção de funcionalidade ao nível do Alerta. A correlação parcial entre estas variáveis e Alerta é positiva, estando uma percepção mais elevada de sintomas e uma maior resposta emocional negativa, associada a uma percepção de maiores dificuldades ao nível do estado de Alerta. O modelo global apresentado, explica em cerca de 21% a percepção desta dimensão da funcionalidade, após a cirurgia.

**Quadro 98. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do estado de Alerta (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Alerta 2</b>					
<u>Bloco 1</u>					
HADStotal1	.059	4.486*			
<u>Bloco 2</u>					
Consequências 1	.193	5.935**			
Identidade 1			.396	3.660***	.403
Resposta emocional 1			.277	1.996*	.234
R <sup>2</sup> = .252; R <sup>2</sup> Corrigido: .208					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

Os resultados da análise de regressão múltipla, apresentados no Quadro 99, mostram que o estado emocional, antes da cirurgia, não é um preditor significativo da percepção da funcionalidade ao nível do Sono após a cirurgia. No que refere às representações de doença, estas apresentam-se como preditores significativos do Sono após a cirurgia. A Identidade, antes da cirurgia, é o único preditor significativo do Sono, após a cirurgia, indicando que à medida que a percepção de sintomas associados com a doença aumenta, maiores são as dificuldades percebidas com o Sono. O modelo estudado contribui em cerca de 10% para explicar a variância das dificuldades percebidas com o Sono após a cirurgia.

**Quadro 99. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Sono (momento2) (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Sono 2</b>					
<u>Bloco 1</u>					
Ansiedade1	.028	ns			
Depressão1					
<u>Bloco 2</u>					
Identidade 1	.016	4.671*	.309	2.696**	.309
Resposta emocional 1				ns	
R <sup>2</sup> = .144; R <sup>2</sup> Corrigido: .095					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

**Resumo**

Concisamente, a Hipótese 4a, pode-se considerar confirmada em parte, tanto para o *coping* como para a funcionalidade, verificando-se que ou o estado emocional ou as representações de doença antes da cirurgia, são preditores destas variáveis de

ajustamento psicossocial pós-cirurgia, sendo preditores conjuntos para a Preocupação Ansiosa, Locomoção e Alerta.

No que refere ao *coping*, verificou-se que o estado emocional continua a ser o preditor mais importante, explicando uma boa parte da variância nas estratégias de *coping* consideradas, especialmente para a Preocupação Ansiosa. A depressão pré-cirurgia foi preditor do uso do *coping* por Desânimo-Fraqueza, Preocupação Ansiosa e Espírito de Luta após a cirurgia, verificando-se uma associação positiva com as duas primeiras estratégias, e negativa com a última. A ansiedade pré-cirurgia foi preditora do *coping* por Preocupação Ansiosa e Evitamento Cognitivo, também com correlações positivas com estas estratégias. Quanto às representações de doença, verificou-se que estas apresentam um valor preditivo menor em relação ao *coping* pós-cirurgia, apresentando apenas significância para a Preocupação Ansiosa e o Evitamento Cognitivo. Verifica-se que quanto menor for a percepção de controlo do tratamento maior será o recurso à estratégia de *coping* Preocupação Ansiosa e, quanto maior for a preocupação com a doença no momento da pré-cirurgia, maior será a Preocupação Ansiosa após a cirurgia. No que respeita ao Evitamento Cognitivo, a percepção da resposta emocional tende a prever o Evitamento Cognitivo após a cirurgia, indicando que quanto maior for a percepção de uma resposta emocional antes da cirurgia, maior será o Evitamento Cognitivo após esta.

No que refere à funcionalidade, os dados indicam que o estado emocional é o único preditor significativo da percepção de dificuldades pós-cirurgia ao nível da Mobilidade, Actividades Sociais e Emoções, verificando-se que com o aumento da emocionalidade negativa, aumenta a percepção de disfuncionalidade nestas áreas de vida. As representações de doença foram preditores únicos, embora limitados, para os Cuidados Pessoais, e o Sono, observando-se que quanto maior a percepção de sintomas associados à doença (Identidade), mais as dificuldades percebidas nos cuidados pessoais e no sono. A Identidade e Resposta Emocional foram preditores conjuntos da avaliação da Locomoção e Alerta, com maiores dificuldades associadas a maior percepção de sintomas de doença e maior resposta emocional a esta. O estado emocional também foi preditor significativo da Locomoção e Alerta após a cirurgia.

Segue-se a apresentação dos resultados das regressões hierárquicas para dar resposta à Hipótese 4b.

### Preditores do *Coping* durante os Tratamentos

Tal como na alínea anterior, antes de procedermos às análises de regressão hierárquica, efectuámos um estudo das correlações entre o estado emocional e as representações de doença, antes da cirurgia, e o *coping* durante os tratamentos complementares (ver Quadro 100). O estudo destas correlações permite-nos seleccionar quais as variáveis predictoras que se correlacionam com as variáveis de resultado e que devem ser incluídas em cada uma das análises de regressão hierárquica. Não foram realizadas análises de regressão para o Fatalismo, uma vez que não apresentam correlatos significativos.

**Quadro 100. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre as representações de doença e estado emocional antes da cirurgia, e o *coping* durante os tratamentos complementares (N= 74)**

	Desânimo Fraqueza <sup>3</sup>	Preocupação Ansiosa <sup>3</sup>	Espírito Luta <sup>3</sup>	Evitamento Cognitivo <sup>3</sup>
Consequências 1	.315**	.273*	--	--
Duração 1	--	--	--	--
Controlo tratamento 1	-.291*	--	.275*	--
Identidade 1	.239*	--	--	--
Preocupação 1	--	.292*	--	--
Compreensão 1	-.283*	-.376**	--	--
Resposta emocional 1	.305*	.361**	--	.275*
Ansiedade 1	.359**	.334**	--	--
Depressão 1	.505**	.440**	-.308*	--
HADS total 1	.479**	.428**	-.260*	--

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Os resultados do Quadro 101, referem-se às análises de regressão para o Desânimo-Fraqueza durante os tratamentos complementares. O estado emocional foi o único preditor significativo desta estratégia de *coping*, explicando cerca de 23% da variância. A correlação entre o estado emocional e o Desânimo-Fraqueza é positiva, o que revela que quanto mais elevados os níveis de ansiedade e depressão, maior a utilização desta estratégia de *coping*. No seu conjunto, o modelo apresentado explica cerca de 26% da variância do Desânimo-Fraqueza durante os tratamentos complementares.

**Quadro 101. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Desânimo Fraqueza (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo Fraqueza 3</b>					
<u>Bloco 2</u>	.229	19.614***			
HADStotal 1			.479	4.429***	.479
<u>Bloco 3</u>	.083	ns			
Consequências 1					
Controlo tratamento 1					
Identidade 1					
Compreensão 1					
R <sup>2</sup> = .312; R <sup>2</sup> Corrigido: .257					

\*\*\*p ≤ .001

O Quadro 102, mostra que as variáveis emocionais, antes da cirurgia, são preditores significativos da Preocupação Ansiosa durante a fase de tratamento, contribuindo em cerca de 14% para a sua explicação. Nesta análise de regressão, tivemos que usar o HADS total como preditor devido à colinearidade entre a ansiedade e depressão. O estado emocional apresenta uma correlação parcial positiva com a Preocupação Ansiosa, o que indica que quanto maior for a ansiedade e a depressão, maior o recurso à Preocupação Ansiosa. As representações de doença, antes da cirurgia, não revelaram ser preditores significativos da Preocupação Ansiosa durante os tratamentos complementares. No seu conjunto, as variáveis no modelo explicam cerca de 23% da variância no  *coping*  por Preocupação Ansiosa.

**Quadro 102. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Preocupação Ansiosa (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Preocupação Ansiosa 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.105	3.794*			
Idade			-.298	-2.260*	-.270
Escolaridade			-.321	-2.435*	-.289
<u>Bloco 2</u>	.141	11.948**			
HADStotal 1			.383	3.457**	.397
<u>Bloco 3</u>	.041	ns			
Preocupação 1					
Compreensão 1					
R <sup>2</sup> = .286; R <sup>2</sup> Corrigido: .229					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

Os resultados apresentados no Quadro 103, revelam que a Depressão antes da cirurgia é um preditor significativo do Espírito de Luta durante os tratamentos complementares, explicando cerca de 6% da variância, verificando-se que quanto mais elevada a depressão, menor o uso do Espírito de Luta. As variáveis incluídas no nosso modelo explicam cerca de 13% da variância nesta estratégia de *coping*.

**Quadro 103. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Espírito de Luta (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.091	6.576*			
Escolaridade			.301	2.564*	.301
<u>Bloco 2</u>	.056	4.282*			
Depressão 1			-.246	-2.069*	-.249
<u>Bloco 3</u>	.026	ns			
Controlo tratamento 1					
R <sup>2</sup> = .173; R <sup>2</sup> Corrigido: .134					

\*p≤.05

O Quadro 104, mostra que as variáveis emocionais, antes da cirurgia, não são preditores significativos do Evitamento Cognitivo durante a fase de tratamento complementar. A representação de doença, antes da cirurgia, referente à resposta emocional, é preditor significativo do Evitamento Cognitivo durante os tratamentos complementares, contribuindo em cerca de 6% para a sua explicação. Esta apresenta uma correlação parcial positiva com o Evitamento Cognitivo: quanto maior a percepção da resposta emocional à doença, maior a utilização desta estratégia de *coping*. No seu conjunto, as variáveis no modelo explicam cerca de 11% da variância no *coping* por Evitamento Cognitivo.

**Quadro 104. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do Evitamento Cognitivo (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Evitamento Cognitivo 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.087	6.257*			
Idade			-.294	-2.501*	-.294
<u>Bloco 2</u>	.007	ns			
<u>HADStotal 1</u>					
<u>Bloco 3</u>	.057	4.312*			
Resposta emocional 1			.296	2.077*	.251
R <sup>2</sup> = .150; R <sup>2</sup> Corrigido: .111					

\*p≤.05



### Preditores da Funcionalidade durante os Tratamentos

No Quadro 105, apresentam-se as correlações entre as representações de doença e o estado emocional, antes da cirurgia, e a funcionalidade, durante os tratamentos complementares. A partir destas correlações serão determinadas as variáveis a considerar em cada modelo de regressão hierárquica múltipla. Não foram realizadas regressões para as Tarefas Domésticas, Lazer e Sono, pois estas variáveis não apresentam correlações significativas com o estado emocional ou com as representações de doença.

**Quadro 105. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre as Representações de Doença e Estado Emocional antes da cirurgia, e a Funcionalidade durante os tratamentos complementares (n=68)**

	CP3	Mb3	A S3	Eç3	Al3
Identidade 1	.334*	.294*	--	.255*	.255*
Preocupação 1	--	--	--	--	--
Compreensão 1	--	--	--	--	--
Resposta emocional 1	.314**	.281	.265*	--	--
Ansiedade 1	--	--	.402**	.402**	--
Depressão 1	--	--	.309**	--	--
HADStotal 1	--	--	.348**	.391**	--

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

Legenda: Lç – Locomoção; CP – Cuidados Pessoais; Mb – Mobilidade; AS – Atividades Sociais; Eç – emoções; Al – Alerta.

Como pode ser verificado no Quadro 106, as variáveis emocionais antes da cirurgia não são preditores significativos da funcionalidade ao nível dos Cuidados Pessoais durante os tratamentos complementares. As representações de doença, no seu conjunto, explicam cerca de 14% da variância, sendo a Identidade e a Resposta Emocional, preditores significativos da percepção de funcionalidade ao nível dos Cuidados Pessoais, durante os tratamentos. A correlação parcial entre Identidade e Cuidados Pessoais, e entre Resposta Emocional e Cuidados Pessoais, é positiva, indicando que quanto maior for a percepção de sintomas associados ao cancro da mama (Identidade), maiores as dificuldades sentidas ao nível dos Cuidados Pessoais; e quanto maior a percepção da Resposta Emocional à doença, maiores as dificuldades nesta categoria. O modelo global aqui apresentado explica cerca de 15% da variância nesta dimensão da funcionalidade.

**Quadro 106. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores dos Cuidados Pessoais (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Cuidados Pessoais 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.049	ns			
HADStotal 1					
<u>Bloco 1</u>	.136	5.333**			
Identidade 1			.301	2.575*	.306
Resposta emocional 1			.284	2.051*	.248
R <sup>2</sup> = .185; R <sup>2</sup> Corrigido: .147					

\*p≤.05; \*\*p≤.01

Os resultados da regressão relativos à Mobilidade encontram-se no Quadro 107. Observa-se que o estado emocional, antes da cirurgia, não é um preditor significativo da funcionalidade ao nível da Mobilidade, durante os tratamentos complementares. As representações de doença são preditores significativos, explicando 12% da variância da Mobilidade. Os resultados univariados mostram que a Identidade é o único preditor significativo da Mobilidade durante os tratamentos complementares, embora a Resposta Emocional apresente uma tendência de significância (p= .053). Ambas apresentam correlações parciais positivas com a Mobilidade. Assim, quanto maior a percepção de sintomas associados à doença e quanto maior a percepção da resposta emocional à doença, maiores as dificuldades percebidas ao nível da Mobilidade. O modelo global apresentado explica cerca de 11% da variância da funcionalidade percebida nesta dimensão.

**Quadro 107. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores da Mobilidade (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Mobilidade 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.029	ns			
HADStotal 1					
<u>Bloco 1</u>	.119	4.456*			
Identidade 2			.271	2.270*	.273
Resposta emocional 2			.280	1.975 <sup>a</sup>	.240
R <sup>2</sup> = .148; R <sup>2</sup> Corrigido: .108					

\*p≤.05

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p < .10) quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Os resultados da análise de regressão múltipla referentes à funcionalidade nas Actividades Sociais, são apresentados no Quadro 108. Estes mostram que o estado emocional antes da cirurgia é um preditor significativo da percepção de funcionalidade nas Actividades Sociais, durante os tratamentos complementares, explicando cerca de 12% da variância. Devido a problemas de colinearidade utilizou-se o valor total do HADS como preditor, verificando-se uma correlação positiva deste com a percepção da funcionalidade em termos das Actividades Sociais. Isto indica que quanto maior a emocionalidade negativa, maior a percepção de disfunção nas Actividades Sociais. No que respeita às representações de doença, antes da cirurgia, verifica-se que estas não são preditores significativos da percepção de dificuldades nas Actividades Sociais durante os tratamentos complementares. O modelo global explica cerca de 12% da variância nesta dimensão da funcionalidade.

**Quadro 108. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Actividades Sociais (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Actividades Sociais 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.121	9.066**			
HADStotal 1			.348	3.011**	.348
<u>Bloco 2</u>	.025	ns			
Resposta emocional 1					
R <sup>2</sup> = .146; R <sup>2</sup> Corrigido: .119					

\*\*p ≤ .01

Os resultados da análise de regressão múltipla referentes à funcionalidade ao nível da Emoções, são apresentados no Quadro 109. Estes mostram que o estado emocional antes da cirurgia é um preditor significativo da percepção de funcionalidade a nível emocional, durante o tratamento, explicando cerca de 17% da variância. A ansiedade é a variável que revelou ser um preditor significativo, verificando-se uma correlação positiva desta com o valor das Emoções. Isto indica que quanto maior a ansiedade, antes da cirurgia, maior a percepção de disfunção a nível das emoções, durante o tratamento. No que respeita às representações de doença, antes da cirurgia, verifica-se que estas não são preditores significativos da percepção de dificuldades a nível das Emoções, durante o tratamento. O modelo global explica cerca de 14% da variância nesta dimensão da funcionalidade.

**Quadro 109. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores das Emoções (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Emoções 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.166	6.465**			
Ansiedade 1			.347	2.346*	.279
Depressão 1				ns	
<u>Bloco 2</u>	.013	ns			
Identidade 1					
R <sup>2</sup> = .179; R <sup>2</sup> Corrigido: .141					

\*p≤.05

Os resultados da regressão hierárquica apresentados no Quadro 110, mostram que nem o estado emocional nem as representações de doença, antes da cirurgia, são preditores significativos do Alerta durante os tratamentos complementares.

**Quadro 110. Resultados da regressão hierárquica com o estado emocional e as representações de doença (momento1) como preditores do estado de Alerta (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Alerta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.055	ns			
Ansiedade 1					
Depressão 1					
<u>Bloco 1</u>	.040	ns			
Identidade 1					
R <sup>2</sup> = .096; R <sup>2</sup> Corrigido: .053					

### Resumo

Quanto aos preditores do *coping* durante os tratamentos complementares, verifica-se que, à semelhança do momento pós-cirurgia, o estado emocional pré-cirurgia continua a ser o principal preditor das várias estratégias de *coping*. Assim, verifica-se que quanto mais elevada for a emocionalidade negativa, maior o uso do Desânimo-Fraqueza e Preocupação Ansiosa, e menor o recurso ao Espírito de Luta. O uso do Evitamento Cognitivo durante os tratamentos complementares não é previsto pelo estado emocional mas apresenta correlação positiva com a representação de doença, Resposta Emocional.

Em relação à funcionalidade, verifica-se uma associação mais ténue dos preditores considerados com as dimensões estudadas, do que no momento pós-cirurgia. As representações de doença são apenas preditores significativos dos Cuidados Pessoais

e da Mobilidade, sendo a Identidade e a Resposta Emocional aquelas que se associam à funcionalidade percebida nestas categorias. O estado emocional é preditor significativo da percepção de dificuldades nas Actividades Sociais e nas Emoções.

### **7.2.5 - Papel do optimismo enquanto preditor do ajustamento psicossocial ao cancro da mama ao longo do tratamento**

A Hipótese 5 previa que o optimismo fosse um preditor significativo do ajustamento psicossocial do cancro da mama ao longo do processo de tratamento. Para especificar esta hipótese, fizemos uma subdivisão em duas alíneas:

Hipótese 5a) O optimismo será um preditor significativo do estado emocional e representações de doença após cirurgia e durante os tratamentos complementares (T2 e T3).

Hipótese 5b) O optimismo será um preditor independente do *coping* e da funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, controlando o estado emocional.

Esta hipótese foi testada recorrendo a análises de regressão múltipla com modelos diferentes para a H5a e H5b. Para testar a H5a, no bloco 1 foram introduzidas a idade e a escolaridade (quando correlatos da variável de resultado), no bloco 2 a Depressão no momento 1 e no bloco 3 o Optimismo (nos T2 e T3). A Depressão 1 foi controlada, devido às correlações elevadas entre a Depressão 1 e o Optimismo, Para testar a H5b, no bloco 1 introduziram-se igualmente as variáveis demográficas, no bloco 2 o estado emocional no T2 ou T3, e no bloco 3 o optimismo. O *coping* e a funcionalidade nos momentos T2 ou T3 foram as variáveis de resultado. Para o estudo desta hipótese só utilizamos o momento 2 e o momento 3 de avaliação, porque a funcionalidade só começou a ser avaliada após a cirurgia (momento T2) e porque o número de sujeitos no momento T4 (final dos tratamentos) era reduzido, pelo que não seria válido efectuar as regressões hierárquicas múltiplas. Com carácter exploratório, testou-se ainda o possível papel mediador do estado emocional na relação entre o optimismo e as representações de doença, o *coping* ou a funcionalidade. Com esse efeito, realizaram-se novas análises de regressão em que se inverteu a ordem dos preditores optimismo e estado emocional.

**O otimismo enquanto preditor do estado emocional e das representações de doença após cirurgia e durante o tratamento.**

Começaremos por apresentar o quadro de correlações entre o otimismo e as variáveis psicossociais que serão analisadas nos modelos de regressão (ver Quadro 111). Como para as outras hipóteses testadas através de regressão múltipla, só se realizaram regressões para as variáveis com correlatos significativos.

**Quadro 111. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o Optimismo, Estado Emocional e as Representações de Doença no momento 2 e 3 (N=74; n=68)**

	Depressão2	Consequências2	Controlo2 Pessoal	Controlo Tratamento2	Compreensão2
Optimismo	-.568**	-.309**	.277*	.367**	.295*
	Depressão3	Consequências3	Controlo Pessoal3	Controlo Tratamento3	Resposta Emocional3
Optimismo	-.475**	-.379**	.335**	.414**	-.285*

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

**Variáveis Emocionais**

O Quadro 112, mostra que o Optimismo não é um preditor significativo da Depressão após a cirurgia. Não se verificaram problemas de colinearidade entre os preditores. No que refere à Depressão, durante o tratamento, constatamos que o Optimismo apresenta uma tendência de significância ( $p = .079$ ), com uma modesta variância acrescentada de 3%; as variáveis apresentam uma correlação parcial negativa, o que significa que níveis mais elevados de otimismo, antes da cirurgia, correspondem a níveis mais baixos de depressão durante o tratamento complementar. É interessante notar as correlações muito elevadas entre a depressão pré-cirurgia e os valores de depressão ao longo do tratamento.

**Quadro 112. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor da depressão após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Depressão 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.058	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.942	91851.943***			
Depressão 1			1.000	303.071***	1.000
<u>Bloco 3</u>	.000	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .999; R <sup>2</sup> Corrigido: .999					
<b>Depressão 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.099	3.558*			
Idade				ns	
Escolaridade			-.260	-1.196 <sup>a</sup>	-.236
<u>Bloco 2</u>	.252	24.903***			
Depressão 1			.522	4.990	.529
<u>Bloco 3</u>	.031	3.192 <sup>a</sup>			
Optimismo			-.218	-1.787 <sup>a</sup>	-.220
R <sup>2</sup> = .382; R <sup>2</sup> Corrigido: .343					

\*p ≤ .05; \*\*\*p ≤ .001

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

O Quadro 113, apresenta os resultados relativamente às análises de regressão hierárquica para a Depressão, nos momentos T2 e T3, invertendo a ordem do optimismo e depressão enquanto preditores. Os resultados mostram que, quando a depressão entra como preditor após o Optimismo, este se torna um preditor significativo da Depressão após a cirurgia e durante o tratamento (19-29% de variância explicada). Além disso, a variância explicada pela depressão diminui consideravelmente. Como quando o mediador (depressão) é controlado, a influencia do Optimismo se torna não significativa (T2 e T3), pode-se considerar a depressão no primeiro momento um mediador completo da influência do optimismo na depressão após a cirurgia e durante os tratamentos complementares.

**Quadro 113. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo na Depressão pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Depressão 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.058	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.287	30.666***			
Optimismo			-.543	-5.538***	-.552
<u>Bloco 3</u>	.655	62976.228***			
Depressão 1			1.001	250.951***	.999
R <sup>2</sup> = .999; R <sup>2</sup> Corrigido: .999					
<b>Depressão 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.099	3.558*			
Idade				ns	
Escolaridade			-.260	<i>-1.961<sup>a</sup></i>	-.236
<u>Bloco 2</u>	.186	16.607***			
Optimismo			-.437	-4.075***	-.454
<u>Bloco 3</u>	.098	10.004**			
Depressão 1			.395	3.163**	.370
R <sup>2</sup> = .382; R <sup>2</sup> Corrigido: .343					

\*p ≤ .05; \*\*\*p ≤ .001

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

### Representações de Doença

O Quadro 114 apresenta os resultados relativamente às análises de regressão hierárquica para a percepção das consequências da doença, nos momentos T2 e T3. Os resultados mostram que, quando a depressão é controlada, o Optimismo não é um preditor significativo da percepção de Consequências após a cirurgia ou durante os tratamentos complementares.

**Quadro 114. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor das Consequências após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Consequências 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.013	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.205	18.386***			
Depressão 2			.467	4.288***	.456
<u>Bloco 3</u>	.009	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .228; R <sup>2</sup> Corrigido: .183					



Continuação: **Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor das Consequências após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

<b>Consequências 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.008	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.353	35.383***			
Depressão 3			.626	5.949***	.597
<u>Bloco 3</u>	.018	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .379; R <sup>2</sup> Corrigido: .340					

\*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

Devido à correlação moderada alta entre o Optimismo e a Depressão no mesmo momento ( $r = -.57$ ), decidimos investigar o potencial papel mediador da depressão na relação entre o Optimismo e as Representações de Doença. O Quadro 115, apresenta os resultados relativamente às análises de regressão hierárquica para a percepção das consequências da doença, nos momentos T2 e T3, invertendo a ordem do optimismo e depressão enquanto preditores. Os resultados mostram que, quando a depressão entra como preditor após o Optimismo, este se torna um preditor significativo da percepção de Consequências da doença após a cirurgia e durante o tratamento (11-15% de variância explicada). Além disso, como esperado, a variância explicada pela depressão diminui consideravelmente. Como quando o mediador (depressão) é controlado, a influencia do Optimismo se torna não significativa (T2 e T3), pode-se considerar a depressão um mediador completo da influência do optimismo nesta representação de doença. Assim, o optimismo influencia a percepção de consequências da doença pela sua influência na depressão, tendo uma influência indirecta nesta representação de doença.

**Quadro 115. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo nas Consequências pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Consequências 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.013	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.109	8.733**			
Optimismo			-.336	-2.955**	-.333
<u>Bloco 3</u>	.105	9.401**			
Depressão2			.401	3.066**	.346

Continuação: **Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo nas Consequências pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

R <sup>2</sup> = .228; R <sup>2</sup> Corrigido: .183					
<b>Consequências 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.008	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.151	11.531**			
Optimismo			-.395	-3.396**	-.391
<u>Bloco 3</u>	.220	22.296***			
Depressão 3			.554	4.722***	.511
R <sup>2</sup> = .379; R <sup>2</sup> Corrigido: .340					

\*\* p ≤ .01; \*\*\* p ≤ .001

Os resultados referentes ao Optimismo enquanto preditor da percepção de Controlo Pessoal após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, apresentados no Quadro 116, mostram que o Optimismo apresenta uma tendência de significância, quer após a cirurgia (p= .094), quer durante os tratamentos complementares (p=.088), sendo a variância única explicada muito modesta (cerca de 4%). As variáveis apresentam uma correlação parcial positiva, o que significa que quanto mais elevado o Optimismo, antes da cirurgia, mais elevada a percepção de Controlo Pessoal durante o tratamento.

**Quadro 116. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor do Controlo Pessoal após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N= 74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Controlo Pessoal 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.023	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.056	4.258*			
Depressão 2			-.244	-2.064*	-.239
<u>Bloco 3</u>	.037	2.890 <sup>a</sup>			
Optimismo			.234	1.700 <sup>a</sup>	.201
R <sup>2</sup> = .116; R <sup>2</sup> Corrigido: .064					

Continuação: **Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor do Controlo Pessoal após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N= 74, n=68)**

<b>Controlo Pessoal 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.025	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.107	7.920**			
Depressão 3			-.345	-2.814**	-.332
<u>Bloco 3</u>	.040	3.011 <sup>a</sup>			
Optimismo			.227	1.735 <sup>a</sup>	.214
R <sup>2</sup> = .172; R <sup>2</sup> Corrigido: .119					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

Para investigar o papel mediador da depressão, realizámos novas regressões invertendo o Optimismo e a depressão nos momentos T2 e T3. Os resultados apresentados no Quadro 117, mostram que a variância explicada pelo Optimismo aumentou mas quando este é controlado, a depressão deixa de ser preditor significativo. Assim, não se verifica que a depressão é mediador da influência do Optimismo na percepção do Controlo Pessoal após a cirurgia. No entanto, em relação aos tratamentos complementares, a depressão aproxima-se da significância, sugerindo uma mediação parcial da relação entre o optimismo e esta representação de doença.

**Quadro 117. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo no Controlo Pessoal pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Controlo Pessoal 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.023	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.085	6.648*			
Optimismo			.295	2.578*	.295
<u>Bloco 3</u>					
Depressão 2	.008	ns			
R <sup>2</sup> = .116; R <sup>2</sup> Corrigido: .064					
<b>Controlo Pessoal 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.025	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.106	7.829**			
Optimismo			.331	2.798**	.330
<u>Bloco 3</u>	.041	3.095 <sup>a</sup>			
Depressão 3			-.238	-1.759	-.216
R <sup>2</sup> = .172; R <sup>2</sup> Corrigido: .119					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01; <sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

Como pode ser observado no Quadro 118, o Optimismo é um preditor significativo da percepção que a doente tem acerca da eficácia dos tratamentos, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, mesmo depois de controlada a depressão nesses momentos. Verifica-se que 9% da percepção do Controlo pelo Tratamento no T2 é explicada pelo Optimismo. Constatamos, também que 6% da percepção do Controlo pelo Tratamento no T3 é explicada pelo optimismo. As variáveis apresentam uma correlação parcial positiva, o que significa que quanto mais elevado o optimismo, antes da cirurgia, mais elevada a percepção do Controlo pelo Tratamento, ou seja, maior a confiança na eficácia dos tratamentos.

**Quadro 118. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor do Controlo do Tratamento após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Controlo Tratamento 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.037	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.029	ns			
Depressão 2					
<u>Bloco 3</u>	.089	7.289**			
Optimismo			.363	2.700**	.309
R <sup>2</sup> = .156; R <sup>2</sup> Corrigido: .107					
<b>Controlo Tratamento 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.098	3.526 *			
Idade				ns	
Escolaridade			.263	1.986 <sup>a</sup>	.239
<u>Bloco 2</u>	.108	8.704**			
Depressão 3			-.346	-2.950**	-.346
<u>Bloco 3</u>	.061	5.205*			
Optimismo			.280	2.282**	.276
R <sup>2</sup> = .266; R <sup>2</sup> Corrigido: .220					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p < .10), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Á semelhança das análises anteriores, realizámos novas regressões invertendo o Optimismo e a depressão, mas apenas no momento T3 porque a depressão não era um preditor significativo no momento T2. Os resultados apresentados no Quadro 119, mostram que a variância explicada pelo Optimismo aumentou de 6% para cerca de 14%. A depressão aproxima-se da significância, sugerindo uma mediação parcial da relação entre o optimismo e esta representação de doença.

**Quadro 119. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo no Controlo de Tratamento durante os tratamentos (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Controlo Tratamento 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.098	3.526 *			
Idade				ns	
Escolaridade			.263	1.968 <sup>a</sup>	.239
<u>Bloco 2</u>	.136	11.343**			
Optimismo			.374	3.368**	.388
<u>Bloco 3</u>	.033	2.817 <sup>a</sup>			
Depressão 3			-.214	-1.678 <sup>a</sup>	-.207
R <sup>2</sup> = .266; R <sup>2</sup> Corrigido: .220					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância nas sub-escalas (p < .10), quando o efeito do conjunto das variáveis nesse bloco foi significativo

Como pode ser verificado no Quadro 120, o Optimismo não é um preditor significativo da percepção que a paciente tem acerca da compreensão da doença, após a cirurgia. O Optimismo não foi correlato significativo da Compreensão durante o tratamento (T3).

**Quadro 120. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor da Compreensão após a cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Compreensão 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.089	3.480*			
Idade				ns	
Escolaridade			.265	2.058*	.237
<u>Bloco 2</u>	.142	12.889**			
Depressão 2			-.388	-3.590***	-.394
<u>Bloco 3</u>	.003	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .234; R <sup>2</sup> Corrigido: .189					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

Os resultados apresentados no Quadro 121, mostram que a variância explicada pelo optimismo, quando este foi inserido antes da depressão, passou a ser significativa. Em contraste, a variância explicada pela depressão diminui consideravelmente, embora esta se mantenha um preditor significativo da Compreensão. Assim, pode-se considerar que a depressão é um mediador completo da influência do Optimismo nesta representação de doença após a cirurgia.

**Quadro 121. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo na Compreensão após a cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Compreensão 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.089	3.480*			
Idade				ns	
Escolaridade			.265	2.058*	.237
<u>Bloco 2</u>	.063	5.190*			
Optimismo			.254	2.278*	.263
<u>Bloco 3</u>	.081	7.329**			
Depressão 2			-.352	-2.707**	-.310
R <sup>2</sup> = .234; R <sup>2</sup> Corrigido: .189					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

No Quadro 122, podemos observar que o optimismo não é um preditor significativo da percepção que a doente tem da sua Resposta Emocional à doença, durante os tratamentos complementares, quando controlamos o seu estado emocional no momento T3. O Optimismo não foi correlato significativo da Resposta Emocional após a cirurgia, pelo que não foram feitas análises de regressão para esse momento.

**Quadro 122. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o Optimismo (momento 1) como preditor da Resposta Emocional durante os tratamentos complementares (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Resposta Emocional 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.048	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.190	16.003***			
Depressão 3			.460	4.000***	.447
<u>Bloco 3</u>	.005	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .244; R <sup>2</sup> Corrigido: .196					

\*\*\*p ≤.001

No Quadro 123, apresentam-se os resultados das análises de regressão, invertendo o Optimismo e a depressão como preditores da Resposta Emocional durante os tratamentos. Os resultados mostram que o Optimismo, se não se controlar a depressão, passa a ser um preditor significativo da percepção da Resposta Emocional durante os tratamentos, com cerca de 7% da variância explicada. A depressão mantém-se preditor significativo, embora com menor variância explicada que nas primeiras

análises. Assim, pode-se considerar que a depressão é um mediador completo da influência do optimismo na Resposta Emocional.

**Quadro 123. Resultados das análises de regressão hierárquica, com a Depressão como mediador da influência do Optimismo na Resposta Emocional durante os tratamentos (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Resposta Emocional 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.048	ns			
Idade					
Escolaridade					
<u>Bloco 2</u>	.069	4.974*			
Optimismo			-.266	-2.230*	-.269
<u>Bloco 3</u>	.127	10.571**			
Depressão 3			.421	3.251**	.379
R <sup>2</sup> = .244; R <sup>2</sup> Corrigido: .196					

\*p≤.05; \*\*p≤.01

### Resumo

No que respeita ao optimismo enquanto preditor do estado emocional após a cirurgia e durante os tratamentos, os resultados parecem não confirmar a hipótese 5.a. A variância explicada pelo optimismo no estado emocional e representações de doença, para além do estado emocional pré-cirurgia, ou não é significativa ou é muito reduzida. A exceção é o Controlo de Tratamento, em que o Optimismo é um preditor significativo nos momentos T2 e T3, verificando-se que quanto maior o optimismo, maior a percepção de eficácia do tratamento. Os resultados aproximam-se da significância quanto à Depressão nos tratamentos complementares, indicando que as mulheres mais optimistas tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão, e em relação ao Controlo Pessoal após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, em que maior optimismo se associa a maior percepção de controlo pessoal.

Em contraste, as análises de mediação, apresentam confirmação parcial desta hipótese relativamente às representações de doença, uma vez que se verifica que a influência do Optimismo nestas é maioritariamente indirecta, ou seja, mediada completamente pela depressão. Esta mediação verifica-se mais para as representações de doença nos tratamentos complementares. Assim, o optimismo parece influenciar várias representações de doença através da sua influência na depressão, e a influência da depressão nas representações de doença.

### **O optimismo enquanto preditor independente do *coping* e da funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares**

No Quadro 124, apresentam-se as correlações entre o optimismo e o *coping*, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. Estas correlações permitem-nos determinar as variáveis a considerar em cada modelo de regressão hierárquica. Não foram realizadas regressões para a Preocupação Ansiosa, Evitamento Cognitivo e Fatalismo, após a cirurgia, nem para a Preocupação Ansiosa e o Evitamento Cognitivo, durante os tratamentos complementares, pois estas variáveis não apresentam correlações significativas com o optimismo.

À semelhança da Hipótese 5a, foram feitas análises de regressão invertendo o optimismo e o estado emocional, no sentido de investigar o papel mediador deste na relação entre o Optimismo e o *coping*.

**Quadro 124. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre o Optimismo e o *Coping* nos momentos 2 e 3 (N=74, n=68)**

	Desânimo-Fraqueza 2	Espírito de Luta 2	Desânimo-Fraqueza 3	Espírito de Luta 3	Fatalismo 3
Optimismo	-.370**	.444**	-.355**	.345**	.295*

\*p<.05; \*\*p<.01

No Quadro 125, começamos a apresentar os resultados das análises que testam a hipótese de que o optimismo é um preditor independente, do *coping* e da funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (controlando o estado emocional). Os resultados apresentados no Quadro 125, mostram que o Optimismo não é um preditor significativo do Desânimo-Fraqueza após a cirurgia nem durante os tratamentos complementares, quando controlado o estado emocional nesse momento. No momento 3, foi utilizado o HADS total devido a problemas de colinearidade entre a ansiedade e depressão, neste momento de avaliação.



**Quadro 125. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Desânimo-Fraqueza após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo-Fraqueza 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.124	10.172**			
Escolaridade			-.352	-3.185**	-.352
<u>Bloco 2</u>	.400	29.365***			
Ansiedade 2			.491	5.281***	.534
Depressão 2			.251	2.660*	.303
<u>Bloco 3</u>	.009	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .533; R <sup>2</sup> Corrigido: .506					
<b>Desânimo Fraqueza 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.471	58.841***			
HADS total 3			.687	7.671***	.687
<u>Bloco 2</u>	.010	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .482; R <sup>2</sup> Corrigido: .466					

\*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

Os resultados das análises de mediação (Quadro 126) indicam que o estado emocional é um mediador completo da influência do Optimismo no *coping* por Desânimo- Fraqueza, uma vez que o Optimismo, quando não se controla o estado emocional, é um preditor significativo do *coping* nos dois momentos (10 e 13% de variância explicada). O estado emocional reduz a sua variância explicada, quando se controla o optimismo, mas mantém-se um preditor significativo do *coping*, confirmando, assim o seu papel mediador.

**Quadro 126. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Desânimo- Fraqueza pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Desânimo-Fraqueza 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.124	10.172**			
Escolaridade			-.352	-3.185**	-.352
<u>Bloco 2</u>	.100	9.145**			
Optimismo			-.321	-3.024***	-.338
<u>Bloco 3</u>	.309	22.837***			
Ansiedade 2			.496	5.346***	.541
Depressão 2				ns	
R <sup>2</sup> = .533; R <sup>2</sup> Corrigido: .506					

Continuação: **Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Desânimo- Fraqueza pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

<b>Desânimo Fraqueza 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.126	9.530**			
Optimismo			-.355	-3.087**	-.355
<u>Bloco 2</u>	.356	44.600***			
HADStotal 3			.645	6.678***	.638

R<sup>2</sup> = .482; R<sup>2</sup> Corrigido: .466

\*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

Os resultados apresentados no Quadro 127, mostram que o Optimismo é um preditor significativo do Espírito de Luta após a cirurgia, contribuindo em 7% para explicar a variância encontrada para esta estratégia de *coping*, mesmo quando controlado o estado emocional no T2. Verifica-se que quanto mais otimistas forem as pacientes, maior será a utilização do Espírito de Luta enquanto estratégia de *coping* após a cirurgia. No que refere aos tratamentos complementares, verifica-se uma tendência para a significância para o optimismo (p=.097), em que as variáveis apresentam, igualmente, uma correlação parcial positiva. Assim, as mulheres mais optimistas antes da cirurgia, tenderão a utilizar mais o Espírito de Luta enquanto estratégia de *coping*, durante os tratamentos complementares.

**Quadro 127. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Espírito de Luta após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.135	11.197**			
Escolaridade			.367	3.346**	
<u>Bloco 2</u>	.124	5.867**			
Ansiedade 2				ns	
Depressão2			-.244	-2.067*	-.240
<u>Bloco 3</u>	.070	7.248**			
Optimismo			.323	2.692**	.308
R <sup>2</sup> = .329; R <sup>2</sup> Corrigido: .290					
<b>Espírito de Luta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.091	6.576*			
Escolaridade			.301	2.564*	.301
<u>Bloco 2</u>	.131	10.945**			
HADStotal 3			-.375	-3.308	-.380
<u>Bloco 3</u>	.033	2.843 <sup>a</sup>			
Optimismo			.197	1.686 <sup>a</sup>	.206
R <sup>2</sup> = .255; R <sup>2</sup> Corrigido: .220					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

Os resultados das análises de mediação, apresentados no

Quadro 128, mostram que o estado emocional não é um mediador significativo da influência do Optimismo no coping por Espírito de Luta após a cirurgia mas é um mediador parcial durante os tratamentos complementares. Assim, verifica-se que a variância explicada pelo Optimismo, quando o estado emocional não é controlado, aumenta de 3% para 9%, diminuindo a variância explicada pelo estado emocional. O estado emocional mantém-se um preditor significativo do Espírito de Luta, confirmando-se o seu papel de mediador parcial da relação entre o Optimismo e este estilo de coping.

**Quadro 128. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Espírito de Luta pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.135	11.197**			
Escolaridade			.367	3.346**	.367
<u>Bloco 2</u>	.151	14.996***			
Optimismo			.394	3.872***	.418
<u>Bloco 3</u>	.044	ns			
Ansiedade 2					
Depressão2					
R <sup>2</sup> = .329; R <sup>2</sup> Corrigido: .290					
<b>Espírito de Luta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.091	6.576*			
Escolaridade			.301	2.564*	.301
<u>Bloco 2</u>	.089	7.026*			
Optimismo			.302	2.651*	.312
<u>Bloco 3</u>	.075	6.480*			
HADStotal 3			-.304	-2.546*	-.303
R <sup>2</sup> = .255; R <sup>2</sup> Corrigido: .220					

\*p≤.05; \*\*p≤ .01; \*\*\*p≤ .001

O Quadro 129, mostra-nos que o Optimismo, antes da cirurgia, não é um preditor significativo e independente do coping por Fatalismo durante os tratamentos complementares.

**Quadro 129. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Fatalismo durante os tratamentos complementares (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Fatalismo 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.099	7.262**			
HADStotal 3			-.315	-2.695**	-.315
<u>Bloco 2</u>	.036	ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .135; R <sup>2</sup> Corrigido: .108					

\*\*p ≤ .01

À semelhança dos resultados anteriores, verifica-se pelo Quadro 130, que o estado emocional é um mediador completo da influência do Optimismo no *coping* por Fatalismo. Com efeito, a variância explicada pelo Optimismo, quando o estado emocional não é controlado, aumenta de 4 para 9%, o que constitui um resultado significativo. O estado emocional mantém-se um preditor marginalmente significativo, confirmando-se o seu papel de mediador completo na relação entre o Optimismo e o uso deste estilo de *coping*.

**Quadro 130. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo no Fatalismo durante os tratamentos (n= 68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Fatalismo 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.087	6.284*			
Optimismo			.295	2.507*	.295
<u>Bloco 2</u>	.048	3.614 <sup>a</sup>			
HADStotal 3			-.237	-1.901 <sup>a</sup>	-.230
R <sup>2</sup> = .135; R <sup>2</sup> Corrigido: .108					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

### Funcionalidade

Quadro 131, apresentamos as correlações entre o optimismo e a funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, por forma a determinar variáveis a incluir em cada modelo de regressão hierárquica. Não foram realizadas regressões para as categorias que não apresentam correlações significativas com o optimismo. À semelhança da Hipótese 5a, foram feitas análises de regressão invertendo

o optimismo e o estado emocional, no sentido de investigar o papel mediador deste na relação entre o Optimismo e a funcionalidade.

**Quadro 131. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre Optimismo e a Funcionalidade nos momentos 2 e 3 (N=74, n=68)**

	Locomoção 2	Mobilidade 2	Lazer 2	Actividades Sociais 2	Emoções 2	Emoções 3
Optimismo	-.245*	-.467**	-.312**	-.370**	-.401**	-.337**

\*p≤.05; \*\*p≤ .01

Os resultados do Quadro 132, indicam que o Optimismo não é um preditor significativo da Locomoção após a cirurgia, controlando o estado emocional no momento.

**Quadro 132. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor da Locomoção pós-cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Locomoção 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.115	4.596*			
Ansiiedade 2				ns	
Depressão2			.257	2.042*	.236
<u>Bloco 2</u>	.007	Ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .115; R <sup>2</sup> Corrigido: .084					

\*p≤.05

Os resultados das análises de regressão, invertendo o Optimismo e o estado emocional enquanto preditores, indicam que o estado emocional não é um preditor significativo da percepção da funcionalidade ao nível da Locomoção. Verifica-se que, quando se controla o Optimismo, o estado emocional deixa de ser um preditor significativo, não se confirmando o seu papel mediador. Em contraste, verifica-se que o optimismo passa a ser um preditor significativo da funcionalidade, sugerindo que este tem uma influência directa na percepção de dificuldades ao nível da Locomoção pós-cirurgia.

**Quadro 133. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo na Locomoção pós-cirurgia (N= 74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Locomoção 2</b>					
<u>Bloco 1</u>					
Optimismo	.060	4.608*	-.245	-2.147	-.245
<u>Bloco 2</u>					
Ansiedade 2	.062	2.455 <sup>a</sup>		ns	
Depressão2				ns	
R <sup>2</sup> = .115; R <sup>2</sup> Corrigido: .084					

\*p<.05

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p <.10).

Os resultados do Quadro 134, indicam que o Optimismo é um preditor significativo e independente da Mobilidade após a cirurgia, explicando em cerca de 12% a variância encontrada para esta variável. A correlação entre estas variáveis é negativa, o que significa que quanto maior o optimismo, menor a dificuldade percebida ao nível da Mobilidade.

**Quadro 134. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor da Mobilidade pós-cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Mobilidade 2</b>					
<u>Bloco 1</u>					
Ansiedade 2	.108	4.291*		ns	
Depressão 2			.353	2.798**	.315
<u>Bloco 2</u>					
Optimismo	.117	10.599**	-.417	-3.256**	-.363
R <sup>2</sup> = .225; R <sup>2</sup> Corrigido: .192					

\*p<.05; \*\*p<.01

Os resultados das análises de mediação (Quadro 135) mostram que o estado emocional não é um mediador da relação entre o Optimismo e a Mobilidade, uma vez que controlando o Optimismo, esta deixa de ser um preditor significativo. Assim, o optimismo parece ter uma influência directa e independente na percepção de dificuldades ao nível da Mobilidade pós-cirurgia, explicando cerca de 22% da variância.

**Quadro 135. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo na Mobilidade pós-cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Mobilidade 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.218	20.129***			
Optimismo			-.467	-4.487	-.467
<u>Bloco 2</u>	.007	Ns			
Ansiedade 2					
Depressão 2					
R <sup>2</sup> = .225; R <sup>2</sup> Corrigido: .192					

\*\*\*p ≤ .001

Podemos observar pelo Quadro 136, que o Optimismo é um preditor significativo e independente do Lazer após a cirurgia, explicando cerca de 6% da variância encontrada para esta variável. A correlação entre as variáveis é negativa, sugerindo que maior o optimismo das pacientes, menor a avaliação de dificuldades nas actividades relacionadas com o Lazer, após a cirurgia. Não se realizaram análises de mediação porque o estado emocional não foi um preditor significativo do Lazer, o que sugere que o Optimismo é um preditor directo da percepção de dificuldades a este nível.

**Quadro 136. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor do Lazer pós-cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Lazer 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.046	Ns			
Ansiedade 2					
Depressão 2					
<u>Bloco 2</u>	.057	4.479*			
Optimismo			-.291	-2.116*	-.245
R <sup>2</sup> = .103; R <sup>2</sup> Corrigido: .065					

\*p ≤ .05

Os resultados do Quadro 137, mostram que o Optimismo não é um preditor significativo das Actividades Sociais após a cirurgia, quando controlado o estado emocional no momento 2.

**Quadro 137. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor das Actividades Sociais pós-cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Actividades Sociais 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.126	5.128**			
Ansiedade 2				ns	
Depressão 2			.355	2.840**	.319
<u>Bloco 3</u>	.042	Ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> = .168; R <sup>2</sup> Corrigido: .132					

\*\*p ≤ .01

Os resultados das análises de mediação indicam que o estado emocional não é um mediador da relação entre o Optimismo e a percepção da funcionalidade nas Actividades Sociais, uma vez que o estado emocional deixou de ser um preditor significativo quando se controlou o Optimismo. O Optimismo passou a explicar 14% da variância, indicando uma influência directa deste na percepção de dificuldades ao nível das Actividades Sociais pós-cirurgia.

**Quadro 138. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo nas Actividades Sociais pós-cirurgia (N=74)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Actividades Sociais 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.137	11.402**			
Optimismo			-.370	-3.377**	-.370
<u>Bloco 3</u>	.031	Ns			
Ansiedade 2					
Depressão 2					
R <sup>2</sup> = .168; R <sup>2</sup> Corrigido: .132					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

Os resultados apresentados no Quadro 139, revelam que o Optimismo não é um preditor significativo das Emoções após a cirurgia mas é-o durante os tratamentos complementares. Nesse momento, explica cerca de 7% da variância na funcionalidade, para além da já explicada pelo estado emocional. Verifica-se que quanto maior o optimismo, menor a percepção de dificuldades ao nível das emoções. Foi usado o total do HADS no momento 3, devido aos problemas de colinearidade, já mencionados.



**Quadro 139. Resultados significativos da regressão hierárquica com o Optimismo (momento 1) como preditor das Emoções pós-cirurgia e durante os tratamentos complementares (N=74, n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Emoções 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.364	20.339 ***			
Ansiedade 2			.406	3.813***	.412
Depressão 2			.298	2.796**	.315
<u>Bloco 3</u>	.029	Ns			
Optimismo					
R <sup>2</sup> =.393.; R <sup>2</sup> Corrigido: .367					
<b>Emoções 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.254	22.443***			
HADStotal 3			.504	4.737***	.504
<u>Bloco 2</u>	.073	7.004**			
Optimismo			-.291	-2.647**	-.312
R <sup>2</sup> =.326; R <sup>2</sup> Corrigido: .306					

\*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

Os resultados das análises de mediação, apresentados no Quadro 140, mostram que o estado emocional é um mediador parcial na relação entre o Optimismo e a percepção de dificuldades nas Emoções no T2 e T3. Com efeito, verifica-se que a variância explicada pelo optimismo aumenta consideravelmente quando este entra como preditor antes do estado emocional, e a variância explicada por este diminui. No entanto, o estado emocional mantém-se como preditor significativo nos dois momentos de avaliação, confirmando-se o seu papel de mediador na relação entre o Optimismo e a funcionalidade.

**Quadro 140. Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo nas Emoções pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Emoções 2</b>					
<u>Bloco 1</u>	.161	13.784***			
Optimismo			-.401	-3.713***	-.401
<u>Bloco 2</u>	.232	13.405***			
Ansiedade 2			.415	3.955***	.427
Depressão 2				ns	
R <sup>2</sup> =.393.; R <sup>2</sup> Corrigido: .367					

Continuação: **Resultados das análises de regressão hierárquica, com o estado emocional como mediador da influência do Optimismo nas Emoções pós-cirurgia e durante os tratamentos (N=74; n=68)**

<b>Emoções 3</b>					
Bloco 1	.194	15.893***			
Optimismo			-.441	-3.987***	-.441
Bloco 2	.132	12.763**			
HADStotal 3			.393	3.573**	.405
R <sup>2</sup> = .326; R <sup>2</sup> Corrigido: .306					

\*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

### Resumo

No que refere à Hipótese 5b, e relativamente ao *coping*, o optimismo apenas revelou ser um preditor significativo e independente do Espírito de Luta após a cirurgia, quando controlado o estado emocional, aproximando-se da significância durante os tratamentos complementares. No entanto, a variância explicada pelo optimismo foi ainda bastante menor do que a explicada pelo estado emocional. As análises de mediação revelaram que o estado emocional é um mediador parcial da influência do Optimismo no *coping* por Espírito de Luta no T3 e que é mediador completo desta relação para o Desânimo-Fraqueza e Fatalismo. Assim, verifica-se que o optimismo tende a influenciar indirectamente (através do estado emocional) e não directamente o *coping*.

Quanto à funcionalidade, verificou-se que o optimismo é um preditor significativo da Mobilidade e do Lazer após a cirurgia, em que as mulheres mais optimistas avaliam menos dificuldades na mobilidade e nas actividades de lazer. Durante a fase dos tratamentos complementares, o optimismo demonstrou ser um preditor significativo da funcionalidade ao nível das Emoções, avaliando as mulheres mais optimistas menos limitações a este nível. Na Mobilidade e Lazer, a variância explicada é superior ou próxima da explicada pelo estado emocional.

As análises de mediação revelaram que o estado emocional é apenas um mediador parcial para as Emoções. Verifica-se que o Optimismo é um preditor directo da funcionalidade percebida na Locomoção, Mobilidade, Lazer e Actividades Sociais, pós-cirurgia.

Em resumo, os dados apoiam a H5 na sua globalidade, evidenciando que o Optimismo é um preditor importante das representações de doença, do *coping* e funcionalidade. Constitui-se quer como preditor directo, quer indirecto, ou seja, mediado pelo estado emocional, principalmente pela depressão.

### **7.2.6 - Benefícios percebidos no processo de doença e enquanto preditores do ajustamento psicossocial à doença**

A Hipótese 6 refere-se aos benefícios percebidos no processo de doença, que foram avaliados durante e no final dos tratamentos complementares. Esta hipótese subdivide-se nas duas hipóteses seguintes:

Hipótese 6a) Prevê-se que os benefícios percebidos aumentem no tempo (do meio do tratamento para o final do tratamento).

Hipótese 6b) Espera-se que os benefícios percebidos sejam preditores significativos do ajustamento emocional à doença, das estratégias de *coping* e da funcionalidade percebida, durante os tratamentos complementares (T3).

Esta hipótese foi testada recorrendo a dois tipos diferentes de análises estatísticas. Para testar a H6a, recorreu-se a testes paramétricos de análises de medidas repetidas para dois momentos de avaliação (momento 3 e momento 4), tendo como factor o tempo e, como variável dependente, os benefícios percebidos. Não controlámos a escolaridade e a idade porque estas variáveis não se correlacionam com os benefícios percebidos.

Para testar a H6b, que prevê que os benefícios percebidos sejam um preditor significativo do estado emocional, estratégias de *coping* e funcionalidade durante os tratamentos complementares, recorreu-se a análises de regressão hierárquica múltipla, com o mesmo modelo da hipótese 5. No primeiro bloco entraram as variáveis sociodemográficas se eram preditores relevantes para a variável de resultado, não segundo bloco, o estado emocional se tinha sido preditor significativo em hipóteses anteriores, e no 3º bloco os benefícios percebidos. Não foram realizadas análises de regressão para as variáveis psicossociais que não apresentaram correlações significativas com os Benefícios Percebidos, como por exemplo, o estado emocional. Esta hipótese foi apenas testada para o T3, porque o número de participantes da amostra no T4 é demasiado reduzido para se poder efectuar estas análises com poder estatístico adequado.

#### **a) Os benefícios percebidos ao longo do tratamento**

Os resultados obtidos através das análises de variância (ANOVAS) para medidas repetidas, para os benefícios percebidos, encontram-se no Quadro 141. Estes indicam que o factor Tempo é significativo ( $F=4.45$ ,  $p=.04$ ) verificando-se variações

significativas ao longo dos 2 momentos nesta variável, correspondentes a um aumento da percepção de benefícios no final dos tratamentos. Estes resultados apoiam a Hipótese 6.a, dado que os benefícios percebidos aumentam com o passar do tempo, do meio dos tratamentos até ao final dos mesmos. No entanto, assinalamos que o teste da Hipótese 6a apenas incide sobre 35 participantes da amostra (menos de metade), devido à perda de sujeitos do momento 3 para o 4, pelo que devem ser tomados com reservas.

**Quadro 141. Resultados das análises de variância (ANOVAS) para medidas repetidas (T3, T4), para os Benefícios Percebidos, tendo o tempo como factor (n=35)**

Benefícios Percebidos	T3		T4		F	p
	M	EP	M	EP		
Tempo	48.37	2.17	50.14	2.24	4.45	.04

**b) Os benefícios percebidos enquanto preditores significativos do ajustamento psicossocial à doença durante o tratamento**

No Quadro 142, encontram-se as correlações significativas entre os Benefícios Percebidos e as variáveis psicossociais em estudo. Como podemos observar, apenas existem correlações significativas com as estratégias de *coping*, Espírito de Luta e Evitamento Cognitivo, e a funcionalidade (Locomoção e Alerta), durante os tratamentos complementares. Devido ao carácter exploratório desta hipótese, foram incluídas as variáveis com correlações que se aproximam da significância ( $p < .10$ ).

**Quadro 142. Resultados significativos relativos aos coeficientes de correlação de Pearson entre os Benefícios Percebidos, o *coping* e a funcionalidade, durante os tratamentos complementares (n=68)**

	Espírito de Luta 3	Evitamento Cognitivo 3	Fatalismo 3	Locomoção 3	Alerta3
Benefícios Percebidos (momento 3)	.272*	.442**	.222 <sup>a</sup>	.208 <sup>a</sup>	.224 <sup>a</sup>

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância ( $p < .10$ ).

Os resultados referentes aos Benefícios Percebidos enquanto preditor do Espírito de Luta, durante os tratamentos complementares, apresentados no Quadro 143, mostram que os Benefícios Percebidos são um preditor significativo do Espírito de Luta, explicando em cerca de 8% a variância encontrada para esta estratégia de *coping*,

mesmo quando controlado o estado emocional. As variáveis apresentam uma correlação parcial positiva, o que significa que quanto maior for a percepção de benefícios nesta fase da doença, maior será o uso do *coping* por Espírito de Luta. A variância explicada pelo modelo é de cerca de 27%.

**Quadro 143. Resultados da análise de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Espírito de Luta (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Espírito de Luta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.091	6.576*			
Escolaridade			.301	2.564*	.301
<u>Bloco 2</u>	.131	10.945**			
HADStotal3			-.375	-3.308**	-.380
<u>Bloco 3</u>	.079	7.222**			
Benefícios Percebidos			.281	2.687**	.318
R <sup>2</sup> = .301; R <sup>2</sup> Corrigido: .268					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01

Pela observação dos resultados apresentados no Quadro 144, é possível constatar que os Benefícios Percebidos são um preditor significativo do Evitamento Cognitivo durante os tratamentos complementares, explicando em cerca de 19% a variância encontrada para esta estratégia de *coping*. Estas variáveis correlacionam-se positivamente, indicando que quanto maior a percepção de benefícios percebidos, maior será o recurso a esta estratégia de *coping* (Evitamento Cognitivo). O modelo usado explica cerca de 30% da variância nesta estratégia de *coping*.

**Quadro 144. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Evitamento Cognitivo (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Evitamento Cognitivo 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.133	4.992*			
Idade			-.405	-3.121**	-.361
Escolaridade			-.243	-1.869 <sup>a</sup>	-.132
<u>Bloco 2</u>	.015	ns			
HADStotal3					
<u>Bloco 3</u>	.189	17.990***			
Benefícios Percebidos			.435	4.241***	.471
R <sup>2</sup> = .338; R <sup>2</sup> Corrigido: .295					

\*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

Os resultados referentes aos Benefícios Percebidos enquanto preditor do Fatalismo durante os tratamentos complementares, apresentados no Quadro 145, mostram que os Benefícios Percebidos são um preditor significativo, embora modesto, do Fatalismo durante os tratamentos complementares, explicando em cerca de 5% a variância encontrada para esta estratégia de *coping*. As variáveis apresentam uma correlação parcial positiva, o que significa que quanto maior for a percepção de benefícios, maior será o recurso ao Fatalismo, durante os tratamentos complementares.

**Quadro 145. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Fatalismo (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Fatalismo 3</b>					
Bloco 1	.099	7.262**			
HADStotal3			-.315	-2.695**	-.315
Bloco 2	.054	4.162*			
Benefícios Percebidos			.233	2.040*	.245
R <sup>2</sup> = .153; R <sup>2</sup> Corrigido: .127					

\*p≤.05; \*\*p≤.01

Os resultados referentes aos Benefícios Percebidos, enquanto preditor da percepção da Locomoção durante os tratamentos complementares, apresentados no Quadro 146, mostram que os Benefícios Percebidos se aproximam da significância (p=.084), sendo a variância única explicada relativamente modesta (cerca de 4%). As variáveis apresentam uma correlação parcial positiva, o que significa que quanto mais elevada a percepção de Benefícios, maiores as dificuldades percebidas ao nível da Locomoção, durante os tratamentos complementares. O modelo global explica cerca de 17% da variância na funcionalidade, sendo o principal preditor o estado emocional.

**Quadro 146. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor da Locomoção (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	R <sup>2</sup> Δ	FΔ	Beta	t	sr (parcial)
<b>Locomoção 3</b>					
Bloco 1	.160	12.612**			
HADStotal3			.401	3.551**	.401
Bloco 2	.038	3.072 <sup>a</sup>			
Benefícios Percebidos			.195	1.753 <sup>a</sup>	.212
R <sup>2</sup> = .198; R <sup>2</sup> Corrigido: .174					

\*p≤.05; \*\*p≤.01

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância (p < .10).

Os resultados apresentados no Quadro 147, referentes aos Benefícios Percebidos, enquanto preditor da funcionalidade em termos do estado de Alerta, durante os tratamentos complementares, mostram que o valor preditivo dos Benefícios Percebidos se aproxima da significância ( $p=.066$ ), sendo a variância única explicada de cerca de 5%. As variáveis apresentam uma correlação parcial positiva, o que significa que quanto mais elevada a percepção de Benefícios, maiores as dificuldades percebidas ao nível do estado de Alerta, durante os tratamentos complementares. O modelo global explica cerca de 13% da variância na funcionalidade.

**Quadro 147. Resultados das análises de regressão hierárquica, com os Benefícios Percebidos (momento 3) como preditor do Alerta (momento3) (n=68)**

Resultados/Preditores	$R^2\Delta$	$F\Delta$	Beta	t	sr (parcial)
<b>Alerta 3</b>					
<u>Bloco 1</u>	.113	8.398**			
HADStotal3			.336	2.898**	.336
<u>Bloco 2</u>	.045	3.491 <sup>a</sup>			
Benefícios Percebidos			.213	1.868 <sup>a</sup>	.226
$R^2 = .158$ ; $R^2$ Corrigido: .132					

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

<sup>a</sup> Itálico é usado para indicar tendências de significância ( $p < .10$ ).

### Resumo

Resumindo, os dados parecem apoiar a Hipótese 6a que previa um aumento, no tempo, dos Benefícios Percebidos com a experiência de doença. Os resultados apoiam também a H6b no que se refere à maioria das estratégias de *coping*, particularmente dos Benefícios Percebidos como preditor do uso do Evitamento Cognitivo. Em geral, quanto maiores os Benefícios Percebidos, maior o uso de várias estratégias de *coping*. O papel dos Benefícios Percebidos em relação à funcionalidade é limitado, aproximando-se da significância apenas para a percepção de dificuldades ao nível da Locomoção e do Alerta. Os Benefícios Percebidos não foram preditores significativos do estado emocional durante os tratamentos.

### **7.3. Análises Exploratórias**

#### **7.3.1 - Relação entre variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade) e as variáveis psicossociais**

##### **7.3.1.1 - Idade**

De forma sucinta, apresentam-se os resultados encontrados para a relação entre a Idade e as variáveis psicossociais utilizadas no estudo. Começaremos por comentar as influências da idade ao longo do tempo, ou seja ao longo do processo de tratamento e, seguidamente, para cada momento de avaliação.

##### *Ajustamento psicossocial ao longo do tempo*

Os dados relativos à evolução do estado emocional, desde o diagnóstico até aos tratamentos complementares, mostram que a Idade não influencia significativamente a evolução da Ansiedade e Depressão ao longo dos 3 momentos considerados (Quadro 29 e Quadro 31).

Os resultados encontrados para a influência da Idade nas representações de doença ao longo do tempo, mostraram que a sua influencia é limitada, afectando esta apenas a variação na percepção da Identidade e da Preocupação com a doença (ver Quadro 35). Assim, para as mulheres mais novas (menos de 50 anos), a percepção dos sintomas da doença aumenta ao longo do tempo, enquanto nas mulheres mais velhas (mais de 50 anos) diminui (ver Quadro 38 e Gráfico 5). Quanto à Preocupação com a doença, verifica-se que para as pacientes mais velhas, a Preocupação diminui ao longo do processo de tratamento, enquanto para as mais novas, a Preocupação aumenta ou permanece constante (ver Quadro 40 e Gráfico 7).

A Idade não apresenta influência significativa na variação das estratégias de *coping* adoptadas ao longo do tratamento, nem na percepção de dificuldades ao nível da funcionalidade.

##### *Ajustamento psicossocial em cada momento de avaliação*

Realizaram-se análises de variância para estudar o papel da Idade ao nível do estado emocional e das representações de doença para cada momento de avaliação. Verifica-se que a idade afecta algumas dimensões das representações de doença, principalmente durante os tratamentos complementares. Não se verifica um impacto da



idade no estado emocional das pacientes, na funcionalidade, no optimismo e benefícios percebidos, para todos os momentos avaliados. A idade também não influencia a maioria das estratégias de *coping* usadas pela paciente em cada momento estudado.

Quanto às representações de doença, constatou-se que a Idade influencia a percepção de Controlo pelo Tratamento, antes da cirurgia, com as mulheres mais novas (23-41 anos) a acreditarem mais na eficácia dos tratamentos do que as do grupo etário dos 42-50 ( $p=.011$ ), não havendo diferenças significativas entre os outros pares de grupos (Quadro 148). Durante os tratamentos complementares, a Idade exerce influência na percepção da Preocupação, da Compreensão e da Resposta Emocional (Quadro 148). No que respeita à Preocupação, os testes *post-hoc* de Bonferroni indicam que as mulheres mais velhas (59-79) apresentam significativamente menor Preocupação com a doença do que todos os outros grupos etários ( $p=.033$ ;  $p=.001$ ;  $p=.000$ ). Quanto à Compreensão, verifica-se apenas uma diferença significativa entre as mulheres mais novas e as mais velhas (23-41 versus 59-79), com as mulheres mais novas a relatarem que compreendem melhor a sua doença ( $p=.022$ ). Na resposta emocional à doença, encontraram-se diferenças *post-hoc* significativas entre o grupo dos 51 e 58 anos e dos 59-79, com as mulheres de meia idade a perceberem mais alterações na resposta emocional como consequência da doença, e as mais velhas, os valores mais baixos ( $p=.017$ ).

**Quadro 148. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as representações de doença, tendo a Idade como factor (N=74; n=68)**

Representações de doença – IPQ-B	T1 ou T3		F	p
	M	DP		
<b>Controlo Tratamento 1</b>			3.899	.012
23-41	3.63	.83		
42-50	2.75	1.07		
51-58	3.43	.59		
59-79	3.17	.71		
<b>Preocupação 3</b>			7.446	.000
23-41	2.32	1.00		
42-50	2.80	.94		
51-58	2.75	.72		
59-79	1.36	1.15		
<b>Compreensão 3</b>			3.702	.016
23-41	3.00	1.25		
42-50	2.33	.82		
51-58	2.15	.93		
59-79	1.92	.91		
<b>Resposta Emocional 3</b>			3.385	.023
23-41	1.84	1.17		
42-50	1.93	1.28		
51-58	2.55	.99		
59-79	1.36	.93		

Relativamente ao *coping*, verifica-se a influência da Idade na adopção das estratégias de *coping* durante os tratamentos complementares (Quadro 149). À medida que a idade aumenta, há menor recurso à Preocupação Ansiosa, nesta fase do tratamento ( $r = -.27$ ). Contudo, as análises *post-hoc* para a Preocupação Ansiosa após a cirurgia, não confirmam diferenças significativas entre os grupos. Os valores encontrados para as diferenças entre os grupos foram tendencialmente significativos para os grupos 42-50 e 59-79 ( $p=.067$ ) e para os grupos 51-58 e 59-79 ( $p=.087$ ). As análises *post-hoc*, para a Preocupação Ansiosa durante os tratamentos complementares, confirmam diferenças significativas entre o grupo de mulheres com idade entre 42-50 e 59-79, ( $p=.021$ ) e entre o grupo de mulheres com idade compreendida entre 51-58 e 59-79, ( $p=.011$ ). Não foram encontradas diferenças significativas entre os outros pares de grupos.

**Quadro 149. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para o *Coping*, tendo a Idade como factor (N=74; n=68)**

<i>Coping</i> – Mini MAC	T2 ou T3		F	P
	M	DP		
<b>Preocupação Ansiosa 2</b>			3.062	.034
23-41	21.21	4.20		
42-50	23.56	4.41		
51-58	32.14	4.88		
59-79	19.44	4.80		
<b>Preocupação Ansiosa 3</b>			4.680	.005
23-41	20.21	4.85		
42-50	23.20	5.00		
51-58	23.25	4.56		
59-79	17.71	5.17		

Resumidamente, as influências da idade nas variáveis psicossociais em estudo são reduzidas. A idade não influencia a variação do estado emocional, *coping* e funcionalidade ao longo do processo de tratamento, apresentando uma influência muito reduzida no que respeita às representações de doença, em que a Identidade e a Preocupação com a doença parecem ser influenciadas pela idade da paciente. Quanto à influência da idade em cada momento de avaliação, são novamente as representações de doença que recebem maior influência da idade, particularmente, durante os tratamentos complementares. As representações de doença que recebem esta influência são o Controlo pelo Tratamento antes da cirurgia, e Preocupação, Compreensão e Resposta Emocional, durante os tratamentos complementares. A idade também influencia, embora de forma limitada, as estratégias de *coping* adoptadas, nomeadamente a Preocupação Ansiosa, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares.

### **7.3.1.2 - Escolaridade**

À semelhança do que fizemos para a Idade, apresentam-se de seguida os resultados encontrados para a relação entre a escolaridade e as variáveis psicossociais utilizadas no estudo. A escolaridade foi recodificada em três grupos: mulheres com menos que o ensino básico, mulheres com o ensino básico e mulheres com mais do que o ensino básico.

#### ***Ajustamento psicossocial ao longo do tempo***

Os dados relativos à evolução do estado emocional, desde o diagnóstico até aos tratamentos complementares, mostram que a escolaridade não influencia significativamente a evolução da Ansiedade e Depressão ao longo do tratamento. Também, não se verificou um impacto da escolaridade no perfil de ajustamento psicossocial à doença em termos das estratégias de *coping* ou da percepção da funcionalidade.

Os resultados encontrados para a influência da escolaridade nas representações de doença ao longo do processo de tratamento, mostram que a percepção do Controlo de Tratamento e a percepção da Resposta Emocional variam em função do grau de escolaridade das pacientes (ver Quadro 35, 37 e 42). A percepção do Controlo do Tratamento após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, aumenta nas pacientes com mais escolaridade e diminui nas pacientes com menos do que o ensino básico (Gráfico 4). Quanto à Resposta Emocional, para as mulheres com baixa escolaridade verifica-se um aumento, no tempo, enquanto para as mulheres com escolaridade básica ou superior, diminui ao longo do processo de tratamento (Gráfico 9).

#### ***Ajustamento psicossocial em cada momento de avaliação***

Os resultados das ANOVAS e respectivos testes *post-hoc* mostram que a escolaridade influencia a depressão, algumas representações de doença e estratégias de *coping*, ou após a cirurgia ou durante os tratamentos complementares, mas não tem impacto na funcionalidade, no optimismo ou nos benefícios percebidos.

Relativamente ao estado emocional, o nível de escolaridade relaciona-se com a Depressão durante a realização dos tratamentos complementares, em que as mulheres

com menos escolaridade, apresentam níveis de Depressão mais elevados, relativamente às de escolaridade média ( $p = .02$ ) (ver Quadro 149).

**Quadro 150. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para o Estado Emocional, tendo a Escolaridade como factor (n=68)**

Estado Emocional – HADS	T3		F	p
	M	DP		
<b>Depressão 3</b>			4.83	.011
< ensino básico	6.35	2.23		
ensino básico	3.13	2.33		
> ensino básico	4.00	3.80		

No que respeita às representações da doença (ver Quadro 151), a escolaridade exerce o seu impacto na percepção do Controlo pelo Tratamento, antes da cirurgia e durante os tratamentos complementares. As análises *post-hoc* aproximam-se da significância ( $p = .06$ ) indicando que as mulheres com escolaridade básica confiam menos na eficácia dos tratamentos propostos em relação ao grupo com maior escolaridade. Durante os tratamentos, as mulheres com menor escolaridade têm valores menos elevados de Controlo de Tratamento do que aquelas com ensino básico ( $p = .04$ ). A percepção da Duração da doença, após a cirurgia, também é influenciada pelo grau de escolaridade, em que as mulheres com menos que o ensino básico acreditam que a sua doença será mais prolongada, em contraste com as que possuem ensino básico que percebem a menor duração da doença dos três grupos ( $p = .02$ ). As pacientes com menos do que o ensino básico são as que consideram que compreendem pior a doença, em comparação com as com maior escolaridade, quer após a cirurgia quer durante os tratamentos complementares ( $p = .04$ ;  $p = .01$ ).

**Quadro 151. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as Representações de doença, tendo a Escolaridade como factor (N=74; n=68)**

Representações de doença – IPQ-B	T1, T2 ou T3		F	p
	M	DP		
<b>Controlo Tratamento 1</b>			3.72	.029
< ensino básico	3.03	.90		
ensino básico	3.50	.82		
> ensino básico	3.56	.61		
<b>Duração 2</b>			3.920	.024
< ensino básico	2.36	1.09		
ensino básico	1.56	.63		
> ensino básico	2.21	.92		
<b>Compreensão 2</b>			3.797	.027
< ensino básico	1.87	.95		
ensino básico	2.44	1.15		
> ensino básico	2.63	1.21		

Continuação: **Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as Representações de doença, tendo a Escolaridade como factor (N=74; n=68)**

Controlo	Tratamento 3			
< ensino básico	3.06	1.13	4.224	.019
ensino básico	3.75	.45		
> ensino básico	3.61	.61		
<b>Compreensão 3</b>			5.842	.005
< ensino básico	1.97	.80		
ensino básico	2.75	1.13		
> ensino básico	2.83	1.20		

A escolaridade relaciona-se ainda com as estratégias de *coping* Desânimo-Fraqueza, antes da cirurgia e após a cirurgia, verificando-se que são as pacientes com menor escolaridade que usam mais esta estratégia de *coping*, quer antes da cirurgia quer após a mesma (Quadro 152). As comparações *post-hoc* foram significativas entre o grupo com menos do que o ensino básico e os outros dois grupos, no momento antes da cirurgia ( $p=.05$ ,  $p=.02$ ), e no momento após a cirurgia ( $p=.03$ ,  $p=.04$ ). A escolaridade também se relaciona com o Espírito de Luta, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (Quadro 152). Verifica-se pelas análises *post-hoc* que há diferenças significativas entre as mulheres com menos que o ensino básico e as com maior escolaridade ( $p=.04$ ), recorrendo as mulheres com maior o grau de escolaridade mais a esta estratégia de *coping*, após a cirurgia. As análises *post-hoc* não mostraram comparações significativas para a avaliação durante os tratamentos complementares.

**Quadro 152. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para as representações de doença, tendo a Escolaridade como factor (N=74; n=68)**

<i>Coping</i> – Mini MAC	T1, T2 ou T3		F	p
	M	DP		
<b>Desânimo-Fraqueza 1</b>			5.190	.008
< ensino básico	15.90	5.27		
ensino básico	12.44	3.48		
> ensino básico	12.32	4.31		
<b>Desânimo-Fraqueza 2</b>			5.216	.008
< ensino básico	15.21	3.91		
ensino básico	12.12	2.25		
> ensino básico	12.37	4.94		
<b>Espírito de Luta 2</b>			3.574	.033
< ensino básico	12.74	1.35		
ensino básico	13.38	1.45		
> ensino básico	13.74	1.41		
<b>Espírito de Luta 3</b>			3.396	.040
< ensino básico	12.67	1.49		
ensino básico	13.63	1.54		
> ensino básico	13.56	1.25		

Resumidamente, a escolaridade não exerce influências na variação do estado emocional, *coping* e funcionalidade ao longo do processo de tratamento. À semelhança do que acontece com a idade as suas influências resumem-se à variação das representações de doença, Controlo de Tratamento e percepção da Resposta Emocional. No que respeita à influência da escolaridade nas variáveis psicossociais para cada momento de avaliação, constata-se que a escolaridade têm algum impacto ao nível da depressão durante os tratamentos complementares; nas representações de doença, nos vários momentos do processo de tratamento, nomeadamente, na percepção do Controlo pelo Tratamento antes da cirurgia e durante os tratamentos complementares, Duração da doença, após a cirurgia, e Compreensão da doença, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares; e ainda nas estratégias de *coping* Desânimo-Fraqueza antes e após a cirurgia, e Espírito de Luta, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. O grau de escolaridade parece encontrar-se associado a um ajustamento psicossocial mais pobre, com as mulheres com baixa escolaridade a exibirem níveis de depressão mais elevados, representações de doença mais negativas, e estratégias de *coping* menos ajustadas.

### **7.3.2 - Ajustamento psicossocial ao cancro da mama e estágio da doença**

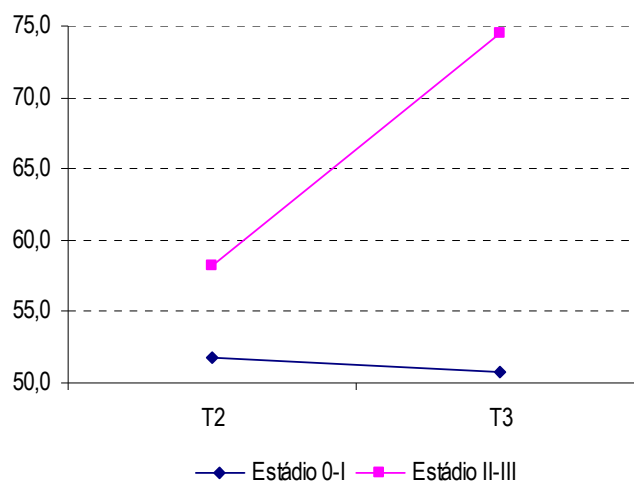
Em relação ao estágio da doença, verificou-se que das 68 mulheres incluídas nas análises estatísticas efectuadas para testar o papel do estágio da doença no ajustamento ao cancro da mama, 24 tinham doença no estágio 0-I e 44 no estágio II-III. Utilizou-se esta codificação em dois grupos para testar a influência do estágio da doença nas variáveis psicossociais.

#### ***Influências do estágio da doença no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, ao longo do tempo***

As análises efectuadas não foram significativas para nenhuma das variáveis psicossociais em estudo, nomeadamente, estado emocional (ansiedade e depressão), variáveis cognitivas (representações de doença e *coping*) e, funcionalidade. Verificou-se uma excepção referente à funcionalidade na categoria Sono, encontrando-se uma interacção Tempo × Estádio da Doença ( $F=3.211$ ,  $p=.078$ ), que se aproxima da significância. Pela análise do Gráfico 12, constata-se que as mulheres que têm um

estádio de doença mais avançado, apresentam mais dificuldades com o Sono, sendo que estas aumentam de forma expressiva durante os tratamentos complementares. Para as mulheres com um estágio de doença inicial, as dificuldades com o Sono mantêm-se estáveis.

**Gráfico 12. Variação do Sono após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estádio da Doença**



***Influências do estágio da doença no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares***

As análises de variância efectuadas para avaliar a influência do estágio da doença nas variáveis psicossociais em estudo, apenas se revelaram significativas para as representações de doença e para a funcionalidade, designadamente a percepção das emoções e a funcionalidade a nível do Sono (ver Quadro 153 e Quadro 154). O estágio da doença não influencia o estado emocional, o *coping* ou os benefícios percebidos.

O estágio da doença influencia a percepção que as mulheres têm das suas emoções após a cirurgia, com as mulheres num estágio mais avançado a apresentarem percepções emocionais mais negativas.

**Quadro 153. Resultados significativos das análises de covariância (ANCOVAS) para as Representações de Doença, tendo o Estádio da Doença como factor e a Idade e Escolaridade como covariantes (N=74)**

Representações de Doença – IPQ-B	T2		F	p
	M	DP		
<b>Emoções 2</b>			5.914	.018
Estádio 0-I	1.96	1.22		
Estádio II-III	2.32	1.02		

Quanto à funcionalidade, também se verifica o impacto do estágio da doença ao nível do Sono, durante os tratamentos complementares, em que as mulheres num estágio mais avançado da doença apresentam mais dificuldades com o Sono.

**Quadro 154. Resultados significativos das análises de variância (ANOVAS) para a Funcionalidade, tendo o Estádio da Doença como factor (n=68)**

Funcionalidade – SIP	T3		F	P
	M	DP		
<b>Sono 3</b>			10.520	.002
Estádio 0-I	50.50	40.38		
Estádio II-III	74.70	21.33		

Resumindo, o estágio da doença tem uma influência muito limitada no ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama. Apenas a percepção que a mulher têm das suas emoções após a cirurgia e o sono e repouso durante os tratamentos complementares parecem ser influenciados pelo estágio da doença.

### **7.3.3 - Ajustamento psicossocial ao cancro da mama e estatuto de menopausa**

Em relação ao estatuto de menopausa, verificou-se que das 68 mulheres consideradas nas análises estatísticas que se seguem, 30 estão na pré-menopausa e 38 estão na fase da menopausa ou pós-menopausa. Assim, utilizou-se a codificação nestes dois grupos para efectuar as análises de variância.

#### ***Influências do estatuto de menopausa no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, ao longo do tempo***

As ANCOVAS realizadas para averiguar acerca da influência do estatuto de menopausa no ajustamento à doença, não se revelaram significativas para as variáveis emocionais. No entanto, no que refere à Depressão, obteve-se um efeito de interacção, Tempo × Menopausa ( $F=2.971$ ,  $p=.090$ ), que se aproxima da significância. Pela

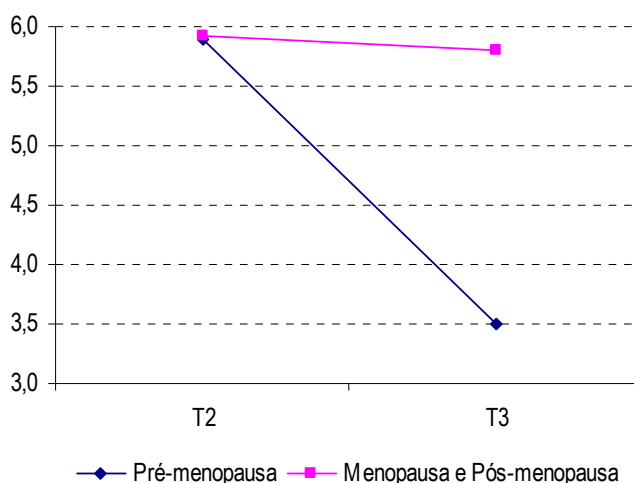


observação do Gráfico 13, é possível averiguar que as mulheres que se encontram na fase de pré-menopausa têm uma melhoria ao nível da Depressão durante os tratamentos complementares, enquanto as mulheres que se encontram na menopausa ou pós menopausa mantêm os seus níveis de Depressão.

**Quadro 155. Resultados das análises de covariância (ANCOVAS) para medidas repetidas, para a Depressão (T2, T3) tendo o tempo como factor e a Depressão 1 como covariante (n=68)**

HADS	T2		T3		F	P
	M	EP	M	EP		
<i>Depressão</i>						
Tempo × Estatuto Menopausa					5.761	.090
Pré menopausa	5.90	.028	3.91	.722		
Menopausa ou pós menopausa	5.93	.024	5.81	.618		

**Gráfico 13. Variação da Depressão após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estatuto de Menopausa**



As análises efectuadas para as variáveis cognitivas (representações de doença e *coping*) não foram significativas para a interacção Tempo × Menopausa, o que significa que o ajustamento ao nível das representações e do *coping*, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares é independente do estatuto de menopausa.

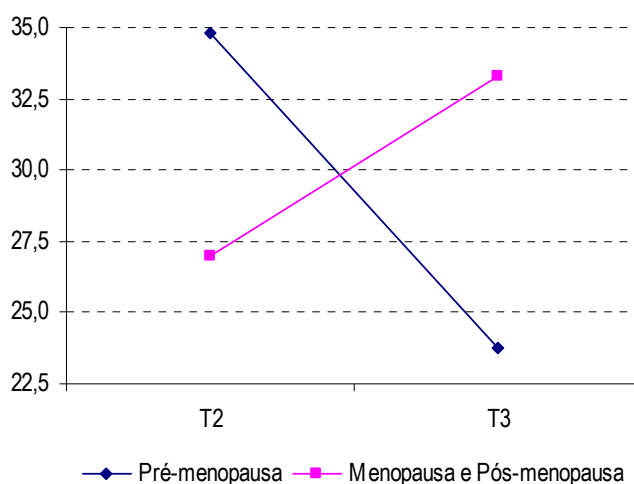
No que refere à funcionalidade, verificou-se que na dimensão Locomoção, ocorreu efeito de interacção significativo Tempo × Menopausa ( $F=5.022$ ,  $p=.029$ ), sugerindo que a variação da funcionalidade a este nível está dependente do estatuto de menopausa (ver Quadro 156). A observação do Gráfico 14, revela que para as mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, a funcionalidade ao nível da Locomoção aumenta da pós-cirurgia para os tratamentos complementares, enquanto que para as

mulheres que se encontram na fase da menopausa ou pós menopausa, as dificuldades com a Locomoção agravam-se durante os tratamentos complementares.

**Quadro 156. Resultados das análises de variância (ANOVA) para medidas repetidas, para a Funcionalidade (T2, T3) tendo o tempo como factor (n=68)**

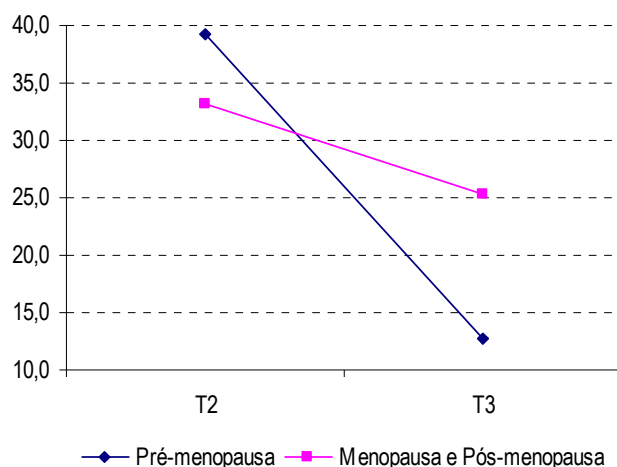
Funcionalidade - SIP	T2		T3		F	P
	M	EP	M	EP		
<b>Locomoção</b>						
Tempo × Estatuto Menopausa					5.022	.029
Pré menopausa	34.78	5.05	23.79	5.45		
Menopausa ou pós menopausa	26.97	4.33	33.28	4.67		
<b>Cuidados Pessoais</b>						
Tempo × Estatuto Menopausa					6.526	.013
Pré menopausa	39.17	5.93	12.69	5.71		
Menopausa ou pós menopausa	33.19	5.08	25.27	4.89		

**Gráfico 14. Variação da Locomoção após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estatuto de Menopausa**



Para os Cuidados Pessoais, foi encontrada outra interacção significativa Tempo × Menopausa ( $F=6.526$ ,  $p=.013$ ), verificando-se que para as mulheres na pré-menopausa ocorre uma melhoria expressiva na funcionalidade ao nível dos Cuidados Pessoais, da pós-cirurgia para os tratamentos complementares. Para as mulheres que se encontram na menopausa ou na pós-menopausa, também ocorre uma melhoria mas menos acentuada (ver Gráfico 15).

**Gráfico 15. Variação dos Cuidados Pessoais após a cirurgia e durante os tratamentos complementares por Estatuto de Menopausa**



O estatuto de menopausa, parece ter alguma influência ao nível do ajustamento psicossocial ao cancro da mama, salientando-se o seu papel ao nível emocional, nomeadamente na Depressão e ao nível da funcionalidade, mais especificamente na Locomoção e nos Cuidados Pessoais. Verificando-se que são as mulheres que se encontram na fase da menopausa ou da pós-menopausa aquelas em que as dificuldades aumentam com o tempo e durante os tratamentos complementares.

***Influências do estatuto de menopausa no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares***

As análises de covariância efectuadas para avaliar a influência do estatuto de menopausa nas variáveis psicossociais em estudo, apenas se revelaram significativas para o estado emocional, mais especificamente para a Depressão durante os tratamentos complementares. O estatuto de menopausa influencia os níveis de Depressão durante os tratamentos complementares, com as mulheres na menopausa e pós-menopausa a apresentarem níveis de Depressão mais elevados (ver Quadro 157). Também se verificou uma tendência de significância ( $p = .068$ ) para o seu impacto na Ansiedade pós-cirurgia, com as mulheres na menopausa e pós-menopausa a apresentarem resultados menos favoráveis. O estatuto de menopausa não exerce influência sobre as representações de doença, *coping*, funcionalidade e benefícios percebidos.

**Quadro 157. Resultados significativos das análises de covariância (ANCOVAS) para o estado emocional, tendo o Estatuto de Menopausa como factor e o estado emocional no momento 1 e a Escolaridade como covariante (n=68)**

Estado Emocional – HADS	T2 ou T3		F	p
	M	DP		
<b>Depressão 3</b>			4.555	.037
Pré-menopausa	4.10	3.18		
Menopausa e Pós-menopausa	5.66	4.41		
<b>Ansiedade 2</b>			<i>3.446</i>	<i>.068*</i>
Pré-menopausa	8.29	3.49		
Menopausa e Pós-menopausa	8.98	3.95		

\*Itálico indica valores que se aproximam da significância (p<.10)

A influência do estatuto de menopausa nas variáveis psicossociais são mínimas, limitando-se a influenciar o estado emocional, nomeadamente a ansiedade após a cirurgia e a depressão durante os tratamentos complementares, com as mulheres na menopausa e pós menopausa a manifestarem mais dificuldades a este nível.



## **CAPÍTULO VIII**

---

### **Discussão dos Resultados**



## **8.1 - Discussão dos Resultados**

A revisão da literatura acerca do ajustamento ao cancro da mama permite concluir acerca de vários factores sócio-demográficos (e.g. idade), clínicos (e.g. tipo de cirurgia) e psicossociais (e.g. características de personalidade, estado emocional) que poderão influenciar o percurso da mulher que sofre desta doença, durante o seu processo de tratamento. Este estudo pautou-se no sentido de perceber, como é que as mulheres portuguesas com cancro da mama, durante o primeiro ano após o diagnóstico, lidam com esta realidade, ou seja quais os factores que vão influenciar o seu ajustamento. As hipóteses colocadas foram no sentido de tentar responder, em parte, a esta questão. Mais especificamente, o presente estudo orienta-se no sentido de compreender o processo de ajustamento das mulheres portuguesas com cancro da mama, salientando-se o papel das representações de doença bem como do optimismo. A incidência elevada de distress entre os pacientes com cancro, faz sobressair a importância de estudar o ajustamento psicossocial (Hatchett et al., 1997), nesta população.

Neste capítulo temos por objectivo proceder à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior, integrando os dados obtidos com o conhecimento científico acumulado nesta área e apresentado no capítulo da revisão da literatura. A discussão dos resultados será efectuada pela ordem de apresentação dos mesmos e na sequência das hipóteses formuladas.

### **8.1.1 - Características psicossociais das mulheres com cancro da mama antes da cirurgia**

Uma vez que o presente estudo procurou estudar o processo de ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama, ao longo do tratamento, torna-se importante conhecer quais as características psicossociais destas mulheres antes de este se iniciar. Vários estudos têm demonstrado que as características psicossociais antes da cirurgia podem influenciar o ajustamento nas fases subsequentes da doença, podendo ser determinantes importantes para esse mesmo ajustamento (Burgess et al., 1988; Epping-Jordan et al., 1999; Hughes, 1982; Iwamitsu et al., 2005; McCaul et al., 1999; Stanton & Snider, 1993). Pela mesma razão, os valores iniciais (*baseline*) destas variáveis são controlados no teste de hipóteses, embora no estudo dos efeitos de



interacção se procure estudar a influências destas variações individuais no processo de ajustamento.

Quanto ao estado emocional, predomina um estado de ansiedade com valores médios indicadores de ansiedade grave. Com efeito, verifica-se que cerca de 80% das pacientes apresenta ansiedade com significado clínico. Esta prevalência maior de ansiedade do que de depressão está de acordo com o que foi encontrado por Epping-Jordan e col. (1999), em que os autores verificaram que 40% das pacientes com cancro da mama apresentavam ansiedade clínica e 33.7% depressão clínica, após o diagnóstico (avaliados através do SCL-90R – Symptom Checklist-90-Revised). Os níveis elevados de ansiedade, segundo Sinsheimer e Holland (1987), podem ser explicados em parte pela necessidade de recorrer a um procedimento cirúrgico, podendo ser um determinante para a ansiedade experienciada antes da cirurgia, assim como pela preocupação com a doença e seu resultado (Meyer & Aspergen, 1989). Relativamente à depressão, os valores médios estão abaixo do ponto de corte ( $\leq 8$ ), embora cerca de 38% das pacientes apresente depressão clínica. A depressão clínica pré-operatória pode constituir-se como um factor de risco para a mortalidade em mulheres que se encontrem num estado avançado da doença, verificando-se a mesma tendência em mulheres com um cancro da mama em estágio inicial (Hjerl, 2003). Apesar de termos encontrado outros estudos que utilizavam o HADS para avaliar o estado emocional, estes não nos permitem estabelecer paralelismos com a nossa amostra na medida em que se referem a outras fases da doença e não ao seu início.

Relativamente às crenças relacionadas com a doença, estas mulheres estão confiantes na eficácia dos tratamentos que lhes foram propostos (mais especificamente na cirurgia), o que pode ser uma consequência da tendência optimista que as caracteriza, que descrevemos mais adiante. Estas pacientes também apresentam uma preocupação moderada alta com a sua doença, que é de alguma forma corroborada por uma resposta emocional acentuada, e que se encontra altamente correlacionada com os níveis elevados de ansiedade que estas mulheres apresentam (Correlação entre a Ansiedade no HADS e Preocupação no IPQ, no momento 1 = .65). Segundo Hughes (1982), o facto das mulheres apresentarem níveis elevados de preocupação antes da cirurgia pode ser um preditor do stress após a cirurgia. Estas mulheres sentem que compreendem moderadamente a sua doença, o que está em concordância com a sua expectativa de que a doença irá durar algum tempo. De facto, a maioria das pacientes passa por um processo de tratamento intenso que decorre sensivelmente entre 8 a 12 meses. Também

constatamos que as pacientes sentem que têm pouco controlo pessoal sobre a sua doença, o que é compreensível se considerarmos que estas estão prestes a iniciar um processo de tratamentos nos quais indicam depositar bastante mais confiança do que na sua capacidade de controlar a sua doença. Nesta fase da doença, as mulheres não sentem que esta esteja a afectar o seu dia a dia, o que provavelmente se deve ao facto de a maioria não ter sintomas associados ao cancro da mama e terem poucas limitações físicas. No entanto, as pacientes referem dificuldades ao nível do estado emocional, o que vai de encontro aos dados do HADS (Correlação entre a representação emocional no IPQ e a Ansiedade no HADS, no momento 1 = .63).

Em resumo, antes da cirurgia, estas pacientes apresentam algumas representações de doença positivas, isto é, que têm sido associadas a um bom ajustamento posterior à doença (Petrie et al., 2003), como a crença de que a doença vai durar algum tempo ou o controlo do seu tratamento. Por outro lado, apresentam algumas representações de doença mais problemáticas em termos de ajustamento posterior, como a preocupação elevada acerca da doença e a crença de baixo controlo pessoal sobre esta. A relação entre estas crenças e o ajustamento futuro foi objecto do teste de hipóteses e será comentado posteriormente.

No que toca às estratégias de *coping* utilizadas, as pacientes utilizam várias formas de *coping* com a doença, conforme foi referido por Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor e Falke (1992). Estas mulheres, utilizam diversas formas preferenciais de *coping*, nomeadamente a preocupação ansiosa, o espírito de luta, o evitamento cognitivo e fatalismo. No entanto, no que respeita ao *coping* com a doença antes da cirurgia, este grupo de mulheres caracteriza-se maioritariamente pela preocupação ansiosa, que segundo Varela e Leal (2007), pode ser considerada uma resposta eminentemente emocional, que se caracteriza por uma ansiedade persistente e, considerada por alguns autores (e.g. Akechi et al., 2001; Watson, 1991), como uma estratégia de *coping* pobre. A utilização desta estratégia de *coping* não é de surpreender dado que estas pacientes estão a responder à doença com valores de ansiedade grave e níveis elevados de preocupação. Outra estratégia de *coping* pobre é o fatalismo, caracterizada pela aceitação da doença de forma passiva e, que segundo Akechi e col. (2001) é um dos determinantes da morbilidade psiquiátrica em pacientes com cancro da mama, posição que já havia sido defendida por Watson e col. (1991), ao referir que a preocupação e o fatalismo encontravam-se associados com o aumento da ansiedade e depressão. No nosso estudo, a preocupação também apresenta correlações positivas elevadas com a

ansiedade e depressão no momento pré-cirurgia (Ansiedade:  $r = .68$  e depressão:  $r = .59$ ). O evitamento cognitivo, também se destaca como uma das estratégias mais utilizadas para lidar com esta fase da doença, que se caracteriza essencialmente por um esforço para não pensar na doença, acreditando que desta forma é mais fácil lidar com a mesma, o que poderá ajudar na redução imediata da ansiedade (Filipp et al., 1990). Contudo, vários são os estudos (Carver et al., 1993; Hack & Degner, 2004; McCaul et al., 1999; Stanton & Snider, 1993) que indicam que a utilização do *coping* de evitamento é um preditor de um ajustamento pobre em mulheres com cancro da mama, causando por exemplo níveis de distress elevados. No entanto, na nossa amostra, verificou-se uma correlação negativa significativa entre o *coping* por evitamento e a depressão ( $r = -.23$ ), no momento pré-cirurgia, sugerindo que nesta fase da doença, o evitamento cognitivo poderá estar associado a menor afectividade negativa. Em contraste, o espírito de luta é outra das estratégias de *coping*, utilizadas por estas pacientes e que, de acordo com Varela e Leal (2007), refere-se a um padrão de resposta que se caracteriza por uma atitude optimista, em que a doença constitui um desafio e em que existe a crença de que pode haver algum controlo sobre o curso da doença. Este tipo de estratégia de *coping*, geralmente, encontra-se associada a um período maior de sobrevivência (Greer, 1991). Os nossos resultados também vão no sentido de uma melhor adaptação à doença nas mulheres que utilizam mais o espírito de luta como forma de *coping* nesta fase inicial do tratamento. Com efeito, verifica-se uma correlação negativa significativa entre esta estratégia de *coping* e a ansiedade ( $r = -.36$ ) e a depressão pré-cirurgia ( $r = -.58$ ).

No que concerne à variável de personalidade, optimismo, podemos considerar que estas pacientes são tendencialmente optimistas, o que segundo Carver e col. (1994), é um preditor do bem-estar subjectivo e encontra-se associado a uma aceitação realista da doença. Assim, o facto destas pacientes serem tendencialmente optimistas poderá ser um factor facilitador de um ajustamento positivo à doença. Contudo, e apesar das características de personalidade serem determinantes, segundo Brennan (2001), o grau de ajustamento vai depender da combinação das respostas de *coping*, suporte social e avaliação cognitiva da experiência de ter um cancro, o que significa que nem o optimismo nem outra variável por si só será suficiente para prognosticar acerca do ajustamento psicossocial à doença. Os resultados do teste da Hipótese 5 permitirão verificar o contributo do nosso estudo para esta questão.

Para sumariar, podemos considerar que as pacientes com cancro da mama do nosso estudo apresentam algumas características que podem ser indicadores de

dificuldades ao nível de um ajustamento psicossocial à doença, nomeadamente, níveis de ansiedade elevados, associados à adopção de estratégias de *coping* pobres como é o caso da preocupação ansiosa, o evitamento cognitivo e o fatalismo. Os resultados do teste da Hipótese 3 permitirão elucidar acerca do impacto destas características psicossociais no momento pré-cirurgia, no ajustamento posterior destas pacientes.

## **8.2 - Variabilidade no Ajustamento Psicossocial ao Longo do Processo de Tratamento**

A Hipótese 1 refere-se à variabilidade no ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama ao longo do processo de tratamento. Previa-se que ocorressem variações ao nível do estado emocional, das representações de doença, do *coping* e da funcionalidade, em função da fase de doença e tratamento em que a paciente se encontrasse, pré-cirurgia, após a cirurgia, durante os tratamentos complementares ou no final dos tratamentos. Importa referir, que apesar da idade e da escolaridade não estarem contempladas na formulação desta hipótese, análises preliminares dos dados informaram acerca da importância destas duas variáveis no estudo desta amostra, pelo que serão consideradas para a discussão dos resultados. Uma discussão mais aprofundada das influências sócio-demográficas nas variáveis psicossociais, será apresentada na interpretação das análises exploratórias.

A Hipótese 1 foi confirmada para algumas das variáveis psicossociais, designadamente, para a variável emocional, Depressão. Também se confirmou para as variáveis cognitivas, representações de doença referentes ao Controlo de Tratamento, Identidade, Preocupação e Compreensão da doença, e para as estratégias de *coping* Preocupação Ansiosa, Evitamento Cognitivo e Espírito de Luta. Quanto à funcionalidade, foi possível confirmar a Hipótese 1, para as categorias Cuidados Pessoais, Tarefas Domésticas e Sono. Passaremos à discussão destes resultados.

### **Estado Emocional**

No nosso estudo, ao contrário do que tinha sido previsto, não ocorreram mudanças significativas ao longo do processo de tratamento ao nível da Ansiedade. Resultados semelhantes foram encontrados por Schroevers e col. (2006), que não verificaram diferenças significativas aos 3 e aos 15 meses após o diagnóstico, para

doentes com cancro. No entanto, importa salientar que no nosso estudo, as pacientes estão maioritariamente ansiosas no momento da pré-cirurgia, com 78% de casos clínicos de Ansiedade, mantendo-se esta tendência durante os tratamentos complementares. Apesar de as diferenças ao longo do tempo não terem sido estatisticamente significativas, uma análise da percentagem de casos clínicos nos 4 momentos, sugere uma tendência para a normalização da Ansiedade com o tempo. Assim, aos 9-12 meses após o diagnóstico, verifica-se que a percentagem de casos clínicos é menor do que a de situações de normalidade, o que inverte a relação anterior (embora estes dados não sejam conclusivos, como atrás apontámos). Esta ansiedade elevada tem sido associada à incerteza que caracteriza esta doença, quer em termos da sua evolução quer do seu tratamento (Lueboonthavatchai, 2007; Meyer & Aspegren, 1989; Sinsheimer & Holland, 1987). Mesmo que a mulher se encontre a dar os passos necessários para a sua recuperação e obtenha um resultado positivo, terá sempre de lidar com a possibilidade de uma recidiva. Segundo alguns autores (Brennan, 2001; Burgess et al., 1988), estes níveis de ansiedade elevados podem corresponder a um ajustamento pobre a nível psicológico, sendo a ansiedade e depressão demonstrações de uma transição negativa. No entanto, os nossos dados durante o tratamento e no final deste indicam que a ansiedade pode ter carácter transitório, tendendo a resolver-se com o tempo para uma boa parte das mulheres. Apesar disso, permanece a questão de qual a sua relação com outras variáveis de ajustamento à doença, como as representações de doença, as estratégias de *coping* utilizadas e a funcionalidade, aspectos que trataremos no teste das Hipóteses 3 e 4. Também se levanta a questão do impacto destas emoções negativas na própria doença e na resposta aos tratamentos (Lueboonthavatchai, 2007). O papel do optimismo e sua relação com o estado emocional, é outra questão que consideraremos mais tarde nesta discussão.

Relativamente à Depressão, verificamos que as pacientes que apresentam depressão clínica antes da cirurgia (37%), tendem a ter uma diminuição da depressão ao longo do processo de tratamento. Assim, durante os tratamentos e final destes, apenas 20% das pacientes estão clinicamente deprimidas. Este estado emocional poderá ser o resultado de vários factores. No entanto, é de salientar que o facto da mulher se deparar com uma doença que potencialmente ameaça a sua vida, a necessidade de realizar uma cirurgia da qual poderão resultar alterações físicas, com consequências psicológicas e funcionais, perspectivar a necessidade de realizar tratamentos como a quimioterapia, constituem aspectos cruciais para a compreensão dos sintomas de depressão. Em geral,

os nossos dados parecem estar de acordo com a literatura. Akechi e col. (2001) encontraram um prevalência de 23% para a ansiedade e depressão após a cirurgia. Contudo, são valores de prevalência mais baixos do que aqueles que encontramos no nosso estudo, já atrás apontados. A tendência para a diminuição da depressão é confirmada, também, por Burgess e col. (2005) que constataram que 33% das mulheres com cancro da mama apresentavam depressão ou ansiedade na altura do diagnóstico, caindo esta percentagem para 24%, aos 3 meses após o diagnóstico e para 15% após um ano. Identicamente, Hall e col. (1999) salientam que a experiência de ansiedade e/ou depressão é comum entre as mulheres diagnosticadas com cancro da mama, nos 3 meses que se seguem à realização da cirurgia. Estes autores encontraram 49.6% de desordens de ansiedade e 37.2% de desordens depressivas, aos 3 meses após a cirurgia. Valores semelhantes foram encontrados no nosso estudo aos 4 meses após a cirurgia. No que refere à ansiedade, identificámos que 50% das mulheres revelam ansiedade nesse momento. No que diz respeito à depressão, no nosso estudo encontramos valores um pouco mais baixos, de 20.6%. Como já referimos, a depressão pré-cirurgia é um preditor importante da mortalidade em pacientes com cancro da mama (Hjerl, 2003). Assim, os valores encontrados alertam para a necessidade de rastreio da depressão nestas pacientes e de uma intervenção precoce (por exemplo antes ou logo a seguir à cirurgia), de modo a prevenir os efeitos negativos desta resposta emocional. Esta intervenção será particularmente importante naquelas 20% que ainda apresentam depressão no final do tratamento. Também será importante determinar os preditores da evolução emocional destas mulheres, de modo a identificar aquelas que estão em maior risco de continuar deprimidas a longo prazo. Apesar de alguns dos estudos referidos anteriormente serem do tipo longitudinal (prospectivos ou retrospectivos), não foram encontrados dados relativos à evolução da ansiedade e da depressão (para além do estudo de Burgess et al., 2005) nas várias fases de doença, visto que a maioria dos estudos procura os determinantes da ansiedade ou depressão, ou então o impacto do estado emocional no ajustamento psicossocial (avaliado através de outras variáveis, que não a ansiedade e depressão). Assim, deparamo-nos com poucos dados relativos à variação da ansiedade e depressão ao longo do tempo em mulheres com cancro da mama.

Em geral, os resultados relativos ao ajustamento psicossocial ao nível do estado emocional, chamam à atenção para a importância do apoio psicológico às mulheres com cancro da mama, neste estado inicial da doença, mas também ao longo do tratamento e

após este, principalmente no ano que se segue ao diagnóstico (Burgess et al., 2005). Vários estudos têm demonstrado os benefícios desta intervenção psicológica quer em termos do estado emocional, quer do *coping* e suporte social, assim como na evolução da própria doença (Antoni et al., 2001; Fernandes & McIntyre, 2002; Fukui et al., 2000; Kissane et al., 2003). O alargamento dos serviços de Psicologia nos hospitais da especialidade, é um passo importante para efectivar este tipo de intervenção, sempre conceptualizada no contexto de uma equipa multidisciplinar.

### **Representações de doença**

Em termos das representações de doença, a Hipótese 1 confirmou-se para quatro das oito dimensões consideradas: Controlo de Tratamento, Identidade, Preocupação e Compreensão. Verificou-se uma variação destas representações de doença ao longo do processo de tratamento (cerca de 1 ano de seguimento). As representações de doença mantiveram-se estáveis no tempo para a percepção das Consequências, Duração da doença, do Controlo Pessoal e da Resposta Emocional. No estudo de McIntyre e col. (2004), com pacientes portugueses pós Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), foram encontradas variações no tempo nas representações de doença, em que a variação mais desfavorável se dá aos 6 meses, com representações mais negativas da doença em termos de Duração, Consequências, Controlo Pessoal e de Tratamento, e Identidade. Apesar de se encontrarem variações no tempo para estes dois grupos de pacientes, enquanto no grupo de mulheres com cancro da mama as representações relacionadas com o Controlo de Tratamento sofrem uma melhoria ao longo do tempo (aos 4 meses, durante os tratamentos complementares), para os pacientes com EAM estas representações são mais negativas aos 6 meses. Provavelmente, estas diferenças encontram-se relacionadas com a natureza da doença e processos de recuperação e tratamento associados às mesmas. No que refere à Identidade, ambos os grupos apresentam representações de doença mais negativas, relacionadas com os sintomas atribuídos à doença, aos 4 e 6 meses.

De acordo com o modelo de Leventhal (Leventhal et al., 1997) e com os autores do IPQ-B (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006), o conhecimento acerca das representações das mulheres com cancro da mama ao longo do processo de tratamento, é fundamental para a compreensão da forma como estas vão lidar com a doença (*coping*). Segundo Buick (1997) e outros autores (e.g. Petrie & Weinman, 1997), as representações de doença são preditores importantes da resposta psicossocial ao

tratamento, em mulheres com cancro da mama. Passaremos a reflectir sobre os resultados encontrados.

Constatou-se que a percepção de Controlo do Tratamento varia ao longo do processo de tratamento em função da percepção de controlo do tratamento sentido antes da cirurgia e do nível de escolaridade das pacientes. Assim, para as pacientes que antes da cirurgia percepcionavam baixo Controlo do Tratamento, este aumenta após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, enquanto para os outros dois grupos (percepção de controlo do tratamento moderada a elevada), se mantém estável no tempo. Em primeiro lugar, é importante salientar que a maioria das mulheres apresenta, à partida, uma percepção alta de Controlo de Tratamento, que mantém até ao final deste, o que é um factor positivo em termos do ajustamento posterior, conforme já referimos na caracterização inicial da amostra. Por exemplo, foram encontradas correlações moderadas entre o Controlo de Tratamento e o Espírito de Luta ( $r=.43$  e  $r=.42$ ) após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, ou seja a percepção de Controlo de Tratamento encontra-se associada a uma estratégia de *coping* considerada adaptativa, durante o processo de doença. O mesmo se verifica em relação à estratégia de *coping* Desânimo-Fraqueza, com uma correlação de  $-.34$ , durante os tratamentos complementares. Assim, as mulheres que apresentam uma maior percepção do Controlo do Tratamento, recorrem menos a estratégias de *coping* não adaptativas, como é o caso do Desânimo-Fraqueza. No que respeita ao ajustamento emocional, a percepção do Controlo de Tratamento também se correlaciona com a Depressão ( $r=-.41$ ) durante os tratamentos complementares, mostrando que as mulheres que acreditam na eficácia dos tratamentos para controlarem a sua doença, encontram-se mais ajustadas a nível emocional nesta fase da doença. No entanto, existem cerca de 15% das pacientes com percepção de baixo Controlo de Tratamento, o que poderá afectar negativamente outros aspectos do seu ajustamento à doença, como as estratégias de *coping* ou a adesão ao tratamento. Estas mulheres poderão ter dificuldade em percepcionar os resultados relativos à eficácia da cirurgia. Para além disso, em algumas situações, o diagnóstico definitivo (gravidade da doença) só é obtido após a realização da cirurgia. É provável que daqui resultem dúvidas acerca da eficácia dos tratamentos, que poderão começar a dissipar-se à medida que os primeiros resultados favoráveis vão surgindo (e.g. cirurgia bem sucedida) e que o tratamento vai avançando, conduzindo ao aumento da confiança na eficácia dos tratamentos. É importante que a percepção de Controlo do Tratamento varie num sentido positivo, ou seja o seu aumento, na medida em que esta percepção



poderá ter implicações na adesão aos regimes de tratamento propostos. De acordo com o modelo proposto por Horne (2003), as representações de doença são determinantes para a adesão ao tratamento, logo se as mulheres não acreditarem na eficácia dos mesmos, provavelmente terão mais dificuldades em manter a adesão, principalmente se pensarmos em regimes de tratamento prolongados, como a terapia hormonal.

Ainda no que toca ao Controlo do Tratamento, também se verificou que a sua variação depende do nível de escolaridade das pacientes. Assim, constata-se uma diminuição desta representação ao longo do tratamento para as mulheres com baixa escolaridade, ao contrário das mais escolarizadas em que as crenças relacionadas com o Controlo de Tratamento aumentam. A diminuição da percepção de Controlo de Tratamento pode constituir um factor de vulnerabilidade no ajustamento das mulheres pouco escolarizadas, pelas razões já referidas. Na revisão de literatura efectuada, não foram encontrados estudos acerca da percepção de Controlo de Tratamento em mulheres com cancro da mama. A análise do impacto da escolaridade no ajustamento à doença e tratamento será aprofundada na discussão das análises exploratórias.

No que refere à Identidade, verificaram-se variações significativas após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, ocorrendo um aumento da percepção de sintomas durante a realização destes últimos que se mantém até ao final do tratamento. Esta variação na percepção de sintomas está dependente da idade da paciente, aumentando para as mais novas ao longo do tempo e, diminuindo nas mais velhas. Apesar deste aumento, convém assinalar que os valores na percepção de Identidade são tendencialmente baixos para todas as pacientes, o que poderá ser um indicador positivo, visto que, segundo Bradley e col. (2001), valores elevados na dimensão Identidade, mantinham o medo de recorrência e prediziam uma maior utilização dos cuidados de saúde, em mulheres com cancro ginecológico. A percepção de aumento de sintomas durante os tratamentos complementares, provavelmente, é causada pelos efeitos secundários que advém da quimioterapia e da radioterapia. De acordo com Ganz e col. (2002), a quimioterapia pode ser considerada um factor de vulnerabilidade para o ajustamento, conduzindo a um ajustamento mais pobre durante o tratamento e nas fases posteriores da doença. Segundo os mesmos autores, o impacto dos tratamentos poderá ser mais acentuado nas mulheres mais novas, visto que interfere com os planos e actividades destas mulheres. Estes resultados também vão de encontro aos resultados descritos por Avis e col. (2005) com mulheres jovens (menos de 50 anos), entre os 4 meses e os 3.5 anos após o diagnóstico, ou seja em diversas fases da

doença e tratamento, revelando que 70% das mulheres referiam dores generalizadas. No nosso estudo, verificamos que a percepção de sintomas associados à doença se encontra correlacionada com aumento das dificuldades a nível funcional (Locomoção, Cuidados Pessoais, Mobilidade, Actividades Recreativas, Emoções e Alerta) após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. Também podemos constatar que no nosso estudo, um aumento da percepção de sintomas encontra-se associada a um ajustamento mais pobre a nível emocional, quer ao nível da ansiedade após a cirurgia ( $r=.37$ ) quer durante os tratamentos complementares ( $r=.34$ ). Verifica-se também uma associação desta crença de doença com a adopção de estratégias de *coping* menos adaptativas, como o Desânimo-Fraqueza ( $r=.23$ ) e a Preocupação Ansiosa) (após a cirurgia,  $r=.40$ ) e durante os tratamentos complementares,  $r= .39$ ), que se caracterizam por um pessimismo, ausência de combate activo da doença e ainda por uma resposta predominantemente emocional.

Relativamente à Preocupação, é possível confirmar que o grau de Preocupação com a doença varia entre a pós-cirurgia e os tratamentos complementares, diminuindo durante estes últimos. No entanto, é importante salientar que estas pacientes mantêm uma percepção de Preocupação elevada acerca da doença até ao final do tratamento. Como já foi comentado relativamente ao momento da pré-cirurgia, a incerteza sentida face à evolução da doença e tratamento poderá explicar esta preocupação. Por outro lado, a elevada ansiedade que se verifica nestas pacientes, mesmo após a cirurgia, parece relacionar-se com esta crença a nível cognitivo, encontrando-se uma correlação de .53 entre a Ansiedade e a Preocupação após a cirurgia e de .62 durante os tratamentos complementares. Esta associação vai de encontro ao modelo de processamento paralelo da doença (a nível cognitivo e emocional), postulado por Leventhal (Leventhal et al., 1997). É interessante notar que a variação no tempo para a Ansiedade e Preocupação é paralela, tendendo ambas a diminuir durante o tratamento e no final deste. Esta diminuição poderá estar associada à colheita progressiva de mais informação sobre a doença e tratamento, e conseqüente diminuição da incerteza associada à mesma.

Além do exposto, convém assinalar que a variação no tempo da Preocupação está dependente da Preocupação com a doença antes da cirurgia e da idade. As mulheres que estão menos preocupadas com a sua doença antes da cirurgia, tornam-se mais preocupadas à medida que o tratamento progride, enquanto que para as mulheres que estão mais preocupadas no momento da pré-cirurgia existe uma diminuição da preocupação com a doença, ao longo do tratamento. O aumento da preocupação com a

doença após a cirurgia pode constituir um factor positivo para as mulheres com preocupação baixa antes desta, uma vez que algum grau de preocupação poderá ser produtivo, em termos da promoção de um *coping* mais eficaz. Contudo, constatou-se que durante os tratamentos complementares, o aumento do Espírito de Luta encontrava-se associado a uma diminuição da Preocupação ( $r=-.32$ ), o que significa que são as mulheres que se encontram menos preocupadas durante os tratamentos complementares, aquelas que adoptam uma atitude mais optimista, encarando a doença como um desafio e procurando exercer algum controlo sobre a evolução da mesma. A idade também influencia a Preocupação sentida em relação à doença, podendo observar-se que as mulheres mais jovens (23-41 anos) e as mulheres de meia idade (51-58) aumentam a sua Preocupação, enquanto nas pacientes mais velhas (59-79) a Preocupação diminui ao longo do tratamento. A idade volta a aparecer como um factor importante no ajustamento, determinando o grau de Preocupação sentido pelas pacientes. Tal como foi referido na revisão da literatura, o cancro da mama pode ameaçar o futuro e a própria vida, levando as mulheres mais jovens a sentirem mais preocupações relacionadas com a doença e com as implicações da mesma, como por exemplo, medos e incertezas acerca do futuro e de não viverem o suficiente para acompanhar o crescimento dos seus filhos (Dunn & Steginga, 2000).

No que diz respeito à Compreensão acerca da doença, verificou-se que a percepção que as mulheres têm acerca da Compreensão da sua doença, varia ao longo do tratamento, sendo esta Compreensão mais elevada durante os tratamentos complementares. No entanto, é pertinente notar que a maioria das pacientes (cerca de 2/3) considera que possui uma boa Compreensão da sua doença, o que poderá constituir um factor positivo na sua recuperação. Na revisão da literatura, não identificámos estudos que tenham analisado o impacto desta representação no ajustamento psicossocial à doença. No entanto, os nossos dados sugerem esta associação. Por exemplo, verificou-se uma correlação significativa entre a Compreensão e as estratégias de *coping*, Preocupação Ansiosa ( $r=-.42$ ) e Espírito de Luta ( $r=.31$ ) sugerindo que a Compreensão da doença está associada à adopção de uma atitude positiva e combativa em relação à doença e a uma diminuição do recurso a estratégias de *coping* caracterizadas pela ansiedade. Este padrão volta a verificar-se durante os tratamentos complementares ( $r=-.31$  e  $r=.28$ , respectivamente). As mudanças ao longo do tempo dependem da Compreensão da doença antes da cirurgia. Desta forma, a Compreensão acerca da doença aumenta nas mulheres que antes da cirurgia tinham uma Compreensão

baixa ou moderada e diminui ligeiramente para as mulheres que antes da cirurgia tinham uma Compreensão elevada acerca da sua doença e tratamento. O aumento da compreensão acerca da doença ao longo do tratamento faz sentido na medida em que as pacientes vão acumulando experiência com a doença e tratamento que poderá aumentar a sua compreensão da mesma, especialmente para aquelas pacientes que começaram com uma compreensão mais baixa.

Não se verificaram alterações significativas ao longo do tempo para as representações de doença, Consequências, Duração, Controlo Pessoal e Resposta Emocional. Ao nível das Consequências, tendencialmente as pacientes consideram que a doença afecta as suas vidas moderadamente, durante todo o processo de tratamento. Esta percepção parece ajustada, na medida em que em qualquer fase do tratamento há áreas da vida que são afectadas, quer pelo diagnóstico quer pelos tratamentos que este implica. Geralmente, e ao longo de todo o processo de tratamento, as pacientes consideram que a sua doença irá durar algum tempo, o que mais uma vez parece ser uma percepção ajustada desta doença, dado que estas pacientes terão que continuar a monitorizar a sua doença e a viver com o impacto desta durante vários anos, enquanto sobreviventes de cancro. Quanto ao Controlo Pessoal, estas pacientes apresentam uma percepção relativamente baixa do impacto que poderão ter no curso da sua doença, nesta fase do tratamento. Dado o enfoque no tratamento, muitas vezes intensivo e agressivo desta doença, não é de surpreender que a confiança das pacientes seja depositada nestes e não no que poderão fazer elas próprias para melhorar o seu prognóstico. No que respeita à Resposta Emocional, os dados confirmam uma percepção de resposta emocional relativamente acentuada, o que poderá constituir factor de risco em termos do ajustamento à doença (veja-se no Quadro 34, por exemplo, a correlação elevada com a Preocupação Ansiosa e com as dificuldades percebidas ao nível das actividades sociais).

Apesar das representações de doença, serem um tópico referido em muitas investigações na área da saúde, o facto é que não encontramos muitos estudos que o fizessem com mulheres com cancro da mama, e nenhum que tenha estudado cada uma das dimensões avaliadas pelo IPQ-B. No entanto, e visto que as representações de doença que variaram ao longo do tempo foram o Controlo de Tratamento, a Identidade, a Preocupação e a Compreensão, podemos inferir que estas variações possam ter implicações importantes ao nível do ajustamento das mulheres portuguesas com cancro da mama e da intervenção clínica junto destas pacientes. As cognições de doença

revestem-se de especial importância ao nível do ajustamento psicossocial à doença, visto que, como temos vindo a referir, as representações de doença, de acordo com Leventhal e colaboradores, vão determinar a forma como o sujeito vai lidar com a doença, nomeadamente com as estratégias de *coping* adoptadas para fazer face às exigências impostas pela situação. As mudanças encontradas parecem ser tão importantes como as que não se verificaram. Assim, houve mudanças positivas em termos do aumento do Controlo de Tratamento e da Compreensão acerca da doença, mas estas foram acompanhadas pelo aumento da percepção dos sintomas e da preocupação com a doença. Ao mesmo tempo, verificou-se que permaneceu uma percepção de baixo controlo pessoal e de elevada resposta emocional, o que não favorece o ajustamento. Estes dados sugerem que é necessário intervir com abordagens psico-educacionais que possam potenciar crenças adaptativas ao longo de todo o processo de tratamento, indicando que estas intervenções devem ser também diferenciadas segundo a fase do tratamento.

### ***Coping***

Quanto às estratégias de *coping*, constatou-se que a Preocupação Ansiosa e o Evitamento Cognitivo apresentam variações ao longo do tempo, conforme previsto na Hipótese 1. Os valores nestas sub-escalas tendem a diminuir gradualmente do momento da pós-cirurgia para os tratamentos complementares.

Relativamente à Preocupação Ansiosa, este padrão parece ser paralelo ao observado para a preocupação com a doença enquanto representação cognitiva, e a ansiedade, enquanto resposta emocional. Mais uma vez, estes dados apoiam o modelo de auto-regulação de Leventhal, na medida em que a resposta emocional à doença e a resposta cognitiva (crenças) estão intimamente associadas às estratégias de *coping* utilizadas. Foram encontradas correlações moderadas a elevadas entre Ansiedade e Preocupação Ansiosa ( $r=.67$ ), Ansiedade e Preocupação ( $r=.53$ ) e entre Preocupação Ansiosa e Preocupação ( $r=.70$ ), após a cirurgia. Durante os tratamentos complementares, os valores destas correlações foram igualmente moderados a elevados, Ansiedade e Preocupação Ansiosa ( $r=.73$ ), Ansiedade e Preocupação ( $r=.62$ ) e Preocupação Ansiosa e Preocupação ( $r=.76$ ). A possível explicação para a diminuição destes valores com o tempo já foi apresentada. É de salientar que a Preocupação Ansiosa é uma estratégia preferencial de *coping* destas mulheres desde a pré-cirurgia. Tratando-se de uma estratégia de *coping* que pode ter resultados mistos (positivos se em

moderação mas negativos se em demasia), esta pode constituir um factor de vulnerabilidade em termos de ajustamento à doença e tratamento, especialmente pelo facto de esta estratégia se manter elevada até ao final do tratamento (vejam-se no Quadro 34, as correlações positivas com vários aspectos da funcionalidade). O *coping* através do processamento emocional encontra-se associado a um distress mais elevado ao longo do tempo, constituindo um factor de risco para uma adaptação negativa à doença (Stanton et al. 2000). Assim, o rastreio inicial destas pacientes em termos das estratégias de *coping* utilizadas preferencialmente, pode ser um passo importante na prevenção de um ajustamento posterior negativo. Estratégias de *coping* preferenciais diferentes foram encontradas no estudo de Varela e Leal (2007), com mulheres portuguesas com cancro da mama, em que os autores verificaram que a estratégia mais adoptada era o Espírito de Luta, seguida do Fatalismo. O aspecto comum destes dois estudos é o facto de tanto a Preocupação Ansiosa como o Fatalismo serem duas estratégias de *coping* focadas na emoção, e que segundo alguns autores são estratégias frequentes, que podem ser úteis e trazer alívio às mulheres com cancro da mama (Dunkel-Schetter et al., 1992; Filipp et al., 1990; Ridder & Schreurs, 1994).

Além dos resultados acima, verificou-se que a utilização da Preocupação Ansiosa depende da utilização desta estratégia no momento 1. Assim, a utilização da Preocupação Ansiosa aumenta um pouco ao longo do tratamento (após a cirurgia e durante os tratamentos complementares), nas mulheres que à partida utilizavam menos esta estratégia de *coping*, e diminui naquelas que tinham Preocupação Ansiosa moderada ou alta. Paralelamente à preocupação cognitiva com a doença, as mulheres que tinham utilização baixa desta estratégia, tendem a aumentá-la com a evolução dos tratamentos. No entanto, nunca chegam a atingir valores elevados nesta estratégia, o que sugere que este aumento pode ser produtivo em termos de um *coping* mais focado na doença.

O Evitamento Cognitivo foi outra estratégia de *coping* que apresentou valores elevados durante todo o seguimento. No entanto, verifica-se uma diminuição deste ao longo do processo de tratamento (T2 a T3), com tendência a estabilizar no final do tratamento. Uma possível explicação para esta diminuição poderá residir na própria logística associada ao processo de tratamento, que implica deslocações constantes ao hospital, com várias horas de espera, para a realização dos tratamentos e consultas médicas, confrontando as pacientes, sistematicamente, com a realidade da doença e, provavelmente, limitando a possibilidade de utilização do evitamento cognitivo. A

diminuição deste tipo de *coping*, durante o processo de tratamento, nomeadamente durante os tratamentos complementares, poderá ser benéfico a nível físico e psicológico, se considerarmos o estudo desenvolvido por Stanton e Snider (1993), que indica que o *coping* de evitamento é um preditor importante de níveis elevados de stress e baixo vigor. De acordo com Stanton e col. (2000), as mulheres com cancro da mama, que utilizavam o evitamento enquanto estratégia de *coping*, vinham a apresentar níveis mais elevados de distress e evidenciavam menos emoções positivas ao longo do tempo. Para reforçar esta posição temos. Os resultados encontrados por Shapiro e col. (1997) reforçam esta posição ao mostrar que as mulheres que utilizavam uma estratégia de *coping* confrontativo, durante a realização da quimioterapia, apresentavam menos efeitos colaterais a nível físico e psicológico do que aquelas que utilizavam uma estratégia de *coping* de evitamento. Logo a diminuição desta estratégia de *coping* durante o tratamento poderá ser um indicador de um ajustamento favorável, à doença. Verificamos que a diminuição do Evitamento Cognitivo após a cirurgia encontra-se associado à diminuição da Preocupação Ansiosa ( $r=.36$ ), que como já referimos é igualmente uma estratégia de *coping* considerada desajustada. A diminuição do Evitamento Cognitivo durante os tratamentos complementares também se encontra associada à diminuição da Ansiedade ( $r=.27$ ), o que contribui para o ajustamento nesta fase do tratamento. A diminuição do Evitamento Cognitivo durante os tratamentos complementares encontra-se, também, associada a uma melhor funcionalidade ao nível das Emoções ( $r=.29$ ) e do estado de Alerta ( $r=.31$ ), como se pode verificar no Quadro 34.

A Hipótese 1 não se confirmou para as estratégias de *coping* Desânimo-Fraqueza, Espírito de Luta e Fatalismo. No entanto, é pertinente apontar que o Espírito de Luta e o Fatalismo apresentam valores elevados durante todo o seguimento. O Desânimo-Fraqueza não foi uma estratégia de *coping* predominante neste grupo de mulheres. Se utilizarmos novamente o modelo de Leventhal, este achado faz sentido na medida em que a resposta emocional depressiva nestas mulheres também não predomina. Encontraram-se correlações entre o Desânimo-Fraqueza e Depressão de .53 e .62 após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (respectivamente), indicando que estas variam no mesmo sentido. Quanto à estratégia de *coping* Espírito de Luta, verificou-se que esta está associada a resultados positivos ao nível do estado emocional, das crenças de doença e da funcionalidade (ver Quadro 34). Assim, a sua utilização está associada à diminuição da ansiedade ( $r=-.34$ ) e depressão ( $r=-.39$ ) após a

cirurgia e durante os tratamentos complementares ( $r=-.38$  e  $r=-.39$ ). A percepção da duração da doença também se encontra associada a esta estratégia ( $r=-.29$ ), em que o aumento do recurso ao Espírito de Luta, se associa à diminuição da percepção da Duração da doença. Por sua vez crenças relacionadas com o aumento do Controlo de Tratamento ( $r=.43$ ) e aumento da Compreensão ( $r=.31$ ), relacionam-se com maior adopção do Espírito de Luta, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, com correlações de  $.42$  e  $.27$ , respectivamente. O Espírito de Luta encontra-se associado à funcionalidade ao nível das actividades de Lazer ( $r=-.24$ ) após a cirurgia. Durante os tratamentos complementares, o Espírito de Luta encontra-se, ainda, associado a um aumento das crenças relacionadas com o Controlo Pessoal ( $r=.27$ ) e com a diminuição da Preocupação ( $r=-.32$ ) e da Resposta Emocional ( $r=-.34$ ). Em contraste, no que refere ao Fatalismo, verificou-se que uma maior utilização desta estratégia encontra-se associada a maior Depressão ( $r=.31$ ) durante os tratamentos complementares mas também com a percepção de controlo pessoal ( $r=.33$ ) e de controlo pelo tratamento ( $r=.26$ ). Esta convivência de valores elevados de Espírito de Luta e Fatalismo é aparentemente contraditória. No entanto, a literatura tem revelado, como já apontámos, que nestas situações de ameaça de vida, as mulheres recorrem a uma variedade de estratégias de *coping*. De qualquer forma, é claro que o uso do Espírito de Luta está associado a muito mais resultados positivos do que o uso do Fatalismo.

A variabilidade encontrada, ao nível do *coping*, sugere que os processos de confrontação com a doença e tratamento são dinâmicos. Neste caso, a evolução ao nível da Preocupação Ansiosa e Evitamento Cognitivo foi favorável a um melhor ajustamento. É de notar a associação entre o *coping*, o estado emocional e as representações de doença, o que está de acordo com o modelo de representações de doença proposto por Leventhal e colaboradores. Os dados deste estudo indicam que intervenções facilitadoras do ajustamento psicossocial destas pacientes se devem dirigir aos aspectos emocionais, cognitivos e *coping*, conjuntamente, e tendo em conta variações ao longo do tratamento nestas dimensões.

### **Funcionalidade**

A Hipótese 1 confirmou-se para as categorias de funcionalidade Cuidados Pessoais, Tarefas Domésticas e Sono. Não se verificaram variações ao longo do tempo para as restantes áreas de funcionalidade nem para os valores globais de funcionalidade física e psicossocial.



A funcionalidade relativa aos Cuidados Pessoais aumenta do momento da pós-cirurgia para os tratamentos complementares (T2 e T3). A funcionalidade ao nível das tarefas domésticas também apresenta uma melhoria ao longo de todo o processo de tratamento (T2 a T4). Esta melhoria é particularmente importante, uma vez que esta era uma área em que as mulheres percebiam maiores limitações funcionais no momento de pós-cirurgia. É provável que estas mudanças, ao nível dos cuidados pessoais e tarefas domésticas, estejam directamente relacionadas com as consequências a nível físico causadas pela cirurgia, como por exemplo dificuldades na movimentação do braço do lado em que a mulher foi operada. Assim, à medida que a mulher começa a recuperar a funcionalidade do seu braço, está mais capaz de desempenhar estas tarefas com mais desenvoltura. Frost e col. (2000), também avançam que as mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama apresentam dificuldades relacionadas com a dor e funcionamento físico, sendo que, durante os tratamentos, podem ser evidentes dificuldades relacionadas com o desempenho dos seus papéis, como resultado de problemas emocionais. Foram encontradas correlações entre a Ansiedade e Cuidados Pessoais ( $r=.44$ ) e entre Depressão e Cuidados Pessoais ( $r=.48$ ), durante a realização dos tratamentos complementares, o que indica que um estado emocional negativo, aumenta as dificuldades no funcionamento relacionado com os Cuidados Pessoais. Não encontramos outros estudos que utilizassem o SIP como medida de avaliação da funcionalidade em mulheres com cancro da mama.

Quanto ao Sono, verifica-se que as dificuldades aumentam durante os tratamentos complementares, isto apesar dos valores de ansiedade, depressão e preocupação acerca da doença, diminuírem com os tratamentos. Contudo verifica-se que durante os tratamentos complementares 20.6% das mulheres continuam a apresentar depressão clínica e 50% ansiedade clínica, o que segundo Miller e col. (2005) é frequente após a quimioterapia sendo que as revisões de alguns estudos permitiram-lhes que a prevalência varia entre 3% a 55%, o que segundo os autores contribui para os distúrbios de sono, que por sua vez irão causar impacto no funcionamento diário. A corroborar as dificuldades encontradas ao nível do sono, temos o estudo de McIntyre e col. (2004), em que os autores, também, encontraram dificuldades com o sono aos 6 meses, numa amostra de mulheres portuguesas, diagnosticadas com EAM.

Em geral, a percepção que estas pacientes têm da sua funcionalidade física e psicossocial é bastante positiva. No entanto, as dificuldades ao nível das tarefas domésticas, no período pós-cirurgia, devem ser tomadas em consideração no

planeamento de apoio doméstico a estas pacientes, assim como os problemas com o sono, que podem merecer atenção clínica durante os tratamentos complementares e perseveram até ao final do tratamento.

Em conclusão, verifica-se variabilidade ao nível do ajustamento psicossocial à doença e tratamento, nas mulheres com cancro da mama, ao longo dos cerca de 12 meses de seguimento, em várias dimensões deste ajustamento, especialmente nas representações de doença e nas estratégias de *coping*. Neste grupo de pacientes, parece que esta variação ocorre no sentido de um melhor ajustamento à doença, com excepção da percepção de sintomas (Identidade) e das dificuldades com o Sono, que aumentam durante os tratamentos complementares, o que pode dificultar o ajustamento, especialmente nesta fase da doença. As outras variáveis sofrem mudanças que ocorrem no sentido positivo, ou seja, do ajustamento, como por exemplo, a diminuição da Depressão clínica após a cirurgia, a diminuição da Preocupação com a doença e o aumento da Compreensão durante os tratamentos complementares, a diminuição do Evitamento Cognitivo e o aumento da funcionalidade após a cirurgia. O momento após o diagnóstico e que antecede a cirurgia (T1) e o momento pós-cirurgia, parecem merecer especial atenção em termos de intervenção, embora se verifiquem outras dificuldades que persistem durante todos os momentos, como a resposta de ansiedade que se mantém elevada, quer em termos emocionais, quer cognitivos, quer enquanto estratégia de *coping*. Estes dados não deixam dúvidas quanto à necessidade de oferecer uma intervenção psicossocial dirigida às cognições e estado emocional, que poderia ter o seu início após o diagnóstico e seguimento pelo menos até ao final da fase mais intensa de tratamentos. Uma intervenção do tipo cognitivo-comportamental poderia ser benéfica na redução da ansiedade, depressão e pensamentos intrusivos. Para além de permitirem a aquisição de estratégias de *coping* adaptativas.

Os resultados encontrados, que confirmam parcialmente a H1, mostram ainda a importância de estudos de carácter longitudinal, para uma melhor compreensão do ajustamento psicossocial à doença e tratamento. Estes estudos podem informar a intervenção psicossocial junto de pacientes com cancro da mama, de forma a esta ser mais dirigida e eficaz. Os dados também fazem um contributo teórico importante, na medida em que apoiam uma conceptualização biopsicossocial da doença e doente (McIntyre, 1994), uma vez que as variações no ajustamento à doença se verificam nas várias áreas avaliadas, nomeadamente a nível da funcionalidade física, resposta

emocional, cognitiva e comportamental, e funcionalidade social, afectando a mulher como um todo. Os nossos dados também apoiam o modelo de auto-regulação de Leventhal (Leventhal et al., 1997) na medida em que as variações observadas mostram uma mudança paralela das respostas emocional, cognitiva e das estratégias de *coping*, ao longo do processo de doença.

### **8.3 - Variabilidade no Ajustamento Psicossocial ao Longo do Processo de Tratamento em Função do Tipo de Cirurgia**

Esta hipótese previa que o ajustamento psicossocial ao longo do processo de tratamento variasse em função do tipo de cirurgia, prevendo-se um ajustamento psicossocial mais favorável para as mulheres submetidas a tumorectomia.

Esta hipótese não se verificou para a grande maioria das variáveis psicossociais estudadas. Verificaram-se apenas diferenças entre os grupos para as representações de doença, designadamente, na Compreensão da doença, e para a funcionalidade, na categoria Lazer e na dimensão psicossocial. Os resultados foram mais favoráveis para as mulheres que haviam efectuado mastectomia.

No que diz respeito à Compreensão acerca da doença, verifica-se que as mulheres que realizaram mastectomia sentem que compreendem melhor a sua doença ao longo do processo de tratamento, do que as mulheres que foram submetidas a tumorectomia. Constatou-se que a Compreensão encontra-se correlacionada com a ansiedade após a cirurgia ( $r=-.26$ ) e durante os tratamentos complementares ( $r=-.28$ ), sugerindo que, à medida que aumenta a ansiedade, diminui a compreensão acerca da doença. A compreensão acerca da doença, no momento da pós-cirurgia, também se encontra correlacionada com a funcionalidade ao nível das tarefas domésticas ( $r=-.28$ ) e a funcionalidade emocional ( $r=-.32$ ), o que indica que as mulheres que sentem que compreendem melhor a sua doença, apresentam uma melhor funcionalidade na realização das tarefas domésticas e na reacção emocional. No que refere às diferenças encontradas entre as mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas, é possível que para as mulheres submetidas a tumorectomia, o facto de conservar a mama sabendo que sofrem de uma doença maligna, gere mais dúvidas relativamente à natureza da doença, dos tratamentos propostos e acerca da evolução da própria doença, aumentando as dificuldades de compreensão da mesma. Os dados também sugerem, embora com

menos confiança, que as mulheres mastectomizadas tendem a ver as consequências da doença de forma mais negativa do que as que tiveram tumorectomia. As cognições relacionadas com as consequências da doença encontram-se correlacionadas com a compreensão acerca da doença, quer após a cirurgia ( $r=-.27$ ), quer durante os tratamentos complementares ( $r=-.24$ ), sugerindo que as mulheres que percebem mais consequências da doença são aquelas que têm uma menor compreensão acerca da mesma. Verificamos, ainda, que a percepção de consequências negativas da doença se encontra associada a uma funcionalidade mais pobre ao nível da mobilidade ( $r=.38$ ), lazer ( $r=.23$ ), actividades sociais ( $r=.35$ ), emoções ( $r=.40$ ), alerta ( $r=.40$ ) e sono ( $r=.26$ ), após a cirurgia. Encontramos resultados muito semelhantes durante os tratamentos complementares, em que as mulheres com uma percepção mais negativa acerca das consequências da doença, apresentam uma funcionalidade mais pobre ao nível da locomoção ( $r=.28$ ), mobilidade ( $r=.35$ ), actividades sociais ( $r=.28$ ) e a nível das emoções ( $r=.40$ ).

Relativamente à funcionalidade, verificam-se diferenças significativas com o tipo de cirurgia para a dimensão psicossocial, com maior funcionalidade percebida pelas mulheres mastectomizadas. O mesmo se observa para a categoria do Lazer.

Os resultados encontrados no nosso estudo são difíceis de interpretar à luz da literatura existente, uma vez que esta apresenta resultados contraditórios. No entanto, os nossos resultados vão de encontro aos de Cohen e col. (2000), em que se verificou, num estudo longitudinal, que as mulheres que efectuaram uma cirurgia de conservação tinham pior qualidade de vida do que as mulheres mastectomizadas. Contudo, estes resultados são inesperados, uma vez que a cirurgia de conservação pretende proporcionar um resultado cosmético satisfatório com taxas de sobrevivência equivalentes às da mastectomia (*American Cancer Society*, 2005), isto é, preservar o corpo da mulher, a sua imagem corporal e o ajustamento a nível sexual. Vários são os estudos (e.g. Härtl et al. 2003; Yurek, Ferrar & Andersen, 2000), que têm indicado diferenças no ajustamento ao nível da resposta sexual, alterações da imagem corporal, entre estes dois grupos de mulheres, com resultados mais favoráveis para as mulheres que efectuaram tumorectomia. Por outro lado, num estudo português acerca da avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama, ao contrário do esperado, os autores constataram que as mulheres submetidas a tumorectomia evidenciavam uma “percepção da imagem corporal” mais negativa e uma maior “preocupação com a queda do cabelo” do que as mulheres mastectomizadas (Rebello,

Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007). Estes dados estão mais de acordo com aqueles que foram encontrados no nosso estudo, na medida em que são as mulheres submetidas a uma cirurgia menos mutilante (tumorectomia) as que apresentam mais dificuldades.

A ausência de diferenças entre os dois grupos, para a maioria das variáveis estudadas, faz-nos considerar que provavelmente as grandes diferenças no ajustamento entre as mulheres que realizam tumorectomia e mastectomia ocorram justamente ao nível da auto-estima, imagem corporal, ajustamento marital e sexual e não tanto nas variáveis que estão a ser consideradas no nosso estudo. Assim, será importante continuar a avaliar estes aspectos em estudos posteriores, de carácter longitudinal, que tentem investigar esta questão. Apesar das diferenças encontradas, os nossos dados apontam essencialmente a ausência de diferenças entre as mulheres que realizaram uma tumorectomia e as que realizaram mastectomia, ao nível do bem estar, representações de doença, *coping* e funcionalidade física, o que vai de encontro a alguns estudos acerca deste tópico, já revistos no Capítulo II. Por exemplo, Nissen e col. (2001), não encontraram diferenças ao nível do bem-estar entre as mulheres que realizam cirurgia de conservação e as que realizaram mastectomia. Para além da imagem corporal, não foram encontradas outras diferenças significativas entre as mulheres que efectuaram tumorectomia e as que efectuaram mastectomia. Ainda segundo Shimosuma, Ganz, Petersen e Hirji (1999), um mês após a cirurgia, eram frequentes os problemas físicos e relacionados com o tratamento, ocorrendo com a mesma frequência entre as mulheres que efectuaram mastectomia e as mulheres que efectuaram tumorectomia. Um ano após a cirurgia, a maioria das mulheres evidenciava níveis elevados de funcionalidade e de qualidade de vida, sem que estes se encontrassem relacionados com o tipo de cirurgia.

Os dados encontrados no nosso estudo, na sua maioria, apontam para a ausência de diferenças no ajustamento psicossocial entre as mulheres que realizaram uma tumorectomia e aquelas que realizaram uma mastectomia. Estes dados sugerem que a oferta de apoio psicológico durante o processo de tratamento não deve ter por ponto de partida o tipo de cirurgia efectuada.

#### **8.4 - Representações de Doença e Estado Emocional Enquanto Preditores do *Coping* e da Funcionalidade em cada Momento de Avaliação**

A Hipótese 3 previa que as representações/cognições de doença e o estado emocional fossem preditores significativos do *coping* e da funcionalidade em cada momento de avaliação (segundo o modelo de Leventhal).

Esta hipótese pretende testar o modelo de auto-regulação do comportamento de doença, de Leventhal e col. (1997), que postula a ocorrência de um processo emocional paralelo aos mecanismos cognitivos, que em conjunto vão guiar e determinar o comportamento, nomeadamente o *coping* com a doença.

Os resultados encontrados comprovam que o estado emocional e as crenças de doença predizem grande parte do *coping* e da funcionalidade, ou seja os comportamentos destinados a lidar com a condição de doença.

### ***Coping* pré-cirurgia**

No que refere ao *coping* e para o momento da pré-cirurgia, a hipótese confirma-se para o Desânimo-Fraqueza, Preocupação Ansiosa e Espírito de Luta. Para o Desânimo-Fraqueza, verificou-se que um estado emocional negativo (mais especificamente a Depressão) e representações de doença negativas (ou seja a percepção de Consequências negativas associadas à doença), predizem o recurso a esta estratégia de *coping*. No que refere à Preocupação Ansiosa, as emoções negativas como a Ansiedade e a Depressão predizem a utilização desta estratégia de *coping*, bem como as representações de doença negativas, principalmente a percepção das Consequências da doença. Tanto o Desânimo-Fraqueza como a Preocupação Ansiosa, são estratégias de *coping* que podem ser indicadoras de um ajustamento pobre nesta fase da doença, e como podemos verificar, ambas podem ser prognosticados por um estado emocional negativo, como é o caso da Ansiedade e da Depressão e por crenças de saúde, como a percepção da interferência da doença nas actividades do dia a dia.

Podemos considerar que o Espírito de Luta é uma estratégia de *coping* adequada nesta fase da doença, sendo possível verificar que um estado emocional mais positivo e representações de saúde positivas predizem a utilização do Espírito de Luta na pré-cirurgia. Assim, o estado emocional prediz a utilização desta estratégia de *coping*, sendo a Depressão a única variável que surge como preditor significativo. Desta forma, as mulheres que apresentam níveis de Depressão mais baixos são aquelas que utilizam mais o Espírito de Luta enquanto estratégia de *coping*. As representações de doença, relacionadas com a Duração da doença, também são preditores do Espírito de Luta, sendo que quanto menor for a percepção da Duração da doença, maior é o Espírito de

Luta. As mulheres que acreditam na eficácia dos tratamentos (Controlo pelo Tratamento), utilizam mais o Espírito de Luta enquanto estratégia de *coping*. A adoção de uma estratégia de *coping* que podemos considerar adaptativa, aparece associada quer a um estado emocional mais positivo (menos depressão) quer a crenças de saúde mais positivas que traduzem um optimismo relativamente a uma duração limitada da doença e à eficácia dos tratamentos propostos. Visto que a Depressão e as representações de doença mais optimistas (duração limitada da doença e confiança na eficácia dos tratamentos), surgem como preditores de uma estratégia de *coping* adaptativa, crê-se que será pertinente a intervenção a estes níveis de forma a facilitar o ajustamento nesta fase da doença. A nível emocional pode ser utilizada uma intervenção cognitivo-comportamental, quanto às representações de doença, talvez possam ser melhoradas através de intervenções educacionais, onde seja veiculada informação acerca das consequências da doença, duração, tipo de tratamentos, sua eficácia e prognóstico.

### ***Coping* pós-cirurgia**

No momento da pós-cirurgia, a hipótese volta a confirmar-se para a Preocupação Ansiosa e para o Espírito de Luta. A Preocupação Ansiosa no momento da pós-cirurgia pode ser predita pela Ansiedade e pela Depressão, revelando que as pacientes com um estado emocional mais negativo utilizam mais esta estratégia de *coping*. Representações de doença, mais especificamente a Preocupação com a doença contribuem para predizer a Preocupação Ansiosa. São, novamente, as representações de saúde mais negativas que se encontram associadas a um aumento da utilização desta estratégia de *coping*, ou seja, quanto maior a Preocupação acerca da doença, maior é a Preocupação Ansiosa, após a cirurgia. Reforça-se assim a sugestão apontada anteriormente para a necessidade de intervenção psicológica junto das mulheres que apresentem um humor negativo e ansioso e crenças negativas acerca da sua doença.

Relativamente ao Espírito de Luta, tal como seria previsível, um estado emocional mais positivo e representações de doença mais positivas encontram-se associadas a uma maior utilização desta estratégia de *coping*. Deste modo, verificou-se que a Depressão contribui para predizer esta estratégia de *coping*, sendo as mulheres menos deprimidas as que mais usam o Espírito de Luta. Representações mais positivas relacionadas com a eficácia do tratamento (Controlo do Tratamento) também se encontram associadas a uma maior utilização do Espírito de Luta enquanto estratégia de

*coping*. Apesar dos estudos de Buick (1997) não se referirem em concreto às percepções de doença mais positivas e aos seus efeitos ao nível das estratégias de *coping*, perante estes resultados somos levados a acreditar que uma percepção mais positiva acerca da doença, mais especificamente acerca da eficácia dos tratamentos pode ser um preditor importante ao nível de estratégias de *coping* mais ajustadas, como é o caso do Espírito de Luta. Segundo Buick (1997) as percepções de doença mais positivas, também podem ter um efeito no ajustamento ao tratamento aumentando os sentimentos de controlo e de auto-estima. A confirmar os nossos resultados temos o estudo de Shapiro e col. (1997), em que os autores verificaram que as mulheres que realizavam quimioterapia e que utilizavam estratégias de *coping* confrontativo revelavam menos sintomas colaterais físicos e psicológicos do que as doentes que utilizavam estratégias de *coping* de evitamento e resignação. Também, Watson e col. (1991), referem que a adopção de um espírito de luta aparece associado com a diminuição da ansiedade e depressão. O que nos faz acreditar numa relação bilateral entre estado emocional e *coping*, ou seja, um estado emocional mais positivo contribui para uma maior utilização de um *coping* adaptativo, e por sua vez, a adopção do espírito de luta conduz a uma diminuição da ansiedade e depressão.

A crença acerca da eficácia dos tratamentos e a preocupação parecem ser duas representações de doença determinantes para o ajustamento nesta fase do tratamento, na medida em que se encontram associadas à adopção ou não de estratégias de *coping* adaptativas.

### ***Coping* durante os tratamentos complementares**

Durante os tratamentos complementares voltamos a confirmar a hipótese 3 para a Preocupação Ansiosa. Esta estratégia de *coping*, é predita quer pelo estado emocional negativo quer por representações de doença negativas. Deste modo, uma emocionalidade negativa, manifestada durante os tratamentos complementares pode prever a Preocupação Ansiosa nesta fase de doença. Sendo que quanto maior for a esta emocionalidade negativa maior será a utilização desta estratégia de *coping*. As representações negativas, mais especificamente a Identidade predizem a utilização da Preocupação Ansiosa, em que as mulheres que atribuem mais sintomas ao seu cancro da mama, utilizam mais esta estratégia de *coping*. Verificou-se ainda que as mulheres que têm uma percepção mais elevada acerca da Compreensão da sua doença, utilizam menos a Preocupação Ansiosa. À semelhança do que foi constatado por Buick (1997),



verificamos que as representações de doença são preditores da resposta psicossocial ao cancro da mama, em que as representações negativas encontram-se associadas a uma resposta psicológica pobre, nas mulheres que se encontram a efectuar tratamentos complementares (quimioterapia e radioterapia). As mulheres com representações de doença mais negativas também utilizavam um *coping* mais desajustado como a Preocupação Ansiosa. Neste caso é a percepção dos sintomas associados à doença e uma fraca compreensão da mesma, que mais contribuem para a utilização desta estratégia de *coping*. À semelhança do que foi encontrado por Varela e Leal (2007), numa amostra de mulheres com cancro da mama, em que 45,2% das mulheres se encontravam em fase de tratamento, constatou-se que o nível de escolaridade está correlacionado com o recurso à Preocupação Ansiosa, em que as mulheres com um nível de escolaridade mais baixa recorrem mais a esta estratégia de *coping*.

Quando nos referimos às representações de doença, importa não esquecer que a personalidade é um factor determinante na forma como a mulher vai experienciar e perceber a sua doença, determinando quer as reacções emocionais quer as reacções fisiológicas (Lazarus & Folkman, 1984). Torna-se assim indiscutível a relação entre a personalidade e o *coping*, Ranchor e Sanderman (2006), provavelmente mediada pelas cognições. Na literatura sobre o *coping* e cancro da mama, o “Espírito de Luta” e o “Fatalismo”, são equacionados como traços de personalidade. Seguindo esta linha, e ponderando a possibilidade de intervenção ao nível das representações/cognições enquanto preditores do ajustamento à doença, importa não esquecer uma variável tão fundamental como a personalidade.

### **Funcionalidade pós-cirurgia**

Também foi possível confirmar a hipótese para algumas categorias da funcionalidade, quer após a cirurgia quer durante os tratamentos complementares. As categorias que no momento da pós-cirurgia são preditas pelo estado emocional e pelas representações de doença são a Locomoção, a Mobilidade, e as Actividades Sociais. Durante os tratamentos complementares, a hipótese verifica-se para as categorias, Cuidados Pessoais, Mobilidade, Alerta e Sono. O que significa que o modo de processamento paralelo defendido pelo modelo de Leventhal e col. (1997, 2003), em que representações cognitivas e emocionais vão guiar o comportamento, está presente no ajustamento funcional das mulheres com cancro da mama após a cirurgia e durante a fase dos tratamentos complementares.

A funcionalidade ao nível da Locomoção pode ser predita pela Depressão, indicando que à medida que a depressão aumenta, também, as dificuldades com a Locomoção. Verificou-se que uma percepção mais elevada de sintomas associados à doença (Identidade) contribui para mais dificuldades ao nível da Locomoção.

A Depressão após a cirurgia prediz a funcionalidade ao nível da Mobilidade. Em que as mulheres mais deprimidas revelam mais dificuldades com a Mobilidade. As representações de doença negativas, mais especificamente as Consequências e a Identidade, predizem a funcionalidade ao nível da Mobilidade no momento de pós-cirurgia. Deste modo, quanto maior a percepção de interferência da doença na vida da paciente e quanto maior for a percepção de sintomas associados ao cancro da mama, maiores as dificuldades sentidas ao nível da Mobilidade.

Relativamente às Actividades Sociais, temos a Depressão e as Consequências a predizer a funcionalidade nesta categoria. Ou seja, as pacientes que apresentam níveis de Depressão mais elevados e que percebem mais interferência da doença (Consequências) no seu dia a dia, também apresentaram mais dificuldades com as Actividades Sociais.

Os dados encontrados, acerca do estado emocional e das representações de doença enquanto preditores da funcionalidade após a cirurgia, levam-nos a algumas conclusões. No que respeita ao estado emocional, são os níveis de depressão aqueles que se revelam significativos para predizer a funcionalidade. Logo a depressão deverá ser o aspecto a considerar como de mais vulnerabilidade, indicando uma pior funcionalidade. Dado que pudemos constatar que à medida que os níveis de depressão aumentam, também aumentam as dificuldades em várias categorias da funcionalidade. De acordo com a variabilidade encontrada para os níveis de depressão, é possível notar que estes valores são mais elevados após a cirurgia do que no momento dos tratamentos complementares e no final destes. Assim, o rastreio e tratamento da depressão poderá ter um impacto significativo no ajustamento das mulheres com cancro da mama, durante o processo de tratamento, principalmente no seu início. Relativamente às representações de doença, a percepção relativa à Identidade e às Consequências são as que surgem mais consistentemente, indicando que à medida que aumenta a percepção de sintomas associados à doença e a percepção de interferência da doença na vida das mulheres, aumenta também a disfuncionalidade. Podemos hipotetizar que este estado emocional negativo (depressão) possa estar a contribuir para estas crenças negativas e que estas por sua vez mantenham o humor negativo. Segundo o modelo cognitivo da

depressão de Beck, a depressão estaria associada a uma tríade de crenças: percepção negativa de si mesmo, dos outros e do futuro. Estas crenças sobre a doença parecem ser concordantes com a tríade cognitiva proposta por Beck. Uma intervenção do tipo cognitivo-comportamental poderia ser útil para trabalhar quer o estado emocional (componente afectiva) quer as representações de doença (componente cognitiva), melhorando desta forma a funcionalidade após a cirurgia e conseqüentemente o ajustamento à doença.

### **Funcionalidade durante os tratamentos complementares**

No que respeita aos Cuidados Pessoais, verificamos que o estado emocional e as representações de doença são preditores da funcionalidade a este nível. Ou seja, à medida que aumenta a Depressão e a percepção de sintomas associados ao cancro da mama, aumenta também a dificuldade nos cuidados que as pacientes têm que ter consigo.

A Mobilidade, à semelhança do que já acontecia no momento da pós-cirurgia, e ao nível das variáveis emocionais tem a Depressão como o preditor mais significativo, indicando que à medida que a Depressão aumenta, as dificuldades sentidas a este nível são maiores. No que refere às representações de doença, as Consequências surgem como um preditor significativo, sugerindo que quanto maior é a percepção da interferência da doença nas actividades do dia a dia, maior é a disfunção ao nível da Mobilidade.

O Alerta é predito pela emocionalidade negativa e pela Identidade, o que é indicador de que as mulheres com uma emocionalidade mais negativa e que atribuem mais sintomas à sua doença, também apresentam mais dificuldades com o Alerta. As dificuldades ao nível da memória e da concentração têm sido frequentemente descritas na literatura, como consequência dos tratamentos (Tannock et al., 2004; Meyers et al., 2004), no entanto segundo este estudo estas dificuldades podem ser preditas por factores de ordem emocional e cognitiva. Podemos ainda prognosticar a possibilidade de uma convergência destes factores associados aos efeitos dos químicos utilizados nos tratamentos de quimioterapia. Consideramos no entanto, que seriam convenientes estudos que procurassem aprofundar o papel dos aspectos psicológicos e das alterações químicas no comprometimento cognitivo que se verifica nesta fase da doença.

Relativamente às dificuldades com o Sono, a emocionalidade negativa surge, novamente, como preditor significativo. Nas representações de doença é a Preocupação

que surge como preditor significativo. Demonstrando que um estado emocional mais negativo e uma preocupação elevada com a doença, predizem mais dificuldades com o Sono. Segundo Miller e col. (2005) os distúrbios de sono são frequentes nas mulheres que se encontram a realizar quimioterapia, causando dificuldades no funcionamento diário.

Como temos vindo a verificar o estado emocional negativo, contribui para as dificuldades a nível da funcionalidade, mas por sua vez, e segundo Pinder e col. (1993) as limitações verificadas no funcionamento físico, também podem contribuir para a depressão, através da perda da independência e da capacidade para realizar actividades sociais e profissionais usuais, conduzindo ao isolamento social. A Identidade e as Consequências, são as representações de doença que surgem mais frequentemente como preditores da funcionalidade, o mesmo será dizer que a percepção de sintomas atribuídos à doença, bem como a percepção da interferência da doença na vida da mulher, são determinantes na funcionalidade quer após a cirurgia quer durante os tratamentos complementares. Segundo Ganz e col. (2002), um nível de funcionamento pobre em várias dimensões da vida, de mulheres com cancro da mama, como por exemplo pior funcionamento físico e social surge associado à quimioterapia constituindo-se como um factor de vulnerabilidade para o ajustamento e correlacionando-se com um ajustamento mais pobre durante o tratamento e nas fases posteriores da doença. Também Hack e Degner (2004), sugerem que um humor depressivo durante os tratamentos complementares, é um preditor independente de um ajustamento psicológico pobre a longo termo. De acordo com os resultados encontrados no nosso estudo devemos acrescentar aos factores associados à quimioterapia e aos factores emocionais, como a ansiedade e a depressão, ainda, as representações de doença, como factores preditores do funcionamento psicossocial, durante os tratamentos complementares.

Como já foi referido na revisão bibliográfica, o modelo de auto-regulação de doença de Leventhal e colaboradores, propõe que os indivíduos criam representações cognitivas e emocionais das ameaças de saúde sendo estas representações que vão guiar e regular o comportamento (Leventhal et al., 1997). No nosso estudo pudemos verificar que tanto as estratégias de *coping* como os comportamentos relacionados com as actividades do dia a dia, são indicadores de dificuldades ao nível do ajustamento psicossocial à doença durante a fase dos tratamentos. Vários têm sido os estudos, referidos na literatura que demonstram associações entre as representações de doença e

as respostas emocionais, cognitivas e comportamentos em resposta à doença (e.g. Heijmans, 1999; Jessop & Rutter, 2003; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996 cit. Rees et al., 2004).

Em conclusão, neste estudo foi possível constatar que o estado emocional e as representações de doença vão determinar as estratégias de *coping* adoptadas bem como a funcionalidade em diversas áreas da vida das pacientes. No nosso estudo podemos verificar que as representações de saúde que surgem mais frequentemente como preditores do *coping* e da funcionalidade são as representações relacionadas com as Consequências e com a Identidade da doença. Deste modo, as representações de doença podem servir como marcadores e, fornecer informação acerca do ajustamento que as pacientes com cancro da mama serão capazes de alcançar. Seria pertinente perceber se estas representações de doença diferem em função de alguns aspectos clínicos, como por exemplo o estágio da doença, o tipo de cirurgia ou o tipo de tratamento proposto à paciente, dado que, segundo Leventhal e col. (1986), as crenças/representações de doença em mulheres com cancro da mama variam em função da experiência de doença das pacientes.

### **8.5 - Estado Emocional e Representações de Doença enquanto Preditores do *Coping* e da Funcionalidade durante o Tratamento**

A Hipótese 4, pretendia avaliar se as representações de doença e o estado emocional antes dos tratamentos - *baseline* - eram preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia ou durante os tratamentos complementares. A hipótese foi dividida em duas sub-hipóteses: na alínea a) previa-se que o estado emocional e as representações de doença antes da cirurgia fossem preditores significativos da funcionalidade e do *coping* após a cirurgia; na alínea b) previa-se que o estado emocional e as representações de doença pré-cirurgia fossem preditores significativos da funcionalidade e do *coping* durante os tratamentos complementares.

Os resultados encontrados confirmam, genericamente, que o estado emocional ou as representações de doença, ou ambos, predizem o *coping* e a funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares.

## **Preditores do *coping* após a cirurgia e durante os tratamentos complementares**

Verificou-se que o estado emocional ou as representações de doença antes da cirurgia, são preditores significativos do *coping*, sendo o estado emocional o preditor mais importante, para explicar a variância encontrada nas estratégias de *coping*, principalmente para a Preocupação Ansiosa. Estes dados chama à atenção para o valor prognóstico do estado emocional, especialmente da depressão, em termos do modo como estas mulheres irão lidar com a sua doença durante o tratamento. Isso sugere que uma avaliação clínica precoce do estado emocional das pacientes no momento pré-cirúrgico é uma componente essencial do sucesso futuro no ajustamento à doença e tratamento.

A ansiedade e a depressão pré-cirurgia foram preditoras do *coping* por Preocupação Ansiosa, em que as mulheres que se encontravam mais ansiosas e deprimidas na pré cirurgia, utilizavam mais esta estratégia de *coping*, após a cirurgia. A ansiedade pré-cirurgia, também, foi preditora do Evitamento Cognitivo, em que as mulheres com níveis de Ansiedade mais elevados, antes da cirurgia, utilizavam mais esta estratégia de *coping* após a cirurgia. A Depressão pré-cirurgia, foi um preditor significativo do Desânimo Fraqueza e do Espírito de Luta, verificando-se que níveis de Depressão mais elevados antes da cirurgia predizem uma maior utilização do *coping* por Desânimo-Fraqueza, enquanto níveis mais baixos de Depressão antes da cirurgia correspondem a um maior recurso ao Espírito de Luta.

À semelhança do momento pós-cirurgia, o estado emocional pré-cirurgia continua a ser o principal preditor de várias estratégias de *coping* durante os tratamentos complementares, designadamente do Desânimo-Fraqueza, da Preocupação Ansiosa, e do Espírito de Luta. Verifica-se que quanto mais elevada for a emocionalidade negativa, maior é a utilização do Desânimo-Fraqueza e Preocupação Ansiosa, e menor o recurso ao Espírito de Luta.

Os dados encontrados para o estado emocional enquanto preditor do *coping*, vão de encontro aos divulgados por Akechi e col. (2001), em que a morbidade psiquiátrica (incluindo ansiedade e depressão - avaliada através do HADS) se encontrava associada a respostas de *coping* pobres, como por exemplo, a preocupação ansiosa elevada. Contudo, a maioria dos estudos encontrados na revisão bibliografia deste trabalho, não se refere aos preditores do *coping*, mas sim ao *coping* enquanto preditor do ajustamento psicossocial à doença (e.g. Hack & Degner, 2004; McCaul et al., 1999). A título

exemplificativo, McCaul e col. (1999) referem que o preditor mais consistente do distress, em mulheres com cancro da mama, era o *coping* por evitamento. Também Stanton e Snider (1993) referem que o *coping* cognitivo é um importante preditor de níveis elevados de distress e menor vigor. Através dos dados do nosso estudo é possível confirmar uma relação entre estado emocional e *coping*, verificando-se que o estado emocional antes da cirurgia é um preditor do *coping*. A depressão é o principal preditor do Desânimo-Fraqueza e Espírito de Luta e a ansiedade o principal preditor do *coping* por Preocupação Ansiosa e Evitamento Cognitivo. Tendo em conta os dados encontrados neste estudo e os dados reportados anteriormente, em estudos futuros, seria interessante avaliar uma possível relação bidireccional entre *coping* e estado emocional e consequente influência ao nível do ajustamento ao cancro da mama. O padrão consistente de correlações significativas moderadas a altas entre o estado emocional e o *coping*, encontrado no nosso estudo em todas as fases de tratamento, leva-nos a pensar nessa bi-direccionalidade. Vários estudos têm revelado associações entre as percepções de doença e as respostas emocionais, cognitivas e comportamentos em resposta à doença (e.g. Heijmans, 1999; Jessop & Rutter, 2003; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996 cit. por Rees et al., 2004).

As representações de doença, antes da cirurgia, apresentam um valor preditivo menor em relação ao *coping*, revelando-se significativas apenas para a Preocupação Ansiosa, o Evitamento Cognitivo (pós-cirurgia) e a Resposta Emocional (pós-cirurgia e tratamentos complementares). Verifica-se que quanto menor for a percepção de controlo do tratamento e quanto maior for a preocupação com a doença, maior será o recurso à estratégia de *coping* Preocupação Ansiosa após a cirurgia. Quanto ao Evitamento Cognitivo, a percepção da resposta emocional tende a prever o Evitamento Cognitivo após a cirurgia, em que mulheres com uma percepção maior de uma resposta emocional negativa, antes da cirurgia, utilizam mais o Evitamento Cognitivo após esta. A percepção da Resposta Emocional antes da cirurgia, é um preditor do Evitamento Cognitivo pós-cirurgia e durante os tratamentos complementares, verificando-se que as mulheres com uma percepção mais elevada da Resposta Emocional recorrem mais ao evitamento cognitivo.

Em conclusão, em termos prognósticos, os nossos dados indicam que o estado emocional tem um papel primordial na explicação do *coping* durante os tratamentos, especialmente a depressão. A ansiedade e depressão merecem especial atenção em termos de rastreio e encaminhamento destas pacientes no início do tratamento. Buick

(1997) sugere que as representações negativas acerca da doença podem influenciar o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, interferindo com a sua capacidade de compreender a experiência de tratamento. No nosso estudo, estas tiveram um papel limitado na explicação do *coping*, embora as crenças relativas à percepção da eficácia dos tratamentos e preocupação com a doença tenham um papel importante na previsão das estratégias de *coping* menos adaptativas após a cirurgia, como a preocupação ansiosa. Assim, será importante investigar estas crenças no início do tratamento e intervir cognitivamente para corrigir estas crenças logo no início do processo de doença. À semelhança do que tem sido feito por Petrie e col., (2002) em pacientes com enfarte do miocárdio.

### **Preditores da Funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares**

Quanto à funcionalidade, verifica-se que o estado emocional antes da cirurgia é preditor mais importante da funcionalidade pós-cirurgia e durante os tratamentos complementares, numa variedade de áreas da funcionalidade física e psicossocial. Assim, quanto maiores os níveis de ansiedade, depressão ou ambos, pior a avaliação da funcionalidade. Estes dados são em parte corroborados por Rees, Fry, Cull e Sutton (2004), que referem que um estado emocional negativo pode influenciar as representações de doença, em que as mulheres com um afecto negativo podem estar mais predispostas a desenvolver uma visão negativa do seu cancro da mama, o que consequentemente poderá aumentar as dificuldades a nível funcional. Por outro lado, os sintomas neurovegetativos da depressão, associados aos efeitos secundários dos tratamentos, podem contribuir directamente para dificuldades ao nível dos cuidados pessoais, mobilidade, alerta, sono e actividades sociais (Pasacreta, 1997; Redeker, et al., 2000).

O estado emocional foi o único preditor significativo da percepção de dificuldades pós-cirurgia ao nível da Mobilidade, Actividades Sociais e Emoções, verificando-se que com o aumento da emocionalidade negativa, aumenta a percepção de disfuncionalidade nestas áreas de vida. Verificou-se o mesmo padrão durante os tratamentos complementares, em que o estado emocional surge como preditor significativo da percepção de dificuldades nas Actividades Sociais e nas Emoções.

As representações de doença foram preditores únicos, embora limitados, para os Cuidados Pessoais, e o Sono, após a cirurgia, observando-se que quanto maior a



percepção de sintomas associados à doença (Identidade), mais as dificuldades percebidas nos Cuidados Pessoais e no Sono. O Alerta, tem por preditores a emocionalidade negativa e a percepção de sintomas associados à doença, bem como, a percepção da resposta emocional. Os resultados são menos favoráveis para as mulheres com uma emocionalidade mais negativa e que identificam mais sintomas associados à doença e uma percepção maior de uma resposta emocional à doença. Durante os tratamentos complementares, as representações de doença são apenas preditores significativos dos Cuidados Pessoais e da Mobilidade, sendo a Identidade e a Resposta Emocional aquelas que se associam à funcionalidade percebida nestas categorias.

Alguns estudos têm procurado avaliar o funcionamento cognitivo das mulheres com cancro da mama (e.g. van Dam et al., 1998). Contudo, aquilo que tem sido estudado é essencialmente a associação entre o tipo de tratamento utilizado (agentes usados na quimioterapia e suas doses) e os deficits cognitivos verificados durante e após a realização deste e não as crenças de doença.

Não encontramos estudos que tenham investigado o papel preditor do estado emocional, conjuntamente com as representações de doença, na funcionalidade, prospectivamente. Os nossos dados indicam que estes dois conjuntos de variáveis podem ser indicadores importantes do ajustamento psicossocial posterior, principalmente o estado emocional. Dada a crescente preocupação com a qualidade de vida da mulher com cancro da mama (Buela-Casal & Moreno, 1999) torna-se essencial assumir uma atitude preventiva em termos destes indicadores de risco de natureza psicossocial. Seria importante educar os profissionais de saúde acerca destes factores de risco, para além dos tradicionais factores de risco de natureza biomédica.

## **8.6 - Optimismo Enquanto Predictor Significativo do Ajustamento Psicossocial ao Cancro da Mama ao Longo do Processo de Tratamento**

A Hipótese 5 previa que o optimismo fosse um preditor significativo do ajustamento psicossocial do cancro da mama ao longo do processo de tratamento. Para especificar esta hipótese, dividimo-la em duas alíneas: a alínea a) prevê que o optimismo seja preditor significativo do estado emocional e representações de doença durante o tratamento (após cirurgia e tratamentos complementares); a alínea b) prevê

que o optimismo seja um preditor independente do *coping* e da funcionalidade após a cirurgia e durante os tratamentos complementares (controlando o estado emocional).

### **Optimismo enquanto preditor do estado emocional**

Na revisão da literatura, efectuada na primeira parte deste trabalho, constatou-se que o optimismo desempenha um papel elementar no bem-estar psicológico de sujeitos em várias condições de vida causadoras de stress. Partindo deste pressuposto, procurou-se avaliar se o optimismo poderia prever o estado emocional ao longo do tratamento, nas mulheres portuguesas com cancro da mama.

Constatou-se que o Optimismo não acrescenta poder explicativo à depressão pré-cirurgia como preditor do estado emocional após a cirurgia. Contudo, no que respeita à Depressão durante a realização dos tratamentos complementares, este, aproxima-se da significância, indicando que as mulheres mais optimistas tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão. Devido à elevada correlação no momento 1 entre a depressão e o optimismo ( $r=-.57$ ), é possível que a influência do optimismo na depressão do momento 2 se exerça através da sua influência na depressão concomitante. Como veremos mais adiante em relação aos outros aspectos do ajustamento psicossocial da paciente, o estado emocional é um mediador parcial ou completo da influência do optimismo neste ajustamento. Apesar de pouco consistentes, estes dados vão de encontro ao que é defendido por Seligman (1991), de que geralmente as pessoas optimistas tendem a ter melhor humor. Carver, Lehman e Antoni (2003), partilham uma posição semelhante, referindo que as pessoas optimistas, quando confrontadas com dificuldades, experienciam menos stress do que as pessimistas na mesma situação. Os nossos resultados também vêm corroborar dados de Johnson (1996), que indicam que o optimismo é um preditor das respostas emocionais de pacientes com cancro durante o tratamento, revelando-se que os pacientes menos optimistas se encontravam mais vulneráveis ao humor negativo.

### **Optimismo enquanto preditor das representações de doença**

O optimismo revelou ser um preditor significativo da percepção de Controlo pelo Tratamento, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. As mulheres mais optimistas confiam mais na eficácia da cirurgia e dos tratamentos complementares (quimioterapia e radioterapia). Estes dados vão de encontro ao que Seligman afirmou em 1991, nomeadamente que o optimismo conduz a expectativas

positivas em relação ao futuro e à crença na capacidade para alcançar metas (Seligman, 1991). Ou seja, as mulheres mais optimistas sentem-se mais capazes de controlar a sua doença e têm mais confiança na eficácia dos tratamentos que lhes são propostos, o que provavelmente conduzirá a um aumento da esperança em relação à recuperação da doença e ao futuro.

O optimismo revelou uma aproximação da significância quanto à percepção de Controlo Pessoal após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, em que um maior optimismo se associa a uma maior percepção de controlo pessoal, e as mulheres mais optimistas sentem que têm mais controlo sobre a sua doença. Fitzgerald e col. (1993), encontraram dados semelhantes numa amostra de pacientes que efectuaram uma cirurgia coronária de *by-pass*, revelando-se que o optimismo pré-cirurgia se encontrava associado à percepção de controlo, ao longo do curso da doença.

A realização das análises de mediação, confirmam a hipótese relativamente a diversas representações de doença, o que indica que a influência do optimismo nas representações de doença é indirecta, isto é, através da sua influência na depressão. Ou seja, o optimismo disposicional influencia o estado de depressão, que por sua vez influencia as representações de doença. Este efeito de mediação verifica-se para a percepção de consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, compreensão e resposta emocional, assumindo carácter de mediação completa ou parcial.

O optimismo revelou influenciar várias representações de doença através da sua influência na depressão e da influencia desta nas representações de doença. Assim, o optimismo surge como um preditor da percepção das Consequências da doença, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, com as mulheres mais optimistas a perceberem menos interferência da doença nas suas vidas. A Compreensão acerca da doença pode igualmente ser predita pelo optimismo, sendo que níveis mais elevados de optimismo correspondem a uma maior compreensão da doença após a cirurgia. A percepção da Resposta Emocional, durante os tratamentos complementares é predita pelo optimismo, em que as mulheres mais optimistas percebem menos alterações na sua resposta emocional em consequência da doença.

Em conclusão, as análises de mediação apresentam confirmação parcial desta hipótese relativamente às representações de doença, uma vez que se verifica que a influência do Optimismo nestas é maioritariamente indirecta, ou seja, mediada completamente pela depressão. Esta mediação verifica-se mais para as representações de doença nos tratamentos complementares. Assim, o optimismo parece influenciar

várias representações de doença através da sua influência na depressão, e a influência da depressão nas representações de doença. Estes dados mais uma vez apontam para a necessidade de focar atenção no estado emocional pré-cirurgia enquanto preditor directo de grande parte das variáveis de ajustamento psicossocial ao longo do tratamento. Além disso, o optimismo (versus pessimismo) aparece aqui como um variável disposicional importante a avaliar juntamente com o estado emocional em termos de factor de risco psicossocial. Estes dados remetem-nos para a importância de providenciar intervenções cognitivo-comportamentais (Antoni et al., 2001) dirigidas não só ao estado emocional, mas também, para facilitar o optimismo.

### **Optimismo enquanto preditor do *coping***

No nosso estudo, pudemos validar que o optimismo revelou ser um preditor significativo e independente do Espírito de Luta após a cirurgia, aproximando-se da significância durante os tratamentos complementares. No entanto, a variância explicada pelo optimismo para além do contributo do estado emocional, foi relativamente modesta, com excepção do *coping* por Espírito de Luta. As análises de mediação revelaram que o estado emocional é um mediador parcial da influência do Optimismo no *coping* por Espírito de Luta durante os tratamentos complementares, é mediador completo desta relação para o Desânimo-Fraqueza, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, e do Fatalismo durante a realização dos tratamentos complementares. Assim, para as restantes estratégias de *coping*, ao contrário do que se previa na Hipótese 5, o optimismo parece não ser um preditor independente destas, influenciando indirectamente o *coping*, através do estado emocional.

A direcção das relações encontradas entre o optimismo e o *coping* é a esperada e apontada na literatura já revista anteriormente, para a maioria das variáveis. No nosso estudo verifica-se que quanto mais optimistas são as mulheres, mais recorrem à estratégia de *coping* Espírito de Luta, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. O espírito de luta pode ser visto como uma estratégia de *coping* activa, podendo-se inferir que o optimismo prediz o *coping* activo após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. Estes resultados vão de encontro aos verificados por Carver e col. (1993), com mulheres com cancro da mama, em que os autores constataram que o optimismo antes da cirurgia estava relacionado com o *coping* activo, após a cirurgia. Outros estudos (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Brissette,

Carver & Scheier, 2002), também encontraram dados que mostram a relação entre o optimismo, *coping* activo e bem-estar emocional.

No nosso estudo, a estratégia de *coping* Desânimo-Fraqueza, é predita pelo optimismo, tendo por mediador o estado emocional. Verifica-se que níveis mais baixos de optimismo e um estado emocional negativo predizem uma maior utilização do *coping* por Desânimo-Fraqueza. Esta é considerada uma estratégia de *coping* pobre e frequentemente associada a um ajustamento negativo. Segundo, Watson, Homewood, Hailand e Bliss (2005), a estratégia de *coping* de desesperança/impotência encontra-se associada a períodos mais curtos de sobrevivência. Estes dados fazem sobressair a importância de uma intervenção precoce junto das mulheres menos optimistas e com um estado emocional mais negativo.

O optimismo revelou ser um preditor do Fatalismo, quando não se controlou o estado emocional mas não acrescentou variância explicada para além da atribuída ao estado emocional, sugerindo isto mediação completa. No entanto, os efeitos encontrados são contrários, uma vez que as correlações parciais são de sinal oposto. De qualquer modo, do ponto de vista da intervenção o enfoque é na relação do fatalismo com a emocionalidade negativa, relação também encontrada por Taylor e col. (1992), no seu estudo com doentes com SIDA, em que os doentes optimistas revelavam ser menos fatalistas. Vários são os estudos que associam o fatalismo à morbidade psiquiátrica, designadamente a níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Akechi et al., 2001; Watson et al., 1991).

Resumidamente, níveis mais elevados de optimismo parecem ser preditores de estratégias de *coping* adaptativas como o Espírito de Luta, enquanto níveis mais baixos de optimismo, predizem um maior recurso de estratégias mal adaptativas como o Desânimo-fraqueza.

### **Optimismo enquanto preditor da funcionalidade**

No que respeita à funcionalidade, o optimismo é um preditor significativo e independente da funcionalidade percebida ao nível da Mobilidade e do Lazer após a cirurgia, em que as mulheres mais optimistas revelam menos dificuldades nestas dimensões, comprovando-se a H5 para estas áreas da funcionalidade. Conforme previsto, durante a fase dos tratamentos complementares, o optimismo demonstrou ser um preditor independente (controlando o estado emocional) das Emoções, apresentando as mulheres mais optimistas uma percepção mais positiva das limitações a este nível.

As análises de mediação revelaram que o estado emocional é apenas um mediador parcial para as Emoções após a cirurgia, em que as mulheres mais optimistas e com um estado emocional menos negativo, percebem menos dificuldades com as Emoções. Verifica-se que o Optimismo é um preditor directo da funcionalidade percebida na Locomoção, Mobilidade, Lazer e Actividades Sociais, após a cirurgia. Constatou-se que as mulheres mais optimistas percebem menos dificuldades em cada uma destas dimensões da funcionalidade.

Resumidamente, e no que respeita à funcionalidade, o optimismo prediz uma avaliação mais positiva nestas dimensões. Dados semelhantes foram encontrados por Carver, Lehman e Antoni (2003), no seu estudo em mulheres com cancro da mama, em que o optimismo surgia associado a um maior envolvimento nas actividades diárias.

Genericamente, o optimismo constitui-se como um preditor importante das representações de doença, do *coping* e funcionalidade. O Optimismo surge quer como preditor directo, quer indirecto, ou seja, mediado pelo estado emocional. Também se pode concluir que níveis mais elevados de optimismo predizem representações de doença mais positivas, uma utilização de estratégias de *coping* mais adaptativas e ainda uma melhor funcionalidade percebida.

### **8.7 - Benefícios Percebidos no Processo de Doença e enquanto Preditores do Ajustamento Psicossocial à Doença**

Esta hipótese procurava estudar os benefícios percebidos no processo de doença e dividiu-se nas duas sub-hipóteses seguintes: a alínea a) prevê que os benefícios percebidos aumentam no tempo (do meio do tratamento para o final do tratamento) e a alínea b) prevê que os benefícios percebidos sejam um preditor significativo do ajustamento emocional à doença, da funcionalidade e das estratégias de *coping*, durante os tratamentos complementares.

Os resultados encontrados para a Hipótese 6a, confirmam que as mulheres têm um aumento da percepção dos benefícios, do meio dos tratamentos complementares para o final dos mesmos. A literatura tem demonstrado que a experiência de ser diagnosticada com um cancro da mama é geradora de distress (e.g. Hatchett et al., 1997). Contudo, é possível que as mulheres consigam perceber alguns benefícios resultantes do processo de doença, alguns relacionados com o crescimento e

desenvolvimento pessoal, outros mais relacionados com um aumento da percepção do suporte, entre outros (e.g. Stanton et al., 2002; Weiss, 2002). Segundo Park (1998), só depois de transcorrido algum tempo é que as pessoas que passam por uma situação de distress são capazes de atingir um novo entendimento dessa experiência e perceber alguns benefícios da mesma. Isto vai de encontro ao que descobrimos no nosso estudo, ou seja, no final dos tratamentos, sensivelmente entre os 9 e 12 meses após o diagnóstico, as mulheres manifestam um aumento na percepção de benefícios relacionados com a doença. De acordo com Urcuyo e col., (2005), esta percepção de benefícios pode conduzir a um ajustamento mais favorável, principalmente a nível emocional. Os dados referentes à Hipótese 6b ajudam-nos a esclarecer esta questão de prognóstico, na nossa amostra.

Foi possível confirmar a Hipótese 6b, no que respeita ao *coping*. Verifica-se que os Benefícios Percebidos a meio dos tratamentos complementares estão associados ao uso de várias estratégias de *coping*, como o Espírito de Luta, o Evitamento Cognitivo e o Fatalismo. Assim, quanto maior a percepção de benefícios durante os tratamentos complementares, maior será a utilização destas estratégias de *coping*. O focar nos benefícios da doença e o recurso a estas estratégias de *coping* provavelmente ajudam a minimizar o distress emocional sentido pelas pacientes. Urcuyo e col. (2005), no seu estudo acerca dos benefícios percebidos, em mulheres com cancro da mama, relataram que estes se encontravam correlacionados positivamente com o *coping* pela reavaliação positiva e actividade religiosa, e com o optimismo.

É interessante notar que os benefícios percebidos não se associam apenas à utilização de estratégias de *coping* activas, como o Espírito de Luta, mas também a estratégias de *coping* passivas, como o evitamento cognitivo e o fatalismo. Isto poderá indicar que os resultados dos benefícios percebidos em termos de ajustamento poderão ser positivos ou negativos, conforme o *coping* utilizado. Com efeito, não se verificou no nosso estudo a esperada associação entre os benefícios percebidos e o estado emocional, não parecendo haver um impacto a este nível, como outros estudos encontraram (Urcuyo e col., 2005)

Os dados do nosso estudo, por serem muito pontuais e não terem carácter longitudinal em termos da relação dos benefícios percebidos com as variáveis de resultado no T4, devem ser encarados com cautela e necessitam de replicação. Uma linha de investigação interessante, seria perceber quais os factores que promovem ou

facilitam a percepção de benefícios no cancro da mama (como os factores sócio-demográficos, clínicos, psicossociais, ou outros).

## **8.8 – Influências Demográficas e Clínicas**

### **8.8.1 – Idade e escolaridade**

Os resultados encontrados para a influência da Idade na evolução do estado emocional, *coping* e funcionalidade, ao longo do tratamento, foram não significativos, indicando que esta evolução não varia com a idade da paciente. Nas representações de doença ao longo do tempo, a sua influencia é limitada, afectando apenas a variação na percepção da Identidade e da Preocupação com a doença. Assim, para as mulheres mais novas (menos de 50 anos), a percepção dos sintomas da doença e preocupação com a doença aumenta ao longo do tempo, enquanto nas mulheres mais velhas (mais de 50 anos) diminuem. Pode-se inferir, à semelhança de Ganz e col. (2002), que as mulheres mais jovens têm uma evolução mais negativa em termos destas representações de doença do que as mulheres mais velhas. Como vimos, na discussão da hipótese 3, a identidade e a preocupação são representações de doença que predizem o uso de estratégias de *coping* e de aspectos da funcionalidade percebida, em vários momentos do tratamento, o que indica que as mulheres mais novas poderão estar em desvantagem em termos do ajustamento à doença. Já tínhamos referido que o facto de um diagnóstico de cancro ser um acontecimento mais disruptivo para as mulheres mais novas em termos de projecto de vida, pode estar associado a esta vulnerabilidade.

Para cada momento de avaliação, não se verifica um impacto da idade no estado emocional das pacientes, na funcionalidade e no optimismo e benefícios percebidos. O seu impacto no *coping* também é limitado. O seu papel parece ser mais importante nas representações de doença, principalmente durante os tratamentos complementares.

Mais especificamente, a Idade influencia a percepção de Controlo pelo Tratamento, antes da cirurgia, com as mulheres mais novas a acreditarem mais na eficácia dos tratamentos. Durante os tratamentos complementares, a Idade exerce influência na percepção da Preocupação, da Compreensão e da Resposta Emocional. No que respeita à Preocupação, são as mulheres de meia idade aquelas que percebem uma maior Preocupação com a sua doença, nesta fase do tratamento. Quanto à Compreensão, verifica-se que as mulheres mais novas sentem que



compreendem melhor a sua doença. O grupo de mulheres, entre os 51 e 58 anos é também o que percebe mais alterações na resposta emocional como consequência da doença, o que de acordo com Moyer e Salovey (1996), poderá estar associado a outras perdas nesta fase de vida (e.g. doença ou morte do esposo). As mulheres mais velhas apresentam a menor preocupação com a doença e a menor resposta emocional percebida do que todos os grupos, não diferindo das mais novas em termos de percepção de controlo de tratamento. Estes dados sugerem que as mulheres de meia idade devem ser objecto de atenção especial em termos de intervenção nas cognições de doença durante os tratamentos complementares.

Relativamente ao *coping*, verifica-se apenas a influência da Idade na adopção da estratégia de *coping* Preocupação Ansiosa, durante os tratamentos complementares, com as mulheres mais novas a utilizarem mais a Preocupação Ansiosa, nesta fase do tratamento. Estes dados, apoiam os dados encontrados sobre as representações de doença, indicando que conjuntamente, as representações de doença e o *coping* pobre, poderão vulnerabilizar as mulheres mais novas em termos de ajustamento à doença. Os dados de Miller e col. (2005), vão no mesmo sentido ao mostrar que são as mulheres mais novas, a efectuar quimioterapia, que apresentam um risco maior de desenvolver desordens de ajustamento.

Os resultados do nosso estudo indicam que a idade é uma variável importante a ser considerada na compreensão do processo de doença nas mulheres com cancro da mama e na intervenção junto destas pacientes, especialmente no que diz respeito às representações de doença e *coping*. As mulheres mais novas e as de meia idade parecem ter alguns factores de risco cognitivo e comportamental que merecem atenção. Assim, acreditamos que poderá ser benéfico trabalhar questões diferentes com mulheres de diferentes idades, como por exemplo, o impacto da doença ao nível da imagem corporal ou dos projectos de futuro, nas mulheres mais novas (Avis et al., 2005).

Os resultados encontrados para a influência da escolaridade, mostram que esta variável não influencia significativamente a evolução do estado emocional, do *coping* ou da funcionalidade percebida, ao longo do processo de tratamento. O nível de escolaridade influencia as representações de doença ao longo do processo de tratamento, A percepção do Controlo do Tratamento após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, aumenta nas pacientes com mais escolaridade e diminui nas pacientes com menos do que o ensino básico. Quanto à Resposta Emocional, esta aumenta para as mulheres com baixa escolaridade, enquanto para as mulheres com escolaridade

básica ou superior, diminui ao longo do processo de tratamento. Assim, os dados sugerem que as mulheres com menos do que o ensino básico apresentam representações de doença mais negativas do que os outros grupos. Dado que estas representações influenciam o *coping* e a funcionalidade percebida, como já foi comprovado na H3, poderemos inferir que estas mulheres terão um ajustamento psicossocial mais pobre à doença.

Como já foi referido, na revisão bibliográfica, as indicações da influência das variáveis sócio-demográficas no ajustamento psicossocial ao cancro da mama é limitada. Contudo, a idade é a variável que tem recebido mais atenção por parte dos estudos (e.g. Compas et al., 1999; Dunn & Steginga, 2000; Ganz et al., 2002; Miller et al., 2005; Moyer & Salovey, 1996). No que respeita à escolaridade, apenas encontramos um estudo de Vinokur e col. (1989), que faz referência ao papel desta variável no ajustamento das mulheres com cancro da mama.

Os resultados para cada momento de avaliação, mostram que a escolaridade influencia a depressão, algumas representações de doença e estratégias de *coping*, ou após a cirurgia ou durante os tratamentos complementares, mas não tem impacto na funcionalidade, no optimismo ou nos benefícios percebidos. Estes dados confirmam que a escolaridade é uma variável importante a considerar em termos da compreensão do ajustamento psicossocial ao cancro da mama, e em termos de intervenção a vários níveis (emocional, cognitivo e comportamental).

Mais especificamente, o nível de escolaridade relaciona-se com a Depressão durante a realização dos tratamentos complementares, em que as mulheres com menos escolaridade, apresentam níveis de Depressão mais elevados, relativamente às de escolaridade média. As representações de doença, também são influenciadas pela escolaridade, nas várias fases do tratamento. Designadamente, na percepção do Controlo pelo Tratamento antes da cirurgia e durante os tratamentos complementares, Duração da doença, após a cirurgia, e Compreensão da doença, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, com as mulheres de escolaridade mais baixa a apresentarem representações de doença mais negativas. Provavelmente, a baixa escolaridade influencia o entendimento generalizado acerca do diagnóstico, dos regimes de tratamento propostos, das suas consequências e até do prognóstico. Pelo que será pertinente uma intervenção do tipo educacional, adequada a estas mulheres, que possa facilitar crenças acerca da doença mais ajustadas. Um exemplo da eficácia deste tipo de intervenção é o estudo de Johnston e col. (1992), em que o fornecimento de uma

carta introdutória facilitou as avaliações dos pacientes sobre o seu potencial para influenciar o processo de recuperação. Outro exemplo, é o estudo conduzido por Helgeson e col. (1999), em que as mulheres com cancro da mama sujeitas a uma intervenção educacional, revelaram menos incertezas acerca da doença.

A escolaridade também exerce impacto nas estratégias de *coping* Desânimo-Fraqueza antes e após a cirurgia, e Espírito de Luta, após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, em que as mulheres com mais baixa escolaridade apresentam estratégias de *coping* menos ajustadas. Varela e Leal (2007), numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama, verificaram que as mulheres mais escolarizadas recorriam menos à Preocupação Ansiosa, que pode ser considerada uma estratégia de *coping* pouco ajustada. No entanto, no nosso estudo a escolaridade não afectou esta estratégia de *coping*.

Em resumo, a idade e a escolaridade, especialmente a última, constituem-se como importantes factores nos ajustamento psicossocial ao cancro da mama, especialmente em termos das representações de doença e do *coping*. Assim, investigações futuras deverão estudar o seu impacto nas variáveis psicossociais estudadas. Em termos clínicos, os nossos dados não favorecem uma intervenção tipo generalista (o mesmo para todos), apoiando uma abordagem diferenciada, que tem em conta a idade e o nível educacional da paciente.

### **8.8.2 – Estádio da doença e estatuto de menopausa**

O estágio da doença tem uma influência muito limitada no ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama. As análises efectuadas não foram significativas para o estado emocional (ansiedade e depressão), para a generalidade das representações de doença, *coping*, a maioria das categorias referentes à funcionalidade, os benefícios percebidos e o optimismo. Apenas a percepção que a mulher tem das suas emoções após a cirurgia, e das dificuldades no sono e repouso durante os tratamentos complementares, parecem ser influenciados pelo estágio da doença. Provavelmente, estas áreas do ajustamento são as que mais diferenciam as mulheres nos dois grupos, nesta fase do tratamento. Seria necessário prolongar o seguimento para investigar se haveria diferenças posteriormente a estes. Estes resultados vão de encontro ao que é sugerido por Miller e col. (2005). Segundo estes autores, o estágio da doença não é considerado um preditor importante do ajustamento, crendo-se que as consequências da

doença a nível físico são um melhor preditor do ajustamento psicossocial em pacientes com cancro da mama.

Procurou-se verificar se o estatuto de menopausa (pré-menopausa ou menopausa e pós-menopausa), influencia o ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama, ao longo do tempo e para cada momento de avaliação.

Os resultados das análises efectuadas revelaram que o estatuto de menopausa tem implicações ao nível do ajustamento psicossocial, nomeadamente no estado emocional (depressão) e na funcionalidade percebida (locomoção e cuidados pessoais). Consta-se que as mulheres que se encontram na fase da menopausa ou da pós-menopausa revelam mais dificuldades, do que as mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, ao longo do tempo. No entanto, esta variável não é um factor muito significativo no ajustamento, uma vez que os valores encontrados ao nível da depressão e funcionalidade nestas áreas, no T2 e T3, são bastante favoráveis, o que relativiza o significado das diferenças encontradas.

Em resumo, estas análises exploratórias indicam que as influências demográficas no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, tal como foi avaliado neste estudo, são mais importantes do que os factores clínicos considerados. A idade, a escolaridade e o estágio da doença, merecem atenção em termos do desenvolvimento de abordagens diferenciadas do cuidar nestas pacientes.

## **8.9 - Limitações do Estudo**

Para melhor interpretarmos os resultados deste estudo, é importante considerar algumas limitações metodológicas associadas a este em termos da sua validade interna e externa.

Em primeiro lugar, importa tecer um comentário acerca do tamanho da amostra e o uso do método de amostragem não probabilística consecutiva, (Luna, 1998). O número reduzido de sujeitos coloca entraves ao nível da generalização dos resultados (validade externa) e da representatividade da amostra em relação à população em estudo (Conboy, 1995). Esta questão é ainda mais evidente no quarto momento de avaliação, em que a necessidade de interromper a recolha dos dados, (por motivos referidos anteriormente) limitou o número de sujeitos neste momento. A amostra foi recolhida no Instituto Português de Oncologia, no Porto, região Norte do País e, como tal, devem ser

tidas em consideração as características sociais e culturais desta região, devendo-se ter precauções na generalização dos resultados para outras regiões do país. O facto de se tratar de uma amostra não probabilística, aumenta a probabilidade de auto-selecção, o que resulta num grupo de participantes com características determinadas que podem ser diferentes das da população em geral, mais uma vez limitando a generalização dos resultados. No entanto, o facto dos resultados obtidos irem de encontro à literatura existente, sugerem que os nossos dados terão alguma validade externa.

Uma segunda limitação diz respeito aos instrumentos utilizados que são todos questionários de auto-relato. Neste caso, foram administrados em regime de hetero-relato (lidos em voz alta pela investigadora), o que pode ter aumentado o efeito da desajustabilidade social, resultando num sobre-relato dos aspectos positivos e sub-relato dos aspectos negativos (Gonçalves & Gonçalves, 1997). Por exemplo, foi possível constatar que por vezes as mulheres ao darem as suas respostas referiam, “eu tenho que confiar na eficácia dos tratamentos”, o que faz crer que a mulher pode não estar a responder de acordo com aquilo que está a sentir ou a pensar, mas sim de acordo com aquilo que ela considera que devia pensar ou sentir. Apesar desta limitação, os questionários utilizados são instrumentos de ponta neste tipo de investigação e apresentaram boas qualidades psicométricas na amostra em estudo, o que aumenta a confiança na validade dos dados obtidos.

Em terceiro lugar, o facto de se tratar de um estudo longitudinal, com quatro momentos de avaliação e com replicação de alguns instrumentos, pode ter suscitado um efeito de aprendizagem condicionando as respostas das pacientes, o que pode ter inflacionado as relações entre as variáveis em momentos subsequentes (por exemplo, relação entre ansiedade no T1 e T2, etc.). No entanto, o facto de os momentos de avaliação não serem muito próximos no tempo, poderá ter atenuado este problema.

Em quarto lugar, referimos o número elevado de hipóteses, que conduziu à realização de múltiplos testes estatísticos para os testes de hipóteses. Esta multiplicidade de hipóteses teve a ver com o carácter pioneiro do estudo em algumas das questões levantadas, e a tentativa de produzir uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo. Embora tenha sido computado o poder dos testes estatísticos utilizados, de modo a não se utilizarem testes em que o poder fosse inferior a .80 (Cohen, 1992) considerando o número de sujeitos e variáveis, a multiplicidade de testes efectuados aumenta a probabilidade de resultados falsos positivos (Erro Tipo I). Assim,

será necessário interpretar os dados óbitos com alguma reserva e há necessidade de os replicar em amostras mais alargadas.

Apesar destas limitações, este estudo constitui-se como inovador na medida em que procura estudar longitudinalmente o ajustamento psicossocial das mulheres portuguesas com cancro da mama, durante o processo de tratamento. Este tipo de *design* é particularmente importante para identificar pacientes que se encontram em risco de desenvolver sintomas de distress (Helgeson, 2005). Os dados relativos a estudos longitudinais também são importantes para a identificação de preditores, das variáveis de resultado quando se encontram a testar modelos teóricos referentes ao processo de ajustamento. Uma das críticas que tem sido levantada às intervenções na área da Psicologia Oncológica é a falta de uma orientação teórica que sustente as mesmas (Helgeson, 2005). Este estudo, também, representa um esforço de integração da teoria e da investigação, na medida em que procura testar o papel do estado emocional e das representações de doença no *coping* com o cancro da mama, segundo o modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal e colaboradores.



## **CAPÍTULO IX**

---

### **Conclusão Integrativa e Implicações Futuras**





O cancro da mama é uma das principais causas de morte que atinge as mulheres entre os 35 e os 75 anos, nos Estados Unidos da América e na Europa (Baltar et al. 2001; Figueiredo et al., 2001). Em Portugal, o cancro da mama é a causa de morte por cancro mais comum entre as mulheres (Risco de Morrer em Portugal, 2001/Direcção-Geral da Saúde; DSIA. Divisão de Epidemiologia. Lisboa: DGS, 2003).

A literatura tem apontado para a implicação de alguns factores psicossociais no ajustamento e na evolução do cancro da mama. É particularmente importante aprofundar os conhecimentos acerca do papel de factores emocionais e cognitivos, como as representações de doença, sobre o processo de ajustamento pelo qual passam as mulheres diagnosticadas com cancro da mama, no sentido de fomentar consultas de psico-oncologia ou programas de intervenção destinados a objectivos específicos, em tempo útil. Desta forma, podemos diminuir o sofrimento destas pacientes e facilitar a sua adaptação a esta fase ou acontecimento de vida.

O nosso estudo pretendeu fornecer informação acerca do processo de ajustamento ao cancro da mama, em mulheres portuguesas, durante o primeiro ano após o diagnóstico. Esta necessidade surge devido à escassez de estudos realizados em Portugal com esta população e que procurem focar as diversas dimensões do ajustamento aqui abordadas, longitudinalmente. Os estudos que se têm realizado no nosso país têm utilizado uma metodologia transversal e referem-se: à qualidade de vida de mulheres com cancro da mama, submetidas a cirurgia e a realizar tratamentos de quimioterapia (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007); às estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres com cancro da mama (Varela & Leal, 2007); à imagem corporal da mulher com cancro da mama e ao impacto na qualidade de relacionamento conjugal (Ramos & Patrão, 2005).

O objectivo mais geral deste estudo consistia em utilizar a teoria, para produzir investigação que pudesse consequentemente influenciar a prática. Nesse sentido, passaremos a apresentar algumas conclusões integrativas respeitantes ao estudo realizado e ao seu contributo para estudos futuros nesta área, bem como para o desenvolvimento de intervenções destinadas às pacientes com cancro da mama.

Um dos objectivos específicos do estudo consistia em descrever o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, no que respeita às respostas emocionais, representações de doença, *coping* e funcionalidade, ao longo do processo de tratamento. Os dados obtidos permitiram constatar que, tendencialmente, parece haver uma melhoria em termos de ajustamento à doença ao longo do processo de tratamento, sendo

o pós-diagnóstico o período em que as mulheres manifestam mais dificuldades ao nível do ajustamento. Os dados também sugerem que os factores emocionais e cognitivos pré-cirurgia, são preditores do ajustamento após esta e durante os tratamentos complementares. Deste modo, parece-nos que em termos do desenvolvimento de intervenções psicológicas para estas pacientes, estas deverão ser efectuadas, o mais precocemente possível (logo após o diagnóstico) e deverão ter um carácter continuado, pelo menos durante o processo de tratamento (6-8 meses após o diagnóstico).

Passaremos a descrever algumas conclusões integrativas respeitantes ao estudo realizado em termos do seu contributo para a compreensão do ajustamento psicossocial das mulheres portuguesas com cancro da mama, e para o desenho de intervenções destinadas a apoiar as mulheres que se encontrem neste processo.

Pode-se concluir que existe variabilidade do ajustamento psicossocial ao cancro da mama durante o primeiro ano. Constatou-se que, genericamente, estas pacientes tendem a apresentar melhorias no ajustamento, com excepção da percepção de sintomas associados à doença e as dificuldades com o sono, que aumentam durante os tratamentos complementares, e que podem estar associados às consequências dos tratamentos. Os momentos em que estas mulheres apresentam mais dificuldades de ajustamento são o momento após o diagnóstico (T1) e o momento após a cirurgia (T2). Impõe-se, deste modo, a necessidade de oferecer a estas mulheres apoio, através de intervenções psicossociais, designadamente do tipo cognitivo-comportamental, na medida em que podem ser trabalhadas as questões emocionais (como a ansiedade e a depressão) e as cognições acerca da doença e do tratamento. Os dados encontrados relativamente à variabilidade do ajustamento, permitem-nos ainda, concluir que a mudança ao longo do processo de tratamento ocorre a vários níveis, emocional, cognitivo e físico (Helgeson et al., 2004), apoiando a visão holística do sujeito (McIntyre, 1994), defendida pela Psicologia da Saúde.

No nosso estudo, podemos ainda concluir que o ajustamento psicossocial não difere em função do tipo de cirurgia efectuada, não se justificando uma intervenção psicossocial diferenciada pelo menos nos aspectos avaliados neste estudo. Na generalidade, não existem diferenças significativas entre as mulheres que realizaram uma cirurgia de conservação e aquelas que realizaram uma mastectomia. Contudo, o nosso estudo não contemplou duas áreas em que estas diferenças poderiam surgir, ou seja, o ajustamento a nível sexual e da imagem corporal. Um estudo português (Ramos & Patrão, 2005) revelou que as mulheres tratadas cirurgicamente (mastectomia ou

tumorectomia) mostravam insatisfação relativamente à sua sexualidade, contudo não era objectivo deste estudo diferenciar o impacto do tipo de cirurgia, na sexualidade. Alguns estudos nesta área confirmam a importância da imagem corporal ao nível da saúde mental, tanto para as mulheres submetidas a tumorectomia como para as submetidas a mastectomia (e.g. Figueiredo, et al., 2004). Ainda a este propósito deve ser considerada a preferência da mulher ao nível da imagem corporal, no momento da decisão do tipo de cirurgia a efectuar, na medida em que esta decisão influenciará o ajustamento (Figueiredo, et al., 2004). Consideramos, pertinente, que em estudos futuros estas dimensões do ajustamento sejam consideradas, para as mulheres com cancro da mama.

À semelhança do que é defendido no modelo de auto-regulação de doença de Leventhal e colaboradores, verificamos que as estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres portuguesas com cancro da mama, bem como a funcionalidade, são influenciados pelo estado emocional e pelas representações de doença, confirmando-se o processamento paralelo emocional/cognitivo, no ajustamento à doença e tratamento. Em termos de ajustamento, constatou-se que as mulheres com percepções de doença mais negativas, no que refere às Consequências e à Identidade apresentam uma resposta psicológica mais pobre, utilizando estratégias de *coping* mais desajustadas (e.g. desânimo-fraqueza e preocupação ansiosa) e avaliando mais dificuldades funcionais, durante os tratamentos complementares. Também, conforme previsto pelo modelo de auto-regulação, este estudo permite estabelecer uma relação significativa entre as emoções, cognições e estratégias de *coping*. Assim, podemos identificar precocemente, no processo de doença, mulheres que estejam em risco de desenvolver um ajustamento pobre à doença. Este conhecimento pode ser utilizado para a aplicação de programas de competências de *coping* e intervenções cognitivo-comportamentais (Hack & Degner, 2004), para melhor apoiar as mulheres que se encontram a lidar com as diversas mudanças impostas pela sua doença.

Um contributo importante do nosso estudo foi o seu carácter prospectivo, que permite definir quais os preditores mais importantes do ajustamento futuro, no momento de pré-cirurgia. Os nossos dados indicam que o estado emocional, especialmente a depressão, tem um papel fundamental na explicação do *coping* durante os tratamentos. As representações acerca da doença têm um papel relativamente limitado na explicação do *coping*, embora as crenças relativas à percepção da eficácia dos tratamentos e preocupação com a doença tenham um papel relevante na previsão das estratégias de *coping* menos adaptativas após a cirurgia. O estado emocional antes da cirurgia é o

preditor mais importante da avaliação da funcionalidade física e psicossocial após a cirurgia e durante os tratamentos complementares, em que um estado emocional mais negativo prediz uma pior funcionalidade percebida. Estes dados realçam, novamente, a importância das variáveis emocionais ao nível do ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama. Confirma-se, assim, a necessidade de despistar a depressão e ansiedade o mais precocemente possível e, conseqüentemente, oferecer a estas mulheres uma intervenção dirigida à melhoria do seu estado emocional. A correcção de crenças desajustadas acerca da doença e tratamento, como as relativas às conseqüências da doença e controlo pessoal, assim como a facilitação de estratégias de *coping* positivas, como o espírito de luta e a procura de informação, são ingredientes importantes da intervenção psicossocial junto destas pacientes.

Outro contributo importante foi estudo foi considerar o papel de um factor disposicional, o optimismo versus pessimismo, no ajustamento ao cancro da mama. Este aspecto tem sido raramente estudado em Portugal e a investigação neste domínio está ainda na sua infância a nível internacional. No nosso estudo, verificamos que o optimismo não era um preditor significativo do estado emocional, apesar de surgirem indicações de que as mulheres mais optimistas tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão, durante os tratamentos complementares. O optimismo influencia várias representações de doença (por exemplo, Conseqüências, Compreensão, Resposta Emocional), algumas directamente e outras, através da sua influência na depressão e da influencia desta nas representações de doença (efeito mediador), com resultados mais favoráveis para as mulheres optimistas. Desta forma, tanto o estado emocional como o optimismo disposicional podem constituir-se como factores de risco para o ajustamento psicossocial ao cancro da mama. O optimismo disposicional também pode ser considerado um factor de prognóstico relevante para a adopção de estratégias de *coping* adaptativas, ao longo do processo de doença, sendo preditor de um ajustamento positivo. Níveis mais elevados de optimismo predizem estratégias de *coping* adaptativas como o Espírito de Luta, enquanto níveis mais baixos de optimismo, predizem um maior recurso de estratégias mal adaptativas como o Desânimo-Fraqueza. O optimismo é ainda um preditor significativo e independente da funcionalidade percebida, quer no domínio físico quer psicossocial, em que as mulheres mais optimistas revelam menos dificuldades nestas dimensões. Contudo, e como verificamos na revisão bibliográfica, as intervenções destinadas a incrementar o optimismo são escassas e não têm sido destinadas, especificamente, a pacientes com cancro da mama.

Assim, este estudo aponta a necessidade de desenvolver intervenções para promover o optimismo, testando a sua eficácia (Pretzer & Walsh, 2001) em mulheres com cancro da mama.

A investigação da evolução e influência dos benefícios percebidos no ajustamento à doença e tratamento, foi outro aspecto inovador deste estudo, embora os dados obtidos sejam limitados apenas a dois momentos de avaliação. Verificou-se que os benefícios percebidos se encontram associados à utilização de diversas estratégias de *coping*, nomeadamente o Espírito de Luta, o Evitamento Cognitivo e o Fatalismo mas não ao estado emocional, conforme se tinha sido observado na literatura. Um dado mais congruente com a literatura, foi o facto de se observar um aumento de benefícios percebidos com o tempo, sugerindo que à medida que a doença vai progredindo, há um processo concomitante de atribuição de significado à mesma. A relação entre este processo e o ajustamento à doença não ficou esclarecido no nosso estudo, havendo necessidade de se pesquisar mais esta questão no caso do cancro da mama. Contudo, o facto desta dimensão cognitiva ter mostrado variações ao nível do ajustamento, sugere que deverá ser um aspecto a considerar numa abordagem mais existencial da intervenção junto destas pacientes.

Um aspecto mais periférico mas não menos importante deste estudo foi examinar o papel de alguns factores sócio-demográficos (idade e escolaridade) e clínicos (estatuto da menopausa e estágio da doença) nas variáveis de ajustamento psicossocial. Estes factores, que geralmente são objecto de controlo como factores de enviesamento, na maioria dos estudos neste domínio, são variáveis muito importantes em termos da compreensão do processo de ajustamento ao cancro da mama e consequente intervenção psicossocial. Neste estudo, verificámos que as variáveis demográficas influenciam o ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama. As mulheres mais novas e as com menor escolaridade, apresentavam resultados menos favoráveis, principalmente em termos das representações de doença e do *coping*. Estas diferenças devem ser consideradas em termos da identificação de grupos de risco para intervenção precoce e intervenção diferenciada junto destas pacientes. As variáveis clínicas não tiveram um papel significativo no ajustamento psicossocial, pelo que não se justifica uma abordagem diferenciada em termos do estatuto da menopausa ou do estágio da doença. No entanto, é importante que estudos futuros continuem a estudar o impacto das variáveis demográficas e clínicas nas variáveis de ajustamento e no teste de intervenções psicossociais neste domínio.

Em suma, o estudo do ajustamento psicossocial das mulheres portuguesas com cancro da mama evidencia a variabilidade do ajustamento ao longo do primeiro ano após o diagnóstico, bem como o papel do estado emocional, representações de doença e optimismo enquanto preditores desse mesmo ajustamento. Variáveis demográficas e clínicas também apresentam alguma influência no ajustamento à doença. Nesse sentido, direcções futuras no campo da investigação do ajustamento ao cancro da mama devem continuar a avaliar este processo tendo em consideração as variáveis que já foram estudadas e acrescentando outras que têm sido salientadas na revisão da literatura, e que não foram alvo deste estudo, como por exemplo o papel da família ao nível do ajustamento, e a imagem corporal e sexualidade (referidas anteriormente).

O diagnóstico do cancro da mama é uma experiência traumática, não apenas para as pacientes, mas também para a restante família (Helgeson, 2005). Apesar de não termos considerado o papel da família no ajustamento ao cancro da mama nas mulheres portuguesas, consideramos que estudos futuros devem considerar o papel do esposo, no ajustamento ao processo de tratamento. Segundo Wimberly et al.,(2005), o preditor mais robusto do ajustamento das mulheres com cancro da mama, era o envolvimento emocional do seu parceiro. Também Kershaw e col. (2004) consideram que as estratégias de *coping* das pacientes são influenciadas pelo ajustamento da família. Sublinha-se, assim, a necessidade de considerar não só a perspectiva e ajustamento da mulher mas também a do seu parceiro e família durante o processo de tratamento para o cancro da mama.

O presente estudo sugere a importância, em investigações futuras, de examinar o processo de ajustamento no final dos tratamentos complementares, visto que os dados obtidos para o momento 4 de avaliação não foram suficientes para avaliar o ajustamento nesta fase do processo de tratamento. A importância de investigar a longo prazo os efeitos de ser diagnosticada com cancro da mama é premente dado que cada vez mais, a taxa de sobrevivência nesta doença é elevada. Assim, um dos objectivos dos estudos futuros deveria ser a colheita de dados de seguimento a longo prazo, incluindo intervalos de tempo mais longos. Num seguimento mais longo é provável que surja mais variação relativa ao ajustamento das mulheres com cancro da mama. Também pode surgir nova informação, por exemplo no que diz respeito aos benefícios percebidos. Alguns autores defendem que as mulheres diagnosticadas e tratadas para o cancro da mama podem encontrar benefícios enquanto se ajustam às mudanças físicas da cirurgia e dos tratamentos. Contudo, as mulheres que foram tratadas com sucesso

para esta doença também podem encontrar benefícios enquanto sobreviventes de longo prazo (Tomich & Helgeson, 2002).

Outra área que tem suscitado o interesse da investigação é o papel dos factores psicossociais na mortalidade por cancro da mama (Petticrew, Bell & Hunter, 2002; Van Der Pompe et al., 1996). O seguimento a longo prazo, poderia contribuir para continuar a esclarecer acerca do papel destes factores enquanto preditores da sobrevivência.

Espera-se que o estudo aqui apresentado, bem como a reflexão acerca dos resultados obtidos, possam constituir um ponto de referência para a compreensão do ajustamento ao cancro da mama e para o desenvolvimento de intervenções psicossociais que possam facilitar esse mesmo processo de ajustamento. Em Portugal, este estudo contribui com dados importantes para a compreensão do ajustamento ao cancro da mama em pacientes de um hospital de ponta no tratamento desta patologia, oferecendo indicações específicas para o desenvolvimento de intervenções psicossociais que complementem os tratamentos médicos. Considerando que no nosso país, a intervenção psicossocial dirigida ao aumento do bem estar da paciente em tratamento para o cancro da mama, ainda está em fase de desenvolvimento, estes dados apoiam um maior ímpeto nestes esforços. Assim, a parceria interdisciplinar poderá realmente contribuir para melhorar a qualidade de vida da mulher portuguesa que se depara com este desafio, qualquer que seja o seu prognóstico.

“Se todo o ser ao vento abandonamos  
E sem medo nem dó nos destruimos,  
Se morremos em tudo o que sentimos  
E podemos cantar, é porque estamos  
Nus em sangue, embalando a própria dor  
Em frente às madrugadas do amor.  
Quando a manhã brilhar refluiremos  
E a alma possuirá esse esplendor  
Prometido nas formas que perdemos”.

Sophia de Mello Breyner Andresen





## **BIBLIOGRAFIA**

---



- Abbad, G. & Torres, C.V. (2002). Regressão Múltipla Stepwise e Hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7, 19-29.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. & Metalsky, G.I. (1995). Hopelessness Depression. In Buchanan, G.L. & Seligman, M. (eds). *Explanatory Style*, 113-134. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. & Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity following a heart attack: An eight year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.
- Affleck, G., Tennen, H. & Rowe, J. (1991). *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer-Verlag.
- Allen, S. M., Shah, A. C., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Ciambrone, D., Hogan, J. & Mor, V. (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma, a randomized controlled trial. *Cancer*, 94 (12), 3089-3100.
- Allison, P.J., Guichard, C. Fung, K., Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (3), 543-548.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Cancer Society (1998). Breast cancer can be prevented. Study: All ages of at-risk women helped by breast cancer drug. *Breast Cancer Network*.
- Andersen, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of life. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Andersen, B.L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 590-610.

- Andreu, Y. (2001). Personalidad TIPO C. Historia y validez del concepto. In E. Durá & M. Rosário (cords), *Territórios da Psicologia Oncológica* (399-426). Lisboa: Climepsi
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A., & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Antonovsky, A. (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22 (4). 273-280.
- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S., Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research Treatment*, 65 (3), 195-202.
- Aspinwall, L.G. & Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 989-1003.
- Atkins, L. & Fallowfield, L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 42 (14), 2271-2276
- Avis, N.E., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (15), 3322-3330.
- Badger, T.A., Braden, C.J., Longman, A.J., Mischel, M.M., (1999). Depression burden, self-help interventions, and social support in women receiving treatment for breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17 (2), 17-35.
- Bakemeier, A.H. (1988). The potencial role of vitamins A, C and E and selenium in cancer prevention. *Oncology Nursing Forum*, 15 (6), 785-791.
- Barros, H., Lunet, N. & Simões, L.M. (2007). Retirado a 18 de Abril de 2008 do: <http://www.ipatimup.pt/medprev/paper3.pdf>
- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. (2007). Evolução da Mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Med. Port.* 20, 139-144.

- Bartelink, H., Horiot, J.C., Poortmans, P., Struikmans, H., Van den Bogaert, W., Barillot, I., Fourquet, A., Borger, J., Jager, J., Hoogenraad, W., Collette, L., Pierart, M. (2001). Recurrence rates after treatment of breast cancer with standard radiotherapy with or without additional radiation. *New England Journal of Medicine*, 345, 19: 1378-1387
- Bedi, G. & Brown, S. L. (2005). Optimism, Coping style and emotional well-being in cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 10 (1), 57-70.
- Benda, R.K., Mendenhall, N.P., Lind, D.S., Cendan, J.C., Shea, B.F., Richardson, L.C., Copeland, E.M. (2003). Breast conserving therapy (BCT) for early-stage breast cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 85 (1), 14-27.
- Bergh, J., Jönsson, P., Glimelius, B. & Nygren, P. (2007). A Systematic Overview of Chemotherapy Effects in Breast Cancer. *Acta Oncologica*, 40 (2), 253-281
- Bloom, J. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16 (14), 1329-1338.
- Bloom, J.R. & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (eds.). *Cancer and the family* (55-71). New York: John Wiley & Sons.
- Boyle, P. (2007). Data: 7 de Fevereiro de 2007. Retirado a 15 de Abril de 2008 do Annals website: <http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/mdl498v1>.
- Bradley, E.J., Calvert, E., Pitts, M.K. & Redman, C.W.E. (2001). Illness Identity and self-regulatory model in recovery from early stage gynaecological cancer. *Journal of Health Psychology*, 6, 511-521.
- Brady, S.S., Helgeson, V.S. (1991). Social support and adjustment to recurrence of breast cancer. *Journal Psychosocial Oncology*, 17 (2), 37-55.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Brezden, C.B., Philips, K., Abdoell, M., Bunston, T., Tannock, I.F. (2000). Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (14), 2695-2701.

- Brissette, I., Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (1), 102-111.
- Broadhead, W. E. & Kaplan B.H. (1991). Social support and the cancer patient: implications for future research and clinical care. *Cancer*, 67, 794-799.
- Buchanan, G. M., & Seligman, M. E. P. (1995). Explanatory Style : History and Evolution of the Field. *Explanatory Style*, (1-20). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Buchanan, G.M., Gardenswartz, C.A.R., & Seligman, M.E.P. (1999). Physical health following a cognitive-behavioral intervention. *Prevention and Treatment*, 2, 10, journals.apa.org.
- Buela-Casal, G. & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. In Miguel Ángel Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud*. Fundamentos, Metodologías y Aplicaciones (505-535). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Buick, D.L. (1997) Illness representations and breast cancer: coping with radiation and chemotherapy. In Petrie, K. J. & Weinman, J. A. (eds). *Perceptions of Health and Illness*, (379-410). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Bultz, B.D., Speca, M., Brasher, P.M., Geggie, P.H.S. & Page, S.A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 9, 303-313.
- Burgess, C., Morris, T., Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis, II: evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*. 32, 263-272.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330:702-705
- Cameron, L.D. & Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health and illness. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (Ed). *The self-regulation of health and illness behaviour*, 1-13. Routledge, New York.
- Cameron, L.D. & Nicholls, G. (1998). Expression of stressful experiences through writing: effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology*, 17, 84-92.
- Carlson, R.W. & Stockdale, F.E. (1988). The Clinical Biology of Breast Cancer. *Annual Reviews Medicine*, 39, 453-464.

- Carver, C.S. & Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23* (6), 595-598.
- Carver, C.S. & Gaines, J.G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research, 11* (4), 449-462.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C, Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, . D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65* (2), 375-390.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C, Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1994). Optimism versus Pessimism Predicts the Quality of Women's Adjustment to Early Stage Breast Cancer. *Cancer, 73* (4) , 1213-1220.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C, Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, . D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: a control process view. *Psychological Review, 97*, 19-35.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1999). Themes and issues oin the self-regulation of behavior. In R. S. Wyer, Jr. (ed). *Advances in Social Cognition, 12*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1-105.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2001). Optimism, Pessimism, and Self-Regulation. In Chang, Edward C. (ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice, (31-52)*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2005). Optimism. In Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (ed). *Handbook of Positive Psychology, 231-243*, Oxford University Press, New York.
- Carver, C.S. Lehman, J.M. & Antoni, M.H. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 84* (4), 813-821.



- Cassileth, B.R., Walsh, W.P., & Lusk, E.J. (1988). Psychosocial correlates of cancer survival: A subsequent report 3 to 8 years after the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 6, 1753-1759.
- Cella, D.F., Sarafian, B., Snidet, P.R., Yellen, S.B., & Winicour, P. (1993). Evaluation of a community-based cancer support group. *Psycho-Oncology*, 2, 123-132.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15 (6), 434-437.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. In Cohen, S., & Syme, S. L., (eds), *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press, 3-22.
- Cohen, L., Hack, T.F., Moor, C., Katz, J., Goss, P.E. (2000). The effects of type surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of surgical Oncology*, 7 (6), 427-434.
- Colditz, G. (2004). Risk factors for breast cancer according to estrogen and progesterone receptor status. *Journal of the National Cancer Institute*, 96 (3), 218-228.
- Colditz, G. (2005). Epidemiology and Prevention of Breast Cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 14, 768-772.
- Collins, F. (2000). Scientists pinpoint location of possible third gene involved in hereditary breast cancer chromosome 13. National Human Genome Research Institute news release Aug. 2000. *News Release Archives*, 1999-2000.
- Compas, B.E., Stoll, M.F., Thomsen, A.H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J.E., & Krag, D.N. (1999). Adjustment to breast cancer: age –related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54 (3), 195-203.
- Couzijn, A.L., Ros, W.J.G., & Winnubst, J.A.M. (1990). Cancer. In A. A. Kaptein, H. M. van der Ploeg, B. Garssen, & R. beunderman (Eds.), *Behavioral Medicine* (231-247). New York: Wiley.
- Conboy, J. (1995). *A estimativa da magnitude do N de uma amostra*. Aveiro: CIDINE.
- Culver, J.L., Arena, P.L., Winberly, S.R., Antoni, M.H., Carver, C.S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer:

- comparing African Americans, Hispanics and non-hispanic whites. *Psycho-oncology*, 11, 495-504.
- Culver, J. L.; Arena, P. L.; Winberly, S. R.; Antoni, M. H.; Carver, C.S. (2004). Coping among African-american, Hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 19 (2), 157-166.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Derogatis, L.R. (1986). Psychology in Cancer medicine: A perspective and Overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 632-638.
- Devins, G.M. & Binik, Y.M. (1996). Facilitating Coping with Chronic Physical Illness, in Moshe Zeidner and Norman S. Endler (eds). *Handbook of Coping, theory, research, applications*, 640-686, John Wiley & Sons, inc.
- Dias, M.R. (2002). Cancro da mama: A (contra) informação dos mass media. In M. R Dias & E. Duá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (235-264). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dua, J., & Plumer, G. (1993). Relationship between attributional style, individualized attributional style, and health. *Psychological Reports*, 72, 913-914.
- Dunckel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 77-98.
- Dunckel-Schetter, C. Feinstein, L.G., Taylor, S.E., Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Dunn, J. & Steginga, S.K. (2000). Young women's experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology*, 9, 137-146.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (1992). Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. *Lancet*, 339 (8790): 423-424.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. (1998). Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomized trials. *Lancet*, 351, 1451-1467.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. (2000). Favourable and unfavourable effects on long time survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet*, 355 (9217): 1757-1770.
- Eberlein, T.J. (1995). Breast Cancer Surgery. In Hayes, D. M. (ed), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter five). Published by Mosby-Wolfe.

- Edelman, S. & Kidman, A. D. (1997). Mind and cancer: is there a relationship? A review of the evidence. *Aust. Psychology*, 32, 79-85
- Edelman, S. & Kidman, A., D. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 306-314.
- Edelman, S., Bell, D.R. & Kidman, A.D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.
- Edmonds, C.V. I., Lockwood, G.A. & Cunningham, A. (1999). Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 74-91.
- Edgar, L., MSc (A), N., Rosberger, Z. & Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, 69 (3), 817-828.
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z. & Fournier, M. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9, 428-438.
- Ell, K.; Nishimoto, R.; Mediansky, L.; mantell, J.; and Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 531-541.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18 (4), 315-326.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., Morton, D. (1990). A Structured psychiatric intervention for cancer patients. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, I.F. and Fawzy N.W. (1994) Psychoeducational Interventions and Health Outcomes. In Glasser, R. and Kiecolt-Glaser J. K. (eds). *Handbook of Human Stress and Immunity*, 365-402, Academic Press.
- Fawzy, I.F. and Fawzy, N.W. (1994). A structured Psychoeducational Intervention for Cancer Patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
- Feher, S. & Maly, R.S. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, 343-353.

- Ferlay, J.; Bray, F.; Pisani, P. & Parkin, D. M. (2001). Globocan 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. *International Agency for Research on Cancer*. No. 5. Lyon, France.
- Fernandes, S. & McIntyre, T. (2002). Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica breve em mulheres com cancro da mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 7 (2). Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Figueiredo, M.I., Cullen, J., Hwang, Y., Rowland, J.H., Mandelblatt, J.S., (2004). Breast Cancer Treatment in Older Women: Does getting what you want improve your long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, 22, 4002-4009.
- Filipp, S.H., Klauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: an analysis of coping effectiveness. *Psychological Health*, 4, 305-317.
- Fink, A.K., Gurwitz, J., Rakowski, W., Guadagnoli, E., Silliman, R.A. (2004). Patients beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor-positive breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 3309-3315.
- Fitzgerald, T.E., Tennen, H., Affleck, G. & Pransky, G.S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioural Medicine*, 16, 25-43.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055.
- Fresco, D.M., Sampson, W.S., Craighead, L.W., Clark, J., & Enns, C. (1995 November). Self-administered optimism training: The process of lessening the impact of pessimistic explanatory style. Poster presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Friedman, S., Samuelian, J., Lancrenon, S., Even, C. & Chiarelli, P. (2001). Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Research*, 104 (3), 247-257.
- Frost, M.H., Suman, V.J., Rummans, T.A., Dose, A.M., Taylor, M., Novotny, P., Johson, R. & Evans, R.E. (2000). Physical, Psychological and social well-

- being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9, 221-231.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. (2000). A Psychosocial Group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89 (5), 1026-1035.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B.E., Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*. 94 (1), 39-49.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J. & Estradé, E. (2001). Intervencion psicologica en pacientes de cancer. In Maria Rosário Dias & Estrella Durá (coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*, (427-452), Climepsi Editores. Lisboa
- Gillham, J.E., Shatté, A.J., Reivich, K.J. Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, Pessimism and Explanatory Style. In Chang, Edward C. (ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*, (53-76), American Psychological Association, Washington, DC.
- Glanz, K. & Lerman, C. (1992). Psychological impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14 (3), 204-212.
- Gonçalves, M. M. & Gonçalves, O. F. (1997). As razões que a razão desconhece: penso logo engano-me? *Análise Psicológica*, 1 (XV), 111-122.
- Gordon, N.H., Crowe, J.P., Brumberg, J. & Berger, N.A. (1992). Socioeconomic factors and race in breast cancer recurrence and survival. *American Journal of Epidemiology*, 135 (6), 609-618.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Greer, S., Morris T., Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2, 785-787.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A, Rowden, L., Law, M.G., & Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 301, 675-680.
- Hack, T. F. & Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235-247.

- Hall, A., A'Hern, R., Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for the evaluation of anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer*. 35, 79-85.
- 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*, 14, 1064-1071.
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P. Wadhwa, N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal Personality and Social Psychology*, 73, 560-573.
- Hayes, D.M. and Schnitt, S.J. (1995). Risk factors, Epidemiology, and Development of Breast Cancer. In Hayes, D. M. (ed), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter Two). Published by Mosby-Wolfe.
- Hayes, D.M. (1995). Principles of Systemic Therapy. In Hayes, D. M. (Ed), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter Ten). Published by Mosby-Wolfe.
- Haynes, R.B. (2001). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1.
- Heim, E., Augustiny, K.F., Blaser, A. (1987). Coping with breast cancer: A longitudinal breast cancer study. *Psychotherapy Psychosomatics*, 48, 44-59.
- Heim, E., Valach, L., Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Helgeson, V.S., Cohen, S., Schulz, R., Yasko, J. (1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Archives of General Psychiatry*. 56, 340-347.
- Helgeson, V.S. (2005). Recent Advances in psychosocial Oncology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75, 268-271.
- Helgeson, V.S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer Over 4 Years: Identifying Distinct Trajectories of Change. *Health Psychology*. 23 (1), 3-15.
- Hill, M. J. (2001). Changes and Developments in cancer prevention. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121 (2), 94-97.
- Hjerl, K., Andersen, E., Keiding, N., Mouridsen, H., Mortensen, P., Jorgensen, T. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44, 24-30.

- Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., & Lippman, M. (1993). Psychosocial factors in the development/progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 29, 141-160.
- Hilton, B.A. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 39-53.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In Petrie, K. J. & Weinman, J. A. (eds). *Perceptions of health and Illness*, (379-410). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Horne, R., Cooper, V. Fisher, M. Buick, D. (2001). Beliefs about HIV and HAART and the decision to accept or reject HAART, *HIV Medicine*, 2, 195-228
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (eds). *The self regulation of health and illness behaviour*, (138-154). New York: Routledge.
- Hortobagyi, G.N. (1998). Treatment of breast cancer. *New England Medicine*, 14, 974-985.
- House, J.S., Robbins, C. & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*. 116 (1), 123-140.
- Howe, G.R., (1994). Dietary Fat and Breast Cancer Risks: Na Epidemiologic Prespective. *Cancer*, 74 (3), 1078-1084.
- Hughes, J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26 (2), 277-283.
- Ibañes, E. & Durá, E. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicologia., Saúde & Doenças*, 1 (1), 27-43.
- Irvine, D., Brown, B., Crocks, D., Roberts, J., Browne, G. (1991). Psychosocial Adjustment in Women with Breast Cancer. *Cancer*, 15 (67), 1097-1117.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M. & Okawa, M., (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 57, 289-294.

- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Supression, and Psychological distress before and after Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24.
- Kaklamani, V.G. & Gradishar, W.J. (2005). Adjuvant Therapy of Breast Cancer. *Cancer Investigation*, 23 (6), 548-560.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E.P. & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity. *Health Psychology*, 10, 229-235.
- Kelsey, J.L. & Horm-Ross, P.L. (1993). Breast Cancer: Magnitude of the Problem and Descriptive Epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15 (1), 7-16.
- Kershaw, T., Nourthouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker A. & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19 (2), 139-155.
- Key, T.J., Applyby P.N. & Reeves G.K. (2003). Body mass index, serum hormones and breast cancer risk in postmenopausal women. *Journal of the National Cancer Institute*, 95, 1218-1226.
- Kidman, A.D. & Edelman, S. (1997). Developments in psycho-oncology and cognitive behavior therapy in cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11(1), 45-62.
- King, M.C., Marks, J.H., Mandell J.B. (2003). Breast and Ovarian Cancer Risks Due to Inherited Mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*, 24, 643-646.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Smith, G.C., Miah, P., Clarke, D.M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., McKenzie, D. (2003). Cognitive –existential group psychoterapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12 (6), 532-546.
- Kissane, D.W., Grabsch, B, Love, A., Clarke, D.M., Bloch, S., Smith, G.C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (5), 320-326.
- Klauer, T., Ferring, D., & Filipp, S. H. (1998). “Still stable after all this...?”: Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 339-355.
- Knobf, M.T. (1998). Natural menopause and ovarian toxicity associated with breast cancer therapy. *Oncological Nursing Forum*, 25 (9), 1519-1530.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.



- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 101-11.
- Kornblith, A.B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In *Psycho-Oncology*, Holland, J. (ed.). OUP: Oxford
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., Harris, L., Tkaczuk, K., Perry, M. C., Budman, D., Norton, L., Holland, J. C. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91, 443-454.
- Kubi, J. (1992). Cancer and the immune system, in Janis Kubi (ed), *Immunology*, (573-596), W. H. Freeman and Company, New York.
- Jacobs, C., Ross, R.D., Walker, I.M., & Stockdale, F.E. (1983). Behaviour of cancer patients: A randomized study of the effects of education and peer support. *American Journal of Clinical Oncology*, 6, 347-350.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jarrett, S.R., Ramirez, A. J., Richards, M. A. & Weinman, J. (1992). Measuring Coping in Breast Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 593-602.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M. & Andersen, B.L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25 (6), 753-761.
- Johnson, J.E. (1996). Coping with radiation therapy: Optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health*, 19, 3-12.
- Johnston, M., Gilbert, P., Partridge, C. & Collins, J. (1992). Changing perceived control in patients with physical disabilities: na intervention study with patients receiving rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 89-94.
- Lane, L.G. & Viney, L. L. (2005). The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 17 (2), 284-292.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.

- Lechner, S.C., Zakowski, S.G., Antoni, M.H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12, 491-499.
- Lehto, U.S., Ojanen, M. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16 (5), 805-816.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum; T. A. Revenson and J. E. Singer (eds). *Handbook of Health Psychology*, Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates. 19-47.
- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (ed). *The self-regulation of health and illness behaviour*, (42-65). Routledge, New York.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In Petrie, K. J. & Weinman, J. A. (ed). *Perceptions of Health & Illness*, (19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with illness threats. In A. Baum & J. Singer (eds). *A Handbook of psychology and Health. Volume 4: Social psychological aspects of health* (219-252). New Jersey: Erlbaum.
- Leventhal, H., Easterling, D.V., Coons, H.L., Luchterland, C.M. & Love, R.R. (1986). Adaptation to chemotherapy treatments. In Anderson, B. L. (ed). *Women with cancer – Psychological Perspectives*, (172-203). Springer-Verlag, New York.
- Levy, S. M., Lee, J., Bagley, C. & Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50 (5), 520-528.
- Levy S., Herberman, R., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J. & Kirkwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 52, 73-85.

- Lieberman, M. (1982). The effects of social supports on response to stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*, (764-783). New York: Free Press.
- Lin, E.H. & Peterson, C. (1990). Pessimistic explanatory style and response to illness. *Behaviour Research Therapy*. 28 (3), 243-248.
- Litt, M.D., Tenneen, H., Affleck, G., & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to *in vitro* fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 171-187.
- Lueboonthavatchai, P. (2007), Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer. *Journal Medical Association of Thai*, 90 (10), 2164-2174.
- Luna, F.B. (1998). Sequência Básica na Elaboração de Protocolos de Pesquisa. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 71 (6), 735-740.
- Madigan, M.P., Ziegler, R.G., Benichou, J., Byrne, C. & Hoover, R.N. (1995). Proportion of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors. *Journal National Cancer Institute*, 87 (22), 1681-1685.
- Manuel, J.C., Burwell, S.R., Crawford, S.L., Lawrence, R.H., Farmer, D.F., Hege, A., Phillips, K. & Avis, N.E. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30 (2), 85-94.
- Martin, C.R., Lewin, R. J.P., Thompson, D.R. (2003). A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infraction. *Psychiatry Research*, 120 (1), 85-94.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional Psychology. *American Psychologist*, 37.
- Mauri, D., Pavlidis, N. & Ioannidis, J.P. (2005). Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment in breast cancer : a meta-analysis. *Journal National Cancer Institute*, 97 (3), 188-194.
- McAdams, D.P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Morrow.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8 (3), 230-236.
- McDonald, J.A., Mandel, M.G., Marchbanks, P.A., Folger, S.G., Daling, J.R., Ursin, G.; Simon, M.S., Bernstein, L., Strom, B.L., Norman, S.A., Malone, K.E., Weiss, L.

- K., Burkman, R.T., Weber, A.L. & Spirtas, R. (2004). Alcohol Exposure and Breast Cancer: Results of the women's contraceptive and reproductive experiences study. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 13, 2106-2116.
- McIntyre, T. (1994). A Psicologia da saúde: Unidade na diversidade. In Teresa McIntyre (Ed). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (17-32). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- McIntyre, T., Johnston, M., Gouveia, J., Trovisqueira, A., Araújo-Soares, V., Figueiredo, Figueira, M.J., Pereira, G., & Basto (2004). Resultados psicossociais na reabilitação pós enfarte do miocárdio em mulheres portuguesas e escocesas. Relatório final, projecto POPCTI/ESP/35749/2000, FCT. Braga. Universidade do Minho.
- McMillen, J.C., Smith, E.M., & Fisher, R.H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.
- McPherson, K., Steel, C. M., Dixon, J. M. (2000). ABC of Breast Diseases. Breast Cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 9, 321 (7261): 624-8.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1987). Facilitating Treatment Adherence. A Practitioners Guidebook. New York, Springer.
- Mettlin, C. (1992). Breast cancer Risk Factors, Contributions to Planning Breast Cancer Control. *Cancer*, 69 (7), 1904-1910.
- Meyer, L. & Aspegren, K. (1989). Long-term psychological sequelae of mastectomy and breast conserving treatment for breast cancer. *Acta Oncologica*, fasc. 1, 13-18.
- Meyer, T.J., Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial intervention with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Meyers, C.A., Albitar M, Estey E. (2004). Chemobrain'i Breast Carcinoma' A prologue. *Cancer*, 101 (3), 466-475.
- Meyerowitz, B.E. (1983) Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Mettlin, C. (1992). Breast cancer Risk Factors, Contributions to Planning Breast Cancer Control. *Cancer*, 69 (7), 1904-1910.

- Miller, S.L.B., Jones, L. E., Carney, C. P. (2005). Psychiatric sequelae following breast cancer chemotherapy : A pilot Study using claims data. *Psychosomatics*, 46, 517-522.
- Mor, V., Malin, M. and Allen, S. (1994). Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *Journal National Cancer institute. Monogr.*, 16, 191-197.
- Moskowitz, J. T., Folkman, S., Collette, L. & Vittinghoff, E. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 49-57.
- Moss, R.H. & Schaefer, J.A. (1986). *Coping with life crises: an integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Moss-Morris, R., Weiman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Moyer, A. and Salovey, P. (1996). Psychological Squeal of Breast Cancer and its Treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18 (2), 110-125.
- Mulder, C.L., Van Der Pompe, G., Spiegel, D., Antoni, M.H. & De Vries, M.J. (1992). Do psychosocial factors influence the course of breast cancer ? A review of recent literature, methodological problems and future directions. *Psycho-Oncology*, 1 (3), 155-167.
- Nag, S., Kuske, R. R., Vicini, F.A., Arthur, D.W., Zwicker, R. D. (2001). Brachytherapy in the treatment of breast cancer. *Oncology*, 15 (2), 195-202.
- Nerenz, D.R., Leventhal, H., Love, R.R. & Ringler, K.E. (1984). Psychological aspects of cancer chemotherapy. *International Review of Applied Psychology*, 33, 521-529.
- Nettles-Carlson, B. (1995). Problems of the Breast. In Fogel, C.I. & Woods, N.F. (Eds), *Women's Health Care: A comprehensive handbook* (673-700). Sage Publications, Inc.
- Nicassio, P.M., Meyerowitz, B.E. & Kerns, R.D. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*, 23 (2), 132-137.
- Nissen, M.J., Swenson, K.K., Ritz, L.J., Farrel, B., Sladek, M.L., Lally, R. (2001). Quality of life after breast carcinoma surgery a comparison of three surgical procedures. *Cancer*, 91 (7), 1238-1246.

- Northouse, L.L., Swain, M.A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 33, 91-95.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editors, Lisboa, Portugal.
- Park, C.L. (1998). Implications of posttraumatic growth for individuals. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (153-177). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Park, C.L., Moore, P.J., Turner, R.A. & Adler, N.E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioural adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 584-592.
- Parker, P.A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E., Wei, Q., & Robb, G. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3078-3089.
- Parkin, D.M. Bray, F., Ferlay, J. & Pisani, P. (2001). Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *International Journal of Cancer*, Oct 15; 94 (2): 153-156.
- Pasacreta, J.V. (1997). Depressive Phenomena, Physical Symptom Distress, and Functional Status Among Women With Breast Cancer. *Nursing Research*, 46 (4), 214-221.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (001), 53-73.
- Patridge, A.H., Avorn, J., Wang, P.S. & Winer, P.S. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal National Cancer Institute*, 94, 652-661.
- Patridge, 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, 602-606.
- Pederson, N.L., Plomin, R., McLearn, G.E., & Friberg, L. (1988). Neuroticism, extraversion and related traits in adult twins reared apart and reared together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 950-957.
- Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 117-130.

- Peterson, C. (1995). Explanatory style and health. In G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (eds.), *Explanatory Style*, (233-246). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55 (1), 44-55.
- Peterson, C. & Bossio, L. (2001). Optimism and Physical Well-Being. In Chang, Edward C. (Ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*, (169-188). American Psychological Association, Washington, DC.
- Peterson, C. & Bossio, L.M., (1991). Health and Optimism. New York: Free Press.
- Peterson, C., Colvin, D. & Lin, E.H. (1992). Explanatory style and helplessness. *Social Behavior and Personality: An international Journal*. 20 (1), 1-14.
- Peterson, C. & De Avila, M. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 128-132.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. & Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. & Friedman, H. S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9 (2), 127-130.
- Petrie, K.J. & Weinman, J.A. (1997). Perceptions of Health and Illness. In Petrie, K.J. & Weinman, J.A. (ed). *Perceptions of Health and Illness*, (1-46). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. & Weinman, J. (2002). Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580-586
- Petrie, K.J., Broadbent, E. & Meechan, G. (2003). Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (Eds). *The self-regulation of health and illness behaviour*, (42-65). Routledge, New York.
- Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 325 (9), 1-10.
- Pinder, K.L., Ramirez, A.J., Black, M.E., Richards, M.A., Gregory W.M., Rubens R.D. (1993). Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: Prevalence and associated factors. *European Journal of Cancer*, 29, 524-527.

- Plomin, R., Sheier, M.F., Bergeman, C.S., Pederson, N.L., Nesselroade, J.R. & McClearn, G.E. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13, 921-930.
- Pretzer, J. & Walsh, C. (2001). Optimism, pessimism, and psychotherapy: implications for clinical practice. In Chang, Edward C. (ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*, (321-346). American Psychological Association, Washington, DC.
- Pruitt, B.T., Waligora-serafin, B., McMahan, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, D.M., Drake, D.A, & Cuellar, D. (1993). Educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62.
- Ramos, A.S. & Patrão, I. (2005). Imagem Corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 295-304.
- Rahman, N. & Stratton, M.R. (1998). The genetics of breast cancer susceptibility. *Annual review of genetics*, 32, 95-121.
- Raikkonen, K., Matthews, K.A., Flory, J.D., & Owens, J.F. (1999). Effects of hostility on ambulatory blood pressure and mood during daily living in healthy adults. *Health Psychology*, 18, 44-53.
- Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2006). The role of personality in cancer onset and survival. In Margaret E. Vollrath (ed.) *Handbook of Personality and Health*, (35-49). John Wiley & Sons, Ltd, England.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Recht, A. (1995). Radiotherapy Techniques. In Hayes, D. M. (Ed). *Atlas of Breast Cancer* (Chapter nine). Published by Mosby-Wolfe.
- Redeker, N.S., Lev, E.L. Ruggiero, J. (2000). Insomnia, Fatigue, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Research and Theory for Nursing Practice*, 14, (4), 275-290.
- Rees, G., Fry, A., Cull, A. & Sutton (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and Health*, 19 (6), 749-765.



- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2007). Depression, quality of life and breast cancer : a review of the literature. *Breast cancer Research and Treatment*, 110(1): 9-17.
- Reynolds, P., Huley, S., Torres, M., Jacson, J., Boyd, P. & Chen, V.W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from black/white cancer survival study. *American Journal of Epidemiology*, 153, 757-763.
- Ricks, D.M.S.(ed) (2005). *Breast Cancer Basics and Beyond*. Alameda CA: Hunter House Publishers
- Risco de morrer em Portugal, 2001. Direcção Geral de Saúde, DSIA. Divisão de Epidemiologia. Lisboa: DGS, 2003.
- Riskind, J.H. Sarampote, C.S., & Mercier, M.A. (1996). For every malady a sovereign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 105-117.
- Rock, C. L., Lampe, J.W. & Patterson, R.E. (2000). Nutrition, Genetics and Risks of Cancer. *Annual Review of Public Health*, 21, 47-64.
- Romero, C, Kalidas, M., Elledge, R. Chang, J. Liscum, K.R. Friedman, L.C. (2005). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioural Medicine*, 29 (1), 29-36.
- Rowland J.H. (1989). Developmental stage and adaptation. In Holland J.C., Rowland J.H. (eds), *Handbook of Psychooncology*, (25-43). New York: Oxford University Press.
- Samsi, M.A., Naus, M.J., Bailey, D.L., & Ruby, G.B.A. (2005). The mediating effects of coping on social support and distress in African American breast cancer survivors. Poster Session in Society of Behavioral Medicine Conference.
- Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24 (4), 272-277.
- Schain, W.S., d 'Angelo, T.M. et al. (1994). Mastectomy versus Conservative surgery and radiation therapy. *Cancer*, 73 (4), 1221-1227.
- Schnitt, S.J. (1995). Pathology of Breast Cancer. In Hayes, D. M. (ed), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter eight). Published by Mosby-Wolfe.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

- Scheier, Weintraub & Carver (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R. A., Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1024-1040.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic: *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. In Chang, Edward C. (ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*, 189-216, American Psychological Association, Washington, DC.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. In Cameron, L. D. & Leventhal H. (Eds). *The self-regulation of health and illness behaviour*, (17-41). Routledge. New York.
- Schover, L.R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal National Cancer Institute*. Monogr. 16, 177-182.
- Schroevers, M., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social science And Medicine*, 63, 598-610.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L. & Karsen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-320.
- Schulman, P., Keith, D. & Seligman, M.E.P. (1993). Is optimism heritable? a study of twins. *Behavior Research and Therapy*, 31, 569-574.

- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M. & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11 (2), 304-309.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tannenbaum, R.L., Alloy, L.B., & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra (ed.), *O stress na vida de todos os dias*, (365-439). Coimbra: Edição do Autor.
- Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Rodrigue, J. R., Urry, H. L., Algina, J.J., Hellman, R., Ewen, F. (1997). Stage II breast cancer: Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (2), 143-157.
- Shapiro, C.L., Recht, A. (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344 (26), 1997-2008.
- Sheldon, K.M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.
- Sheridan, C.L. & Radmacher, S.A. (1992). Cancer and Aids: The dreaded diseases. In Sheridan & Radmacher (Eds), *Health Psychology: Challenging the biomedical Model*, 274-281. John Willey & Sons, inc.
- Shimozuma, K., Ganz, P.A., Petersen, L., & Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56 (1), 45-57.
- Singletary, K.W. & Gapstur, S.M. (2001). Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potencial mechanisms. *JAMA*, 286 (17), 2143-2151.
- Singletary, S.E., Allred, C., Ashley, P., Basset, L.W., Berry, D., Bland, K.I., Borgen, P. I., Clark, G.I., Edge, S.B., Hayes, D.F., Hughes, L.L., Hutter, R.V.P., Morrow, M., Page, D.L., Recht, A., Theriault, R.L., Thor, A., Weaver, D.L., Wieand, H.S. & Greene, F.L. (2003). Staging system for breast cancer: revisions for the

- 6<sup>th</sup> edition of *AJCC Cancer Staging Manual. Surgical Clinics of North America*. 83, 803-819.
- Sinsheimer, L.M. & Holland, J.C. (1987). Psychological Issues in Breast Cancer. *Seminars in Oncology*, 14 (1), 75-82.
- Smith-Warner, S.A. et al. (1998). Alcohol and Breast Cancer in Women: A Pooled Analysis of Cohort Studies. *Journal of the American Medical Association*, 279, 535-540.
- Smith, D., Lester, S.C. & Meyer, J. E. (1999). Large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1638-1641.
- Smith, A.B., Selby, P.J., Velikova, G., Stark, D., Wright, E. P., Gould, A., Cull, A. (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and depression Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75 (2) 165-176.
- Snyder, C.R. & McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams: “if you build it, they will come...” *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 151-160.
- Spencer, S.M., Lehman, J.M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C.S., Antoni, M.H., Derhagopian, R. P. and Ironson, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18 (2), 159-168.
- Spiegel, D. (1992). Effects of psychosocial support on patients with metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10829, 113-120.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal Psychiatry*, Suppl., 30, 109-116.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, ii, 888-891.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., Pierce, I., Flynn, P., Heard, L., & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8, 482-493.
- Stanton, A. L. & Snider, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis : A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S. B., & Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit-finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160-4168.
- Stanton, A. L. & Dunkel-Schetter, C. (1991). *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- Stanton, A. L., Estes, M.A., Estes, N.C., Cameron, C.L., Danoff-Burg, S. and Irving, L. M. (1998). Treatment decision-making and adjustment to breast cancer: a longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66 (2), 313-322.
- Stomper, P.C. (1995). Mammography. In Hayes, D. M. (Ed), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter four). Published by Mosby-Wolfe.
- Tabar, L., Vitak, B., Chen, H.H., Yen, M. F., Duffy, S.W., Smith, R. A. (2001). Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer*, 91 (9), 1724-1731.
- Tannock, I. F., et al. (2004). Cognitive Impairment Associated with Chemotherapy for Cancer: report of a Workshop. *Journal of Clinical Oncology*, 22, (11), 2233-2239.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1990). Health Psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45 (1), 40-50.
- Taylor, S.E. Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and breast cancer patients. *Health Psychology*, 46, 489-502.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V., Bluming A.Z., Dosik G. M., Leibowitz, R.L. (1985). Illness related and treatment related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer*, 55, 2506-2513.
- Taylor, S.E., Pham, L.B., Rivkin, I.D. & Armor, D.A. (1998). Harnessing the imagination: mental simulation, self-regulation, and coping. *American Psychologist*, 53, 429-439.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high risk sexual behaviour among men at risk for Acquired Immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.

- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L. & Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic growth: conceptual issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (1-22). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Telch, C.F., & Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.
- Tennen, H. & Affleck, G. (2005). Benefit-Finding and Benefit-Reminding. In C. R. Snyder & Lopez, S. J. (eds.). *Handbook of Positive Psychology* (584-597). New York: Oxford University Press.
- Tomatis, L. (ed), (1990). *Cancer: causes, Occurrence and control*. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. IARC Scientific Publications No. 100: Lyon.
- Tomakowsky, J., Lumley, M.A., Markowitz, N., Frank. C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 51 (4), 577-587.
- Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Trill (2001). La formación en Psico-Oncologia. In Dias, M. R. & Durá, E. (Eds). *Territórios da Psicologia Oncológica* (381-398). Climepsi Editores, Lisboa.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S. & Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20 (2), 175-192.
- Yeatman, T.J., & Bland, K.I. (1991). Staging of breast cancer. In K. I. Bland & E. M. Copeland III (Eds.), *The breast: Comprehensive management of benign and malignant diseases* (313-330). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Yunes, M.A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yurek, D., Ferrar, W., Andersen, B.L. (2000). Breast Cancer Surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative

- sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (4), 697-709.
- Van Dam, F.S. et al. (1998). Impairment of Cognitive Function in Women Receiving Adjuvant Treatment for High-Risk Breast Cancer: High-Dose vs Standard-Dose Chemotherapy. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 210-218.
- Van der Pompe, G., Antoni, M., Visser, A, Garssen, B., (1996). Adjustment to breast cancer: The psychobiological effects of psychosocial interventions. *Patient Education and Counseling*, 28, 209-219.
- Van Noorden, C.J.F., Meade-Tollin, L. C. & Bosnan, F. (1998). "Metastasis". *The American Scientist*, 86 (2): 13.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*. 3 (XXV), 479-488.
- Vedhara, K., Bennett, P., Brooks, E. Gale, L., Munnoch, K., Schreiber-Koutine, C., Fowler, C., Sammom, A., Rayter, Z., & Farndon, J. (2001). Risk factors for psychological morbidity in women attending a one-stop diagnostic clinic with suspected breast disease. *Psychology and Health*, 16, 179-190.
- Vicini, F., Baglan, K., Kestin, L., Chen, P., Edmundson, G., Martinez, A. (2002). The emerging role of brachytherapy in the management of patients with breast cancer. *Seminars Radiation Oncology*, 12 (1), 9-31.
- Vinokur, A.D., Threatt B.A., Caplan, R.D. & Zimmerman B.L. (1989). Physical and Psychosocial Functioning and Adjustment to Breast Cancer. *Cancer*, 63, 394-405.
- Vos, P.J., Garssen, B., Visser, A.P., Duivenvoorden, H.J. & Haes, H., C.J.M. (2004). Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer : a comparison between participants and non-participants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 276-285.
- Wang, X., Cosby, L.G., Harris, M.G. & Liu, T. (1999). Major concerns and needs of breast cancer patients. *Cancer Nursing*. 22 (2), 157-163.
- Washbrook, E. (2006). Risk factors and epidemiology of breast cancer. *Women's Health Medicine*, 3 (1), 8-14.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, C., Burgess, C., Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

- Watson, M.; Greer, S.; Rowden, L.; Gorman, C.; Robertson, B.; Bliss, J. m. & Tunnore, R. (1991). Relationships between emotional control adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, M.; Haviland, J.S.; Greer, S.; Davidson, J.; Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival breast cancer : a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, October 16, 1331-1336.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J. & Bliss, J.M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10 year follow-up of a population-based cohort study. *European Journal of Cancer*, 41, 1710-1714.
- Wefel, J.S., Lenzi, R., Theriault, R., Buzdar, A.U., Cruickshank, S. & Meyers, C.A. (2004). Chemobrain in Breast Carcinoma? American Cancer Society, Published online 21 June 2004 in Wiley InterScience. 466-475.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-445.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.
- Willett, W. (1989). The search for the causes of breast and colon cancer. *Nature*, 338, 389-394.
- Winemiller, D.R., Mitchell, M.E., Sutliff, J., Celine, D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (5): 638-648.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland.
- Wortman, C.B., Silver, R.C. & Kessler, R.C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. In M. S. Strobe, W. Strobe, & R. O. Hansson (eds.), *Bereavement: A sourcebook of research and intervention* (349-366). London: Cambridge University Press.
- Yeatman, T. J., & Bland, K. I. (1991). Staging of breast cancer. In K. I. Bland & E. M. Copeland III (Eds.), *The breast: Comprehensive management of benign and malignant diseases* (313-330). Philadelphia: W.B. Saunders.



- Yunes, M.A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yurek, D., Ferrar, W., Andersen, B.L. (2000). Breast Cancer Surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 697-709.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatria Scand*, 67, 361-370.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of Personality*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (1993). Personality from de top (traits) to bottom (genetics) with stops at each level between. In J. Hettema & I. J. Deary (eds.). *Foundations of Personality*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Zuckerman, M. (2001). Optimism and Pessimism: Biological Foundations. In Chang, Edward C. (ed). *Optimism & Pessimism implications for Theory, Research, and Practice*, (169-188). American Psychological Association, Washington, DC.

**ANEXOS**

---



## Consentimento

O presente estudo de investigação que tem por objectivo perceber a forma como as mulheres portuguesas reagem à sua doença, como lidam com esta, e de como estes factores influenciam o ajustamento à própria doença.

Para atender a este objectivo, é necessário a realização de várias entrevistas, em vários momentos diferentes do processo de doença. Nestas entrevistas serão colocadas questões relacionadas com a forma como se sente e sobre como está a lidar com a doença. Será igualmente necessário consultar alguns dados do seu processo médico.

Todos os dados obtidos quer através da consulta ao seu processo médico quer através das entrevistas são totalmente confidenciais, ou seja, será respeitada a sua privacidade e dignidade. Em nenhum momento será revelado algum dado que a possa identificar.

Após ter sido explicado verbalmente e em detalhe os aspectos aqui mencionados, solicitamos o seu consentimento por escrito para formalizar a sua participação nesta investigação.

Assinatura paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura investigador: \_\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Local administração questionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Processo: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Solteira	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>
Separada	<input type="checkbox"/>
Viúva	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>

**Escolaridade:**

Ensino básico incompleto	<input type="checkbox"/>
Ensino básico (6ºano)	<input type="checkbox"/>
Ensino preparatório (9º ano)	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12º ano)	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>

**Área de Residência:** Rural  Urbana

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Empregada:**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Estatuto de emprego:**

Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Trabalho tempo inteiro	<input type="checkbox"/>
Trabalho tempo parcial	<input type="checkbox"/>

**Tratamento actual:** \_\_\_\_\_

**Tratamento anterior:** Não se aplica

Radioterapia   
Quimioterapia

Data da cirurgia: \_\_\_\_\_

Tipo de cirurgia: \_\_\_\_\_

Estádio da doença na altura do diagnóstico:

Estádio I	<input type="checkbox"/>
Estádio IIA	<input type="checkbox"/>
Estádio IIB	<input type="checkbox"/>
Estádio IIIA	<input type="checkbox"/>
Estádio IIIB	<input type="checkbox"/>
Estádio IIIC	<input type="checkbox"/>
Estádio IV	<input type="checkbox"/>

Estatuto dos nódulos linfáticos na altura do diagnóstico:

Positivo	<input type="checkbox"/>
Negativo	<input type="checkbox"/>

Fase da menopausa:

Pré-menopausa	<input type="checkbox"/>
Menopausa	<input type="checkbox"/>
Pós-menopausa	<input type="checkbox"/>

Utilização de medicação hormonal:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

## **LOT - R**

(LOT-R, Scheier et al., 1994, adaptação de Fernandes & McIntyre, 2005)

## **IPQ-Breve**

(Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; versão portuguesa de McIntyre & Trovisqueira, 2007).



## **Mini-Mac**

(Watson et al. 1988, 1989; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003)

## **BFS**

(Antoni, M. H., et al; 2001, adaptação de Fernandes & McIntyre 2005)

## **HADS**

(Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de McIntyre, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999).

# **SIP**

(Bergner et al., 1981; Versão portuguesa de McIntyre, McIntyre & Soares, 2000)