

**Imagem Corporal e Suporte Social: Um Estudo com
Mulheres Sobreviventes ao Cancro da Mama**

Marta Maria Ferreira Espiridião de Sousa

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Co-Orientador de Dissertação:

Dra. Inês Alvarez

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Clínica

2011

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006, publicado em Diário da República, 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos:

Aos meus pais, pelo amor, compreensão, dedicação e apoio incansáveis. Sem eles tudo seria bem diferente.

Aos meus irmãos, pela força e presença constantes.

À Ana e à Inês, pelo apoio, carinho e amizade. Sempre presentes, a qualquer dia e hora, enchem-me a alma e o coração.

Ao Luís, por todo o carinho e dedicação, por tornar a minha vida mais cheia e feliz. Exemplo de força, trabalho e empenho, companheiro de todas as horas.

À May, amiga do oriente, pela sua simplicidade, pureza de espírito e alegria, que tanto me inspiram.

Aos amigos de longa data, Catarina, Ricardo e Marco, que me incentivaram e ajudaram e com quem tanto aprendi.

À Joana, amiga e companheira de curso, sempre disponível e pronta a ajudar. Pela força e apoio imprescindíveis nos momentos mais decisivos.

À Dra. Paula Trigo da Roza, que me acompanha à tantos anos na descoberta de mim própria, no meu crescimento e desenvolvimento.

À Professora Doutora Isabel Leal, pela orientação prestada.

À Dra. Inês Alvarez, pela orientação, apoio, estímulo, paciência e disponibilidade, indispensáveis à realização deste trabalho.

A todas as mulheres que se disponibilizaram para participar neste estudo, sem as quais seria impossível realizá-lo.

A todos, sem exceção, o meu sincero obrigado.

RESUMO

O impacto do cancro da mama na imagem corporal de mulheres atingidas por esta doença, bem como a importância do suporte social no ajustamento psicológico e recuperação da mesma, têm sido extensamente demonstrados. Contudo, são poucos os estudos que incidem sobre estas variáveis, na população de sobreviventes. O presente estudo visa avaliar a qualidade do suporte social e da imagem corporal, bem como indagar relação entre estas duas variáveis, em mulheres sobreviventes. O suporte social percebido e a percepção da imagem corporal foram avaliados em 50 mulheres sobreviventes ao cancro da mama, pertencentes ao universo português, utilizando-se a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o meu Corpo”, como instrumentos de medida. Os resultados obtidos demonstraram que as mulheres amostradas se encontram satisfeitas com o suporte social recebido ($M= 56.48$; $SD= 11.158$) e que não revelam problemas ao nível da imagem corporal ($M= 25.70$; $SD= 6.504$). Não foi verificada uma correlação significativa entre o suporte social e a imagem corporal ($r= 0.174$; $p= 0.226$). Estes resultados vêm contribuir para a extensão do conhecimento no âmbito da sobrevivência ao cancro da mama. Estudos futuros de carácter longitudinal e com um maior número de participantes, revelam-se fundamentais. É indispensável o investimento em estratégias de intervenção no sentido de melhorar a eficácia do suporte social dispensado e de ajudar no ajustamento e aceitação da nova imagem corporal, de modo a incrementar a sobrevivência e a beneficiar a qualidade de vida das sobreviventes.

Palavras-chave: *suporte social percebido; imagem corporal; sobreviventes ao cancro da mama.*

ABSTRACT

The impact of breast cancer on women's body image and the importance of social support on the psychological adjustment and recuperation from their illness, has been extensively demonstrated. However, there are few studies considering these variables on breast cancer survivors. The aim of this study was to assess the quality of social support and body image, as well as investigate the relation between these two variables, in breast cancer survivors. Perceived social support and perception of body image were assessed in 50 Portuguese breast cancer survivors, using the Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) and the Escala de Imagem Corporal "Como me Relaciono com o meu Corpo", as measurement instruments. The results indicate that sampled women are satisfied with the received social support ($M= 56.48$; $SD= 11.158$) and show no problems regarding their body image ($M= 25.70$; $SD= 6.504$). No significant correlation was found between social support and body image ($r= 0.174$; $p= 0.226$). These results may contribute to expand the knowledge on breast cancer survival. Future longitudinal studies comprising a larger number of participants, are fundamental. It is essential to invest in intervention strategies that improve the effectiveness of provided social support and that help the adjustment and acceptance of the new body image, in order to increase breast cancer survival and benefit survivors' quality of life.

Keywords: *perceived social support; body image; breast cancer survivors.*

ÍNDICE

Introdução	7
Objectivos	13
Questões de Investigação	13
Método	14
Participantes	14
Procedimento	14
Instrumentos	15
Resultados	17
Tabela 1 – Caracterização da amostra: Análise descritiva dos dados sócio-demográficos	18
Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis suporte social (ESSS) e imagem corporal (EIC)	19
Tabela 3 – Correlações entre as sub-escalas e as escalas totais do suporte social (ESSS) e da imagem corporal (EIC)	20
Discussão	21
Conclusão	25
Referências Bibliográficas	27
Anexos	34
Anexo I – Protocolo de investigação	35
Anexo II – Tratamento estatístico dos dados recolhidos	40

INTRODUÇÃO

O cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente entre as mulheres, apresentando uma estimativa de 1,38 milhões de novos casos diagnosticados em todo o mundo, em 2008. É o segundo tipo de cancro mais frequente relativamente à doença oncológica em geral. Em Portugal, é também o tipo de cancro com maior incidência (5333 casos correspondendo a 27,7%) e a segunda causa de morte por cancro mais frequente (1537 mortes equivalendo a 15,9%), entre as mulheres (Globocan – IARC, 2008).

A investigação que incide sobre a sobrevivência ao cancro indica que a maioria das pessoas experiencia poucos problemas associados à doença e seus tratamentos, cinco ou mais anos após o diagnóstico (Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Foster, Wright, Hill, Hopkinson, & Roffe, 2009). No entanto, 20-30% dos sobreviventes referem consistentemente constrangimentos, tais como, problemas físicos, qualidade de vida mais pobre, mal-estar psicológico, problemas sexuais, problemas nos relacionamentos sociais e preocupações financeiras (Foster, Wright, Hill, Hopkinson, & Roffe, 2009).

Na transição de ‘paciente’ de cancro da mama para ‘sobrevivente’, verifica-se que apesar de serem reconhecidas mudanças de vida positivas resultantes da experiência oncológica, o medo persistente de recorrência, períodos de mal-estar psicológico, sentimentos de perda, abandono e isolamento e dificuldade em regressar à “vida normal”, predominam após a conclusão do tratamento (Allen, Savadatti, & Levy, 2009; Beatty, Oxlad, Koczwara, & Wade, 2008). A qualidade de vida das sobreviventes parece estar associada a vários factores, tais como: suporte social, incerteza, idade, tipo de tratamento cirúrgico, funcionamento físico, sexual e cognitivo, imagem corporal, coping e ansiedade (Gordon & Siminoff, 2010; Sammarco, 2009). Dificuldades severas de reabilitação podem persistir para além de um ano após o tratamento, sendo frequentemente relatados problemas específicos relacionados com actividades físicas e recreativas, imagem corporal, função sexual e relutância em conhecer e sair com novas pessoas, no caso das mulheres solteiras (Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Petersen, 1996).

O seio possui uma conotação social de feminilidade, maternidade e sexualidade (Khan, Sehgal, Mitra, Agarwal, Lal, & Malik, 2000). A maioria dos procedimentos cirúrgicos no tratamento do cancro da mama são invasivos, causando deformações no seio ou completa remoção de um ou ambos os seios. Os efeitos de tais procedimentos podem influenciar diversas áreas do funcionamento psicossocial de uma mulher, incluindo a sua identidade, confiança, humor, auto-estima, sexualidade, auto-satisfação e qualidade de vida (Helms, O’Hea, & Corso, 2008).

A imagem corporal é frequentemente pensada em termos de aparência física, contudo, existe também uma concepção de imagem corporal que engloba a integridade, a completude e o funcionamento dito normal (Carver et al., 1998). Segundo Hopwood (1993), a imagem corporal encontra-se intimamente ligada ao auto-conceito, à atractividade, auto-confiança, sexualidade e auto-estima. Beatty, Oxlad, Koczwara e Wade (2008), num estudo com mulheres australianas recentemente diagnosticadas com cancro da mama, constataram que a maioria das participantes referia que a doença teria ameaçado alguns aspectos da sua imagem corporal, relatando sentimentos de menor atractividade, sentimentos de perda relativamente aos seus seios, sentimentos de assimetria, e incapacidade de lidar com a mudança de peso e com a queda de cabelo.

De um modo geral, as mulheres preocupam-se com a sua aparência, com o seu peso e com o seu corpo. Tais preocupações pré-mórbidas, encontram-se, extremamente enraizadas, podendo contribuir para o sofrimento psicológico, das mulheres em tratamento para o cancro da mama (Helms, O’Hea, & Corso, 2008). A investigação tem demonstrado que quanto maior a importância atribuída à imagem corporal e à aparência, maior a probabilidade das mulheres experienciarem dificuldades no ajustamento ao cancro da mama e a todas as mudanças corporais associadas à doença e ao seu tratamento (e.g. Lichtenthal, Cruess, Clark, & Ming, 2005; Carver et al., 1998).

Alguns estudos sugerem que o constructo “investimento corporal” pode ser uma variável importante, funcionando como moderador entre as mudanças corporais inerentes ao cancro da mama (Helms, O’Hea, & Corso, 2008). Carver e colaboradores (1998) investigaram dois tipos de preocupações relacionados com a imagem corporal (preocupação com a aparência e preocupação com a integridade corporal) como preditores de vários índices de ajustamento, ao longo do primeiro ano pós-cirurgia. Os investigadores verificaram que o investimento inicial (pré-cirurgia) na aparência se encontrava relacionado com o sofrimento psicológico, ao longo do primeiro ano pós-cirurgia. Em contraste, o investimento na aparência tornava as mulheres mais resilientes à deterioração da sua percepção acerca da atractividade. A preocupação com a integridade corporal, não sendo um forte preditor de mal-estar psicológico, apresentava impacto adverso nas actividades sociais e recreativas (no período de *follow-up*), com a deterioração dos sentimentos de desejabilidade sexual e com sentimentos de alienação de si próprias.

Num estudo mais recente que avaliava os dois aspectos do investimento corporal acima referidos, Petronis, Carver, Antoni e Weiss (2003), constataram que, contrariamente a investigações anteriores, a preocupação com a aparência não se relacionava com um elevado sofrimento psicológico. No entanto, a preocupação com a integridade corporal associava-se a um

elevado sofrimento psicológico, à disrupção social, a vários índices de disrupção psicosexual e a preocupações com potenciais efeitos adversos futuros, resultantes do tratamento.

As cirurgias de tipo radical constituem uma ameaça à integridade corporal e à satisfação do paciente com o seu corpo (Hopwood, 1993). Moreira, Silva, Marques e Canavarro (2009), constaram que mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama obtinham pontuações mais elevadas na escala de imagem corporal do que aquelas que haviam efectuado uma mastectomia radical. Estes resultados corroboram os dados apresentados na maioria das investigações (Bloom, Kang, Petersen, & Stewart, 2007; Mock, 1993; Shoma et al., 2007; Zanapalioglu, Atahan, Gür, Çökmez, & Tarcan, 2009). Segundo Mock (1993), muitas mulheres ainda estão em adaptação à imagem corporal alterada, até um ano após a cirurgia. Sentimentos de menor atractividade sexual e física, de vergonha relativamente ao seu corpo e de menor feminilidade são predominantemente relatados (Fobair, Stewart, Chang, D'Onofrio, Banks, & Bloom, 2006; McPhail & Wilson, 2000; Raupach & Hiller, 2002; Schultz, Klein, Beck, Stava, & Sellin, 2005; Sheehan, Sherman, Lam, & Boyages, 2008). Contrariamente à maioria dos estudos, Medina-Franco e colaboradores (2010), não detectaram diferenças significativas na escala de imagem corporal no que respeita ao tipo de cirurgia, sugerindo que o diagnóstico de cancro (tumor benigno vs tumor maligno) possui um maior impacto na percepção da imagem corporal, do que o tipo de cirurgia.

Existem poucos estudos sobre a percepção da imagem corporal na população de sobreviventes ao cancro da mama e as evidências revelam fraca consistência. Se certas investigações atestam que as sobreviventes apresentam *scores* de imagem corporal inferiores, comparativamente às mulheres sem cancro da mama (Ahn et al., 2009; DeFrank, Bahn Mehta, Stein, & Baker, 2007; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Petersen, 1996), outras revelam não existir diferenças significativas entre os dois grupos (Cohen, Abdallah Mabbjish, & Zidan, 2011). Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså e Dahl (2010), num estudo com 248 sobreviventes ao cancro da mama, avaliadas em 2004 e 2007, constaram que a diferença entre a percepção da imagem corporal das sobreviventes e a do grupo de controlo (mulheres sem cancro da mama), era muito reduzida. Verificaram ainda que os resultados da imagem corporal eram relativamente estáveis ao longo do tempo e que a classificação da imagem corporal antecedente era um forte preditor desta classificação, no período de *follow-up*.

Uma pior percepção da imagem corporal nas sobreviventes parece estar associada a múltiplos factores, tais como, saúde física e mental mais pobre (maior mal-estar psicológico, ansiedade e depressão), qualidade de vida diminuída, tipos de cirurgia e radioterapia, níveis de suporte social percebido inferiores e disfunções sexuais (Cohen, Abdallah Mabbjish, & Zidan,

2011; DeFrank, Bahn Mehta, Stein, & Baker, 2007; Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså, & Dahl, 2010).

Outra dimensão que se revela determinante para a qualidade de vida das sobreviventes do cancro da mama é o suporte social percebido. A investigação acerca da importância das redes sociais e do suporte social percebido no âmbito do cancro da mama, é vasta e fundamental, uma vez que estes factores têm demonstrado potenciar a recuperação das pacientes, melhorar a sua saúde em geral e a qualidade de vida (Michael, Berkman, Colditz, Holmes, & Kawachi, 2002; Jackson et al., 2007). Após o diagnóstico de uma doença potencialmente letal as pessoas recorrem frequentemente aos cuidadores, família e amigos, activando as suas fontes de suporte social ou desenvolvendo novas fontes de suporte (Coughlin, 2008).

No caso do cancro da mama, os estudos evidenciam que a presença de suporte social, no momento do diagnóstico e ao longo do desenvolvimento da doença, é considerado pelas mulheres como uma necessidade (Lindop & Cannon, 2001). Porém, tanto a presença como a qualidade percebida desse suporte parecem sofrer alterações negativas ao longo do tempo (Allen, Savadatti, & Levy, 2009; Beatty, Oxlad, Koczwara, & Wade, 2008; Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004). Arora, Rutten, Gustafson, Moser, e Hawkins (2007), numa investigação com 246 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, verificaram que as pacientes recebiam altos níveis de suporte útil no período mais próximo ao diagnóstico, contudo, esse suporte decrescia com o passar do tempo. Este decréscimo encontrava-se relacionado com uma redução na disponibilidade de suporte necessário, bem como, com uma redução na qualidade de suporte percebido, quando disponibilizado.

Podem distinguir-se diferentes tipos de suporte social, tais como suporte emocional, que envolve escutar empaticamente e confortar; suporte prático, associado à realização de tarefas e ao transporte do paciente ao hospital (Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2005/2006); e suporte informacional, que se refere à informação fornecida acerca da doença, dos tratamentos e dos procedimentos a tomar (Arora, Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007). No mesmo sentido, os vários membros das redes sociais das pacientes desempenham papéis distintos, representando diferentes fontes de suporte social. Os membros da família, parentes e amigos tendem a fornecer mais suporte emocional e prático, enquanto os médicos, enfermeiras e técnicos de saúde providenciam predominantemente suporte informacional (Arora, Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2005/2006; Lien, Lin, Kuo, & Chen, 2009).

Apesar de todos os tipos de suporte atrás referidos serem benéficos, os pacientes de cancro tendem a classificar o suporte emocional como o tipo de suporte social mais útil,

providenciado pelos membros da família e amigos (Helgeson & Cohen, 1996). Ozkan e Ogce (2008), num estudo com pacientes de cancro da mama, concluíram que o suporte fornecido pelos amigos afecta significativamente o estado funcional geral e social, bem como, as actividades comunitárias. Observaram que o aumento de suporte social, em particular por parte dos amigos, fomenta um maior envolvimento nas actividades sociais e comunitárias, assim como, o aumento de suporte social geral é directamente proporcional ao aumento nas actividades ocupacionais.

De facto, o suporte emocional tem demonstrado ser um preditor de sobrevivência entre mulheres com cancro da mama (Alferi, Carver, Antoni, Weiss, & Duran, 2001; Arora, Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Reynolds, Hurley, Torres, Jackson, Boyd, & Chen, 2000). Num estudo com 2835 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, e Kawachi (2006) constataram que mulheres socialmente isoladas (i.e., ausência de amigos, filhos e parentes próximos) revelavam um elevado risco de mortalidade após o diagnóstico de cancro da mama.

A investigação acerca da relação entre imagem corporal e suporte social é escassa, no entanto, existem algumas evidências que permitem associar estes dois constructos. Nomeadamente no diz respeito ao impacto que as relações íntimas têm na qualidade de vida global das mulheres. Wimberly, Carver, Laurenceu, Harris e Antoni (2005), num estudo com 170 mulheres com cancro da mama, verificaram que as impressões das mulheres acerca do envolvimento emocional dos seus parceiros, após a mastectomia, predizem o seu ajustamento sexual, conjugal e emocional, ao longo do ano seguinte. No mesmo sentido, Wai Ming (2002) verificou que, para casais que se encontram a lidar com o cancro da mama, a avaliação do marido acerca da aparência física da sua mulher era um melhor preditor da sua satisfação marital do que a própria percepção da mulher relativamente à sua imagem corporal. Schultz, Klein, Beck, Stava e Sellin, (2005), num estudo com 291 sobreviventes ao cancro da mama, verificaram que quase 50% das participantes experienciaram melhorias nas suas relações familiares e cerca de 30% relatavam prejuízo nas suas relações de intimidade.

A relação entre a imagem corporal e a sexualidade é frequentemente abordada na problemática do cancro da mama. Parece existir uma correlação positiva entre a imagem corporal e a satisfação sexual, verificando-se que com o aumento das problemáticas relativas à imagem corporal aumenta, também, a insatisfação sexual (e.g. Ramos & Patrão, 2005; Speer et al., 2005). Contudo, existem indícios de que esta correlação esteja associada à qualidade do relacionamento conjugal, ou seja, ao melhorar a qualidade diminui a insatisfação sexual (Ramos & Patrão, 2005). Estes dados apontam para um maior impacto da percepção imagem corporal, na dimensão “Intimidade” do suporte social percebido.

Por outro lado, existe um outro factor de influência, o estado emocional, mulheres mais deprimidas tendem a perceber a sua imagem corporal como mais negativa (Speer et al., 2005) e revelam-se mais insatisfeitas relativamente às suas necessidades (Hodgkinson, Burrow, Hunt, Pendlebury, Hobbs, & Wain, 2007). Wimberly, Carver e Antoni (2008) constataram que mulheres mais optimistas experienciavam um maior bem-estar psicossocial (i.e., sentir-se mais feminina, atraente e sexualmente desejável), em parte porque se percecionavam como tendo mais suporte social disponível. Verifica-se que tanto questões relacionadas com o tratamento (tipo de cirurgia, aumento ou perda de peso, perda de cabelo), como questões pessoais (auto-estima, saúde mental e relação com os seus companheiros), são preditores de problemas com a imagem corporal e sexuais, após o tratamento do cancro da mama (Fobair, Stewart, Chang, D’Onofrio, Banks, & Bloom, 2006).

Vários estudos com pacientes de cancro têm demonstrado que a taxa de sobrevivência à doença é superior para pessoas casadas, comparativamente àquelas que nunca o foram (Goodwin, Hunt, Key, & Samet, 1987; Kravdal, 2001). No caso do cancro da mama, Osborne, Ostir, Du, Peek, & Goodwin (2005) verificaram que as mulheres não casadas têm uma maior probabilidade de serem diagnosticadas com estados de cancro mais avançados e uma menor probabilidade de receberem tratamento. As participantes não casadas revelavam ainda um risco significativamente acrescido de morte devido à doença.

O estado civil parece afectar tanto o suporte social percebido como a percepção da imagem corporal, em mulheres com cancro da mama. As mulheres casadas revelam níveis de suporte social percebido mais elevados e uma percepção da imagem corporal mais positiva, comparativamente às solteiras, divorciadas ou viúvas (Lien, Lin, Kuo, & Chen, 2009; Manos, Sebastián, Bueno, Mateos, & Torre 2005).

Após a revisão de literatura disponível, foi possível detectar uma falta de estudos que incidam sobre a relação entre a imagem corporal e o suporte social percebido, em particular na população de mulheres sobreviventes ao cancro da mama. Por este motivo, parece relevante investigar mais profundamente a relação entre os dois constructos, bem como, o modo como se influenciam.

OBJECTIVOS

Tendo por base a revisão de literatura efectuada estabeleceram-se os seguintes objectivos:

- Avaliar a qualidade da imagem corporal e do suporte social percebido nas mulheres sobreviventes ao cancro da mama.
- Aferir a influência do suporte social percebido na imagem corporal de mulheres sobreviventes ao cancro da mama.
- Apreciar a influência da percepção da imagem corporal no suporte social percebido das sobreviventes ao cancro da mama.
- Identificar a relação das variáveis demográficas tanto com a imagem corporal, como com o suporte social percebido das sobreviventes.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Qual a qualidade da imagem corporal nas mulheres sobreviventes ao cancro da mama?
- Qual a qualidade do suporte social percebido nas sobreviventes ao cancro da mama?
- Existirá uma correlação entre a percepção da imagem corporal e o suporte social percebido nas mulheres sobreviventes ao cancro da mama?
- Qual o impacto das variáveis demográficas (idade, raça, estado civil, número de Filhos, Escolaridade, Profissão, Situação Laboral, Ano do 1º Diagnóstico de Cancro da Mama, Data de Alta Médica e Tratamentos Efectuados) na avaliação da imagem corporal e do suporte social percebido nas sobreviventes ao cancro da mama?

MÉTODO

O desenho de investigação utilizado neste estudo pode ser definido como quantitativo e correlacional. O estudo foi realizado com 50 mulheres sobreviventes ao cancro da mama, avaliando-se a sua percepção da imagem corporal, o suporte social percebido e as variáveis sócio-demográficas (idade, raça, estatuto conjugal, educacional e ocupacional, tipologia familiar, tratamentos efectuados, ano do primeiro diagnóstico de cancro da mama e tempo decorrido após os tratamentos). Pretendeu-se investigar a influência do suporte social percebido na percepção da imagem corporal das sobreviventes (e vice-versa), bem como, o impacto das variáveis sócio-demográficas na imagem corporal e no suporte social percebido.

Participantes

A amostra deste estudo foi extraída do universo português, sendo constituída 50 mulheres sobreviventes ao cancro da mama. A amostra foi obtida através de um processo de amostragem não probabilístico, intencional, tipo *snowball* (bola de neve), dado que foi seleccionado um grupo inicial de mulheres sobreviventes ao cancro da mama e a esse grupo foi pedido que indicasse outros indivíduos pertencentes à mesma população. Deste modo, a amostra foi crescendo à medida que novos indivíduos foram sendo indicados.

Procedimento

As participantes do presente estudo foram abordadas com o máximo de sensibilidade, tendo-lhes sido explicado o objectivo da investigação e solicitada a sua colaboração voluntária, mediante um protocolo de consentimento informado. As participantes foram asseguradas do anonimato e da confidencialidade da informação recolhida. A recolha de dados foi efectuada tanto presencialmente, como através da *internet*. A recolha presencial ocorreu em data, local e horário determinado pelas participantes, de acordo com a sua disponibilidade e conveniência. Na recolha via *internet*, o protocolo de investigação foi enviado por *email*, possibilitando o preenchimento *online*, de modo a aceder a um maior número de participantes.

Procedeu-se à recolha de dados através do referido protocolo (ver Anexo I), sendo este constituído por itens relativos a variáveis de caracterização da amostra (Idade, Raça, Estado Civil, Número de Filhos, Escolaridade, Profissão, Situação Laboral, Ano do 1º Diagnóstico de Cancro da Mama, Data de Alta Médica e Tratamentos Efectuados), uma escala para a avaliação da

imagem corporal, a Escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o meu Corpo”, adaptada por Palhinhas, Tapadinhas e Ribeiro, em 1999, com base na *Body Image Scale*, de Hopwood (1993), e validada por Tapadinhas, Palhinhas e Gouveia, em 2006 e uma escala para determinar o suporte social percebido, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), criada por Ribeiro, em 1999. As instruções dadas foram ao encontro do pedido do auto-preenchimento do protocolo, de forma individual, com o máximo de sinceridade possível e sem qualquer limite de tempo. No final, agradeceu-se a colaboração das participantes e alertou-se para o facto de que se demonstrassem interesse, ser-lhes-ia facultado o acesso aos resultados e conclusões finais da investigação.

Por fim, procedeu-se à cotação das escalas, bem como ao tratamento estatístico dos dados os dados recolhidos (ver Anexo II), realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 19).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram seleccionados em função das suas boas propriedades psicométricas, da frequência de utilização em estudos empíricos e da sua adequação aos objectivos do estudo. O protocolo utilizado continha um questionário inicial destinado à caracterização da amostra. Foram ainda aplicadas a Escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o meu Corpo” (Palhinhas, Tapadinhas, & Ribeiro, 1999, citado por Tapadinhas, Palhinhas, & Gouveia, 2006) para a apreciação da imagem corporal e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS, Ribeiro, 1999), para a avaliação do suporte social percebido. Todos os instrumentos são de auto-preenchimento.

a) Questionário de Caracterização da Amostra

Questionário que inclui itens relativos a: variáveis demográficas (idade, raça, tipologia familiar, habilitações literárias e estatuto ocupacional) e variáveis relacionadas com a doença (datas do primeiro diagnóstico e da alta médica e tipos de tratamento efectuados).

b) Escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o meu Corpo”

Escala composta por 14 itens divididos em duas dimensões: 7 itens correspondentes à avaliação do corpo pré-mórbido (i.e., valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não) e 7 itens para a avaliação do corpo mórbido (i.e., valor atribuído ao corpo doente). Foi adaptada por Palhinhas, Tapadinhas e Ribeiro, em 1999, com base na *Body Image Scale (BIS)* de Hopwood

(1993) e validada por Tapadinhas, Palhinhas e Gouveia, em 2006, com o objectivo de avaliar a imagem corporal em mulheres com cancro da mama. Pode ser utilizada como uma escala específica de avaliação de imagem corporal em mulheres que se deparam com uma situação de doença aguda ou crónica, em que ocorre a amputação de uma parte do corpo (Tapadinhas, Palhinhas, & Gouveia, 2006). O formato de resposta é de tipo *Likert*, numa escala de três pontos que variam entre: “Não Concordo”, “Concordo Pouco”, “Concordo Moderadamente” e “Concordo Bastante”; correspondendo às pontuações zero, um dois e três, respectivamente. Na cotação das respostas é de salientar que a pontuação para a dimensão de avaliação do corpo mórbido, é cotada de forma decrescente, ou seja, três pontos para a resposta “Não Concordo”, dois para “Concordo Pouco”, um para “Concordo Moderadamente” e zero para “Concordo Bastante”. O somatório dos 14 itens equivale a um *score* total que pode variar entre um valor mínimo de 0 (zero) e um máximo de 42. Deste modo, quanto mais elevada a pontuação obtida, melhor a imagem corporal da mulher. Relativamente à fidelidade, a escala regista um valor global de α de Cronbach de 0.90, indicando bons níveis de consistência interna.

c) *Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS*

Escala composta por 15 itens que permite avaliar quatro parâmetros do suporte social: Satisfação com amigos (SA), Intimidade (IN), Satisfação com a família (SF) e Actividades sociais (AS). Foi criada por Ribeiro, em 1999, com o propósito de aferir a satisfação com o suporte social existente. Trata-se de uma medida de percepção de suporte social, assumindo-se que essa percepção representa uma dimensão essencial nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida (Ribeiro, 1999). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* com cinco posições, que variam desde o “Concordo Totalmente” ao “Discordo Totalmente”. O somatório dos 15 itens corresponde a uma pontuação total que pode oscilar entre um valor mínimo de 15 e um máximo de 75, sendo que pontuações mais elevadas equivalem a uma percepção de maior satisfação com o suporte social. No que respeita à fidelidade, a escala total apresenta um valor de α de Cronbach de 0.85, o que revela uma boa consistência interna.

RESULTADOS

Para a análise descritiva dos dados relativos à caracterização da amostra foram utilizadas tanto frequências e percentagens, como médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos dos dados recolhidos (Tabela 1). A maioria dos dados foi recolhida presencialmente (72%) e os restantes foram obtidos via *email* (28%).

Todas as participantes são de raça caucasiana e apresentam uma média de idades de 54.82 anos ($SD= 12.323$), sendo que 44% se situam entre os 46 e os 56 anos. 70% das 50 sobreviventes ao cancro da mama analisadas neste estudo são casadas, sendo a média de filhos 1.68 ($SD= 0.868$). Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que uma grande parte destas mulheres possui 6 ou menos anos de escolaridade completa (44%), 10% encontra-se ao nível do 9º ano, 20% ao nível do 12º ano, 24% revela frequência universitária ou licenciatura e apenas 2% efectuou estudos pós-graduados. Quanto à situação laboral, 36% das participantes é trabalhadora por conta de outrem e 42% já se encontra reformada.

O ano de diagnóstico foi avaliado por quatro níveis que variam entre “< 1 ano” e “> 5 anos”, com intervalos de 1 ano, verificando-se que metade das participantes foi diagnosticada há mais de 5 anos (50%) e apenas 2% há menos de 1 ano. 54% das sobreviventes amostradas já teve alta médica. No que concerne aos tratamentos realizados, foram identificados seis tipos: radioterapia (em 50% das mulheres), quimioterapia (66%), terapia hormonal (22%), cirurgia parcial (36%), cirurgia radical (58%) e cirurgia reconstrutiva (32%).

No sentido de se conhecer a satisfação do suporte social e a percepção da imagem corporal das sobreviventes ao cancro da mama, procedeu-se à análise das médias das pontuações totais obtidas nas duas escalas utilizadas (Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS e Escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o meu Corpo” – EIC), dos desvios-padrão e dos valores mínimos e máximos dessas pontuações (Tabela 2).

Deste modo, verifica-se que a média do *score* total relativa ao suporte social é de 56.48 ($SD= 11.158$), demonstrando que, na generalidade, as participantes se encontram satisfeitas com o suporte social de que estão a usufruir. Para a análise dos distintos domínios da escala, teve-se em conta o diferente número de itens que constituem cada uma das dimensões. Esta análise tem como objectivo perceber quais os domínios mais relevantes para a satisfação com o suporte social global. Observa-se, assim, que a satisfação com a família ($M= 12.22$; $SD= 2.542$) é o tipo de suporte que dá maior satisfação, seguido da intimidade ($M= 15.56$; $SD= 4.041$) e da satisfação com as amigas ($M= 19.34$; $SD= 4.312$). As participantes revelam-se menos satisfeitas com as actividades sociais ($M= 9.36$; $SD= 2.870$).

Tabela 1. Caracterização da amostra – Análise descritiva dos dados sócio-demográficos

Variáveis	Média (<i>M</i>)	Desvio-Padrão (<i>SD</i>)	Mínimo	Máximo
Idade	54.82	12.323	29	79
Nº Filhos	1.68	0.868	0	4
			N	%
Idade Intervalar				
32-44 anos			6	12
44-56 anos			22	44
56-68 anos			13	26
68-80 anos			9	18
Raça				
Caucasiana			50	100
Estado Civil				
Solteira			3	6
Casada			35	70
Divorciada			6	12
Viúva			6	12
Escolaridade				
< 6º ano			22	44
6º-9º ano			5	10
9º-12º ano			10	20
Freq. Univ./Licenciatura			12	24
Est. Pós-graduados			1	2
Situação Laboral				
Conta de outrem			18	36
Conta própria			3	6
Baixa			4	8
Desempregada			4	8
Reformada			21	42
Outra				
Ano de Diagnóstico				
< 1 ano			1	2
1-2 anos			10	20
3-4 anos			13	26
> 5 anos			25	50
Alta Médica				
Sim			27	54
Não			23	46
Tipo de Tratamentos				
Radioterapia			25	50
Quimioterapia			33	66
Terapia Hormonal			11	22
Cirurgia Parcial			18	36
Cirurgia Radical			29	58
Cirurgia Reconstructiva			16	32

Quanto à imagem corporal, verifica-se que a média das pontuações totais é de 25.70 ($SD= 6.504$), o que revela que, em média, as participantes possuem uma boa percepção da sua aparência corporal. Relativamente às sub-escalas, a apreciação da imagem corporal do corpo pré-

mórbido ($M= 12.84$; $SD= 2.881$) e do corpo mórbido ($M= 12.86$; $SD= 5.925$) demonstra-se semelhante, indicando também uma boa percepção da imagem corporal nos diferentes parâmetros. Deste modo, não se observa discrepância entre as sub-escalas no que concerne à relevância relativamente à pontuação global da escala.

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis suporte social (ESSS) e imagem corporal (EIC)

Escala Total e Sub-escalas	N.º de Itens	Média (M)	Desvio-Padrão (SD)	Mínimo	Máximo
Suporte Social (ESSS_Total)	15	56.48	11.158	17	75
Satisfação com as amizades (SA)	5	19.34	4.312	5	25
Intimidade (IN)	4	15.56	4.041	4	20
Satisfação com a família (SF)	3	12.22	2.542	5	15
Actividades Sociais (AS)	3	9.36	2.870	3	15
Imagem Corporal (EIC_Total)	14	25.70	6.504	13	37
Corpo Pré-mórbido	7	12.84	2.881	7	19
Corpo Mórbido	7	12.86	5.925	3	21

Na análise da relação entre as variáveis suporte social e imagem corporal foi utilizado o coeficiente de correlação paramétrico de Pearson (r). Foram analisadas ainda as relações entre as sub-escalas e as escalas globais destas variáveis, com vista a perceber-se quais as dimensões mais fortemente correlacionadas com os totais (Tabela 3).

No que respeita ao suporte social, verifica-se que as todas as dimensões apresentam correlações positivas e significativas, relativamente ao total da escala: a satisfação com as amizades ($r= 0.914$; $p= 0.000$) revela ser o parâmetro mais fortemente correlacionado com o total, a par da intimidade ($r= 0.891$; $p= 0.000$), apresentando correlações muito fortes; a satisfação com a família ($r= 0.596$; $p= 0.000$) exhibe uma correlação moderada e as actividades sociais ($r= 0.733$; $p= 0.000$) revelam uma correlação forte.

Quanto à imagem corporal, observa-se que ambas as sub-escalas se encontram positiva e significativamente correlacionadas com o total da escala: o corpo mórbido ($r= 0.897$; $p= 0.000$) é a sub-escala mais fortemente correlacionada com o *score* total, comparativamente ao corpo pré-mórbido ($r= 0.413$; $p= 0.003$).

A variável suporte social e a variável imagem corporal não revelaram uma relação significativa ($r= 0.174$; $p= 0.226$).

Para a análise da relação entre o suporte social, a imagem corporal e as variáveis sócio-demográficas foram utilizados o coeficiente de correlação paramétrico de Pearson (r) e os coeficientes de correlação não paramétricos de Spearman (r_s) e de tau de Kendall (τ).

Não foram encontradas correlações significativas entre nenhuma das variáveis sócio-demográficas e as variáveis suporte social e imagem corporal, à exceção do tipo de tratamento, verificando-se uma relação negativa entre a radioterapia ($r = -0.272$; $p = 0.024$) e a imagem corporal.

Tabela 3. Correlações entre as sub-escalas e as escalas totais do suporte social (ESSS) e da imagem corporal (EIC)

ESSS_Sub-Escalas	ESSS_Total	
	<i>r</i>	sig
Satisfação com as amizades (SA)	0.914**	0.000
Intimidade (IN)	0.891**	0.000
Satisfação com a família (SF)	0.596**	0.000
Actividades Sociais (AS)	0.733**	0.000

EIC_Sub-escalas	EIC_Total	
	<i>r</i>	sig
Corpo Pré-Mórbido	0.413**	0.003
Corpo Mórbido	0.897**	0.000

** $p < 0.01$

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou uma amostra de mulheres sobreviventes ao cancro da mama, pretendendo-se avaliar a qualidade do suporte social e da imagem corporal nesta população, bem como averiguar a relação entre as duas variáveis. Constatou-se que as sobreviventes se encontravam satisfeitas com o suporte social recebido e que apresentavam uma boa percepção da sua imagem corporal, não revelando problemas na valorização da sua aparência. A relação entre o suporte social e a imagem corporal não se demonstrou significativa. As variáveis sócio-demográficas não evidenciaram relações significativas com o suporte social e com a imagem corporal, excepto o tipo de tratamento, indicando uma correlação negativa entre a radioterapia e a imagem corporal.

Na avaliação do suporte social global, as mulheres da amostra em estudo revelam-se satisfeitas, apesar de na literatura se assinalar um decréscimo do suporte providenciado, bem como para uma redução da qualidade desse suporte, com o decorrer do tempo, após o diagnóstico (Arora, Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004).

Na apreciação das diferentes dimensões do suporte social, a satisfação com a família destaca-se como sendo a fonte de suporte mais satisfatória. Este resultado pode estar associado às mudanças de vida positivas frequentemente relatadas por indivíduos que experienciaram uma doença potencialmente mortal, como é o caso do cancro da mama (Allen, Savadetti, & Levy, 2009; Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010). A experiência da passagem por um acontecimento de vida ameaçador e traumático pode aumentar a valorização atribuída à família e amigos e conduzir à percepção de que esses laços sociais foram fortalecidos como resultado dessa experiência (Updegraff & Taylor, 2000). Nos estudos de Calhoun e Tedeschi (1990) e de Thompson (1985) o benefício mais frequentemente relatado foi a consciencialização de que existem outros significativos disponíveis para ajudar e com quais é possível contar.

As actividades sociais indicam uma menor satisfação por parte das sobreviventes amostradas. De acordo com Bloom (2008), muitos sobreviventes ao cancro parecem isolar-se, não investindo em oportunidades de interagir com outras pessoas, reduzindo a sua participação em actividades sociais ou reformando-se antecipadamente. Por outro lado, Ozkan e Ogce (2008), constataram que o aumento de suporte social providenciado pelos amigos promove um maior envolvimento nas actividades sociais e comunitárias. A redução da rede social constatada nas sobreviventes ao cancro da mama (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004), pode causar a

diminuição do suporte social recebido por parte dos amigos e consequente desinvestimento em actividades sociais.

A satisfação com as amizades e a intimidade exibem uma forte relação com o suporte social total, indicando serem as dimensões que mais influenciam a apreciação global. Esta valorização das amizades pode estar relacionada com os padrões sobre os quais os provedores de suporte são avaliados. A relação que o receptor de suporte mantém com quem o providencia, assim como a experiência anterior de interações de suporte com essa mesma pessoa, pode influenciar o modo como o suporte fornecido é valorizado (Hupcey, 1998). A este respeito Antonucci (1985, descrito por Hupcey, 1998), refere que a família e os amigos são julgados de acordo com diferentes standards e a avaliação da sua eficácia como provedores de suporte tem por base esses mesmos standards; é esperado que a família providencie suporte, especialmente numa crise. O suporte disposto pelos amigos é julgado mais positivamente porque é fornecido sem a obrigação inerente ao suporte providenciado pela família (Hupcey, 1998).

A literatura indica que o suporte emocional, caracterizado pela escuta empática, por ser reconfortante, securizante e promotor da resolução de problemas, é habitualmente fornecido pelos membros da família e amigos (Arora, Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2005/2006; Lien, Lin, Kuo, & Chen, 2009; Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2008), sendo o tipo de suporte mais útil (Helgeson & Cohen, 1996). Por outro lado, vários estudos têm demonstrado que o suporte emocional fornecido, em particular pelo companheiro, bem como, a satisfação com as relações íntimas, é crucial para o bem-estar psicológico das sobreviventes ao cancro da mama (Galván, Buki, & Garcés, 2009; Talley, Molix, Schlegel, & Bettencourt, 2010). Estas são possíveis explicações para os resultados obtidos no presente estudo no que respeita à valorização atribuída à intimidade, na apreciação do suporte social.

As sobreviventes investigadas revelam uma boa percepção da sua imagem corporal global. Os estudos que incidem sobre a imagem corporal das sobreviventes ao cancro da mama, não são unânimes nas suas conclusões, divergindo entre a existência ou não de diferenças significativas entre as sobreviventes e as mulheres pertencentes à população geral (Ahn et al., 2009; Cohen, Abdallah Mabbjish, & Zidan, 2011; DeFrank, Bahn Mehta, Stein, & Baker, 2007; Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså, & Dahl, 2010; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Petersen, 1996).

Na avaliação das sub-escalas, a apreciação foi semelhante tanto no corpo pré-mórbido, como no corpo mórbido, indicando também ausência de problemas relativos à imagem corporal. Estudos longitudinais demonstram que a percepção da imagem corporal nas sobreviventes é

relativamente estável no tempo e que a avaliação da imagem corporal antecedente é preditora desta apreciação, num período de *follow-up* (Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså, & Dahl, 2010). Por outro lado, a teoria refere que quanto maior a importância atribuída à imagem corporal, maiores as dificuldades no ajustamento ao cancro da mama e às mudanças corporais resultantes do seu tratamento (Carvet et al., 1998; Lichtenhal, Cruess, Clark, & Ming, 2005). No mesmo sentido, a percepção da imagem corporal das mulheres anterior ao diagnóstico de cancro da mama, pode influenciar o modo como as mulheres avaliam a sua imagem corporal após o diagnóstico da doença e seus tratamentos (Hopwood, 1993; Pelusi, 2006; Shover, 1991).

A sub-escala correspondente à apreciação do corpo mórbido revela uma correlação mais forte relativamente ao total da escala de imagem corporal. Este resultado pode dever-se ao facto do corpo mórbido representar o momento actual, sendo que a avaliação da imagem corporal é efectuada numa fase de sobrevivência. Para Pelusi (2006), torna-se difícil determinar se a percepção da imagem corporal se deve unicamente ao cancro e aos seus tratamentos, uma vez que existem poucos estudos que fornecem avaliações da imagem corporal anteriores ao diagnóstico da doença e início do seu tratamento.

No que concerne à relação entre o suporte social e a imagem corporal, os estudos empíricos indicam que o envolvimento emocional por parte do parceiro, no processo de tratamento e a avaliação do mesmo, em relação à aparência física da sua mulher, são preditores do ajustamento sexual, conjugal e emocional, após o tratamento, bem como, da satisfação marital e da percepção da imagem corporal (Wai Ming, 2002; Wimberly, Carver, Laurenceu, Harris, & Antoni, 2005). Galván, Buki e Garcés (2009) constataram que as sobreviventes ao cancro da mama que se demonstravam satisfeitas com o suporte emocional recebido, especialmente por parte do parceiro, revelavam um melhor ajustamento sua à nova imagem corporal e exibiam mais auto-estima. Apesar de algumas evidências apontarem para uma associação entre o suporte social e a imagem corporal, não se encontram investigações que demonstrem efectivamente uma relação significativa entre os dois constructos. Neste sentido, os resultados obtidos no presente estudo corroboram a literatura, uma vez que não foi verificada uma relação significativa entre as variáveis supracitadas.

No que respeita às variáveis sócio-demográficas, contrariamente ao esperado, não foram encontradas associações significativas com o suporte social e com a imagem corporal, à excepção do tipo de tratamento, em que apenas a radioterapia se revelou negativamente relacionada com a imagem corporal. Existem várias constatações empíricas indicam que o estado civil influencia tanto o suporte social percebido, como a imagem corporal percebida, nas mulheres com cancro da mama (Lien, Lin, Kuo, & Chen, 2009; Manos, Sebastián, Bueno, & Mateos, 2005). O

tipo de tratamento, em particular a cirurgia, está descrito na literatura como tendo um impacto na imagem corporal (e.g. Bloom, Kang, Petersen, & Stewart; Shoma et al., 2007). A relação obtida entre a radioterapia e a imagem corporal, pode dever-se aos possíveis efeitos secundários causados por este tipo de tratamento, como por exemplo, alteração da cor da pele, risco de lfedema (no caso de radioterapia interna) e dor (Kissane, White, Cooper, & Vitetta, 2004). Hopwood e colaboradores (2010), num estudo longitudinal com 2236 mulheres com cancro da mama, constataram que uma grande parte das participantes relatava sintomas adversos na mama, braço e ombro, cinco anos após o tratamento com radioterapia, no entanto, sem prejuízo da imagem corporal.

CONCLUSÃO

O presente estudo manifesta algumas limitações que podem ter condicionado os resultados obtidos. O tamanho reduzido da amostra pode ter afectado a representatividade da população de sobreviventes ao cancro da mama. Por outro lado, os dados recolhidos assentaram em escalas de auto-preenchimento, limitando a profundidade da informação relatada. Estudos futuros deverão incluir um número maior de participantes, bem como considerar a possibilidade de diferentes métodos de recolha de dados, como por exemplo, entrevistas pessoais.

Um outro aspecto importante prende-se com o carácter transversal do presente estudo. De modo a investigar-se a qualidade do suporte social e da imagem corporal nas sobreviventes com maior precisão, deveria acompanhar-se a evolução dessa qualidade ao longo do tempo, através de estudos longitudinais, que contemplassem o momento do diagnóstico e avaliações de seguimento nos anos subsequentes. Ainda relativamente às características do estudo, seria interessante a existência de um grupo de controlo, com mulheres da população dita saudável, de modo a comparar-se a qualidade do suporte social e da imagem corporal nos dois grupos, examinando o impacto do cancro da mama nas variáveis investigadas.

Existem outros factores que parecem influenciar a percepção de suporte social e da imagem corporal, tais como, o estado emocional e psicológico das participantes, os estilos e estratégias de *coping* utilizados e o investimento corporal anterior à doença, que não foram considerados no presente estudo. Estudos prospectivos poderão incluir os factores supracitados e testar a sua correlação com o suporte social e com a imagem corporal.

Os resultados obtidos no presente estudo indicam não existir correlação entre o suporte social e a imagem corporal nas sobreviventes ao cancro da mama. Verificou-se também que as sobreviventes estudadas se encontram satisfeitas com o suporte social recebido e que não revelam problemas ao nível da valorização da sua aparência. No entanto, a literatura que incide sobre estes temas, na população de sobreviventes é reduzida, em particular no que respeita à imagem corporal, bem como à sua relação com o suporte social. Estes resultados vêm contribuir para a extensão do conhecimento neste âmbito. Contudo, torna-se indispensável a realização novas investigações que permitam colmatar a referida escassez de estudos com vista a aumentar a esperança de vida das mulheres com cancro da mama, como também a melhorar a sua qualidade de vida.

A incidência de cancro da mama na população portuguesa é elevada e preocupante, apesar do gradual aumento da taxa de sobrevivência a esta doença. Sabe-se que o suporte social e a imagem corporal são factores de influência cruciais, no que respeita ao ajustamento ao cancro

da mama, encontrando-se associados à qualidade de vida e à sobrevivência das mulheres que o enfrentam. Por este motivo, é fundamental o investimento em estratégias de prevenção e intervenção, que permitam incrementar a sobrevivência e beneficiar a qualidade de vida. O acompanhamento psicológico, não só da doente como também da família, torna-se essencial, no sentido de melhorar a eficácia do suporte social dispensado e ajudar no ajustamento e aceitação da nova imagem corporal, melhorando a sua percepção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, S. H., Park, B. W., Noh, D. Y., Nam, S. J., Lee, E. S., Lee, M. K., Kim, S. H., Lee, K. M., Park, S. M., & Yun, Y. H. (2009). Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Annals of Oncology*, *20*, 1753-1754.
- Alferi, S., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., & Duran, R. E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*, 41-46.
- Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*, *18*, 71-78.
- Arora, N. K., Rutten, L. J. F., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*, 474-486.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2005/2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, *23*, 103-113.
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T. D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, *11*, 331-342.
- Bloom, J. R. (2008). Improving the health and well-being of cancer survivors: Past as prologue. *Psycho-Oncology*, *17*, 525-532.
- Bloom, J. R., Kang, S., Petersen, D., & Stewart, S. (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 43-63). New York: Springer.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *16*, 691-706.

- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *13*, 147-160.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (1990). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, *20*, 265-272.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., Robinson, D. S., & Moffat, F. L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 168-174.
- Cohen, M., Abdallah Mabjish, A., & Zidan, J. (2011). Comparison of Arab breast cancer survivors and healthy controls for spousal relationship, body image, and emotional distress. *Quality of Life Research*, *20* (2), 191-198.
- Coughlin, S. S. (2008). Surviving cancer and other serious illness: A review of individual and community resources. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, *58*, 60-64.
- DeFrank, J. T., Bahn Mehta, C. C., Stein, K. D., & Baker, F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *34* (3), 625-630.
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, *116* (15), 3549-3557.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 579-594.
- Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkinson, J., & Roffe, L. (2009). Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, *18*, 223-247.
- Galván, N., Buki, L. P., & Garcés, D. M. (2009). Suddenly, a carriage appears: Social support needs of latina breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *27*, 361-382.

- Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment, 38*, 183–199.
- Globocan (2008). Cancer incidence and mortality worldwide. *IARC CancerBase, 10*. Lyon: IARC. Consultado em 17 de Fevereiro de 2011 através de <http://globocan.iarc.fr>
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., & Samet J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 258* (21), 3125-3130.
- Gordon, N. H., & Siminoff, L. A. (2010). Measuring quality of life of long-term breast cancer survivors: The long-term quality of life – breast cancer (LTQOL-BC) scale. *Journal of Psychosocial Oncology, 28* (6), 589-609.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, (135-148).
- Helms, R. L., O’Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and Medicine, 13* (3), 313-325.
- Hodgkinson, K., Burrow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). Breast cancer survivors’ supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care in Cancer, 15*, 515-523.
- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer, 37*, 189-197.
- Hupcey, J. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 1231-1241.
- Jackson, J. M., Rolnick, S. J., Coughlin, S. S., Neslund-Dudas, C., Hornbrook, M. C., Darbinian, J., Bachman, D. J., & Herrington, L. J. (2007). Social support among women who died of ovarian cancer. *Support Care Cancer, 15*, 547-556.

- Khan, M. A., Sehgal, A., Mitra, B., Agarwal, P. N., Lal, P., & Malik, V. K. (2000). Psychobehavioral impact of mastectomy. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 26 (1-2), 65-71.
- Kissane, D., White, K., Cooper, K., & Vitetta, L. (2004). *Psychosocial impact in the area of body image and sexuality for women with breast cancer* (Report). Camperdown NSW: The National Breast Cancer Center.
- Kravdal, O. (2001). The impact of marital status on cancer survival. *Social Science and Medicine*, 52 (3), 357-368.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (7), 1105-1111.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., Clark, V. L., & Ming, M. E. (2005) investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body Image*, 2, 41-52.
- Lien, C-Y., Lin, H-R., Kuo, I-T., & Chen, M-L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2311-2319.
- Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 760-771.
- Manos, D., Sabastián, J., Bueno, M. J., Mateos, N., & Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2 (1), 103-116.
- McPhail, G., & Wilson, S. (2000). Women's experience of breast conserving treatment for breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 9, 144-150.

- Medina-Franco, H., García-Alvarez, M. N., Rojas-García, P., Trabanino, C., Drucker-Zertuche, M., & Arcila, D. (2010). Body image perception and quality of life in patients who underwent breast surgery. *The American Surgeon*, *76* (9), 1000-1005.
- Michael, Y. L., Berkman, L. F., Colditz, G. A., Holmes, M., & Kawachi (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 285-293.
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, *42*, 153-157.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2009). The portuguese version of the body image scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, *14* (2), 111-118.
- Osborne, C., Ostir G. V., Du, X., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2005). The influence of marital status on the stage at diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, *43*, 41-47.
- Ozkan, S., & Ogce, F. (2008). Importance of social support for functional status in breast cancer patients. *Asian Pacific Journal on Cancer Prevention*, *9*, 601-604.
- Pelusi, J. (2006). Sexuality and body image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *American Journal of Nursing*, *106*, 32-38.
- Petronis, V. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., & Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: Partial replication and extension. *Psychology and Health*, *18*, 1-13.
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, *23* (3), 295-304.
- Raupach, J. C., & Hiller, J. E. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectations*, *5*, 289-301.

- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., & Chen, V. W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from the black/white cancer survival study. *American Journal of Epidemiology*, 152, 940-949.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, XVII (3), 547-558.
- Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*, 32 (5), 347-358.
- Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA: A Câncer Journal for Clinicians*, 41 (2), 112-120.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 46-53.
- Schultz, P. N., Klein, M. J., Beck, M. L., Stava, C., & Sellin, R. V. (2005). Breast cancer: Relationship between menopausal symptoms, physiologic health effects of cancer treatment and physical constraints on quality of life in long-term survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 204-211.
- Sheehan, J., Sherman, K. A., Lam, T., & Boyages, J. (2008). Regret associated with the decision for breast reconstruction: The association of negative body image, distress and surgery characteristics with decision regret. *Psychology and Health*, 23 (2), 207-219.
- Shoma, A. M., Mohamed, M. H., Nouman, N., Amin, M., Ibrahim, I. M., Tobar, S. S., Gaffar, H. E., Aboelez, W. F., Ali, S. E., & William, S. G. (2009). Body image disturbance and surgical decision making in egyptian post menopausal breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 7 (66).

- Speer, J. J., Hillenberg, B., Sugrue, D. P., Blacker, C., Kresge, C. L., Decker, V. B., Zakalik, D., & Decker, D. A. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, 11 (6), 440-447.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., & Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology and Health*, 25 (4), 433-449.
- Tapadinhas, A. R., Palhinhas, P., & Gouveia, P. (2006). Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 333-340). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Thompson, S. C. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 279-295.
- Updegraff, J. A. & Taylor, S. E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J. Harvey & E. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationships perspectives* (pp. 3-28). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Wai Ming, V. M. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology Health and Medicine*, 7, 37-51.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 23 (1), 57-72.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J-F., Harris, S. D., & Antoni, M. H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 300-311.
- Zanapalioglu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., & Tarcan, E. (2009). Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 5 (3), 152-156.

Anexos

Anexo I

Protocolo de Investigação

Por favor, assinale:

Tratamentos efectuados	Sim	Não	Ano
Radioterapia			
Quimioterapia			
Cirurgia Parcial			
Cirurgia Radical			
Cirurgia Reconstructiva			
Terapia Hormonal			
Outros Quais? _____			

Refira sucintamente os acontecimentos de vida que considera terem tido um impacto mais significativo na sua existência, seja ele positivo ou negativo:

A sua percepção sobre as doenças oncológicas sofreu alguma alteração depois de ter sido diagnosticada com cancro da mama?

Como avalia a sua vida antes do adoecer da mama?

Como descreve a sua vida após o cancro da mama?

Como se via enquanto pessoa antes do seu diagnóstico oncológico?

Que tipo de pessoa se considera hoje em dia?

Concebe que esta experiência teve alguns aspectos positivos para si e para a sua vida? Se respondeu afirmativamente por favor enumere-os.

Com as afirmações que se seguem pretende-se compreender como valoriza o seu corpo e a sua aparência.

Afirmações	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Considero que o meu corpo é uma expressão do “ser feminina”.					
2. O corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher.					
3. Sinto-me capaz de dizer que gosto do meu corpo.					
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.					
5. Olho com agrado para o meu corpo.					
6. Valorizo a imagem do meu corpo.					
7. Procuo disfarçar no meu corpo a parte do peito operado.					

Tendo em conta a mudança resultante do seu cancro de mama e dos restantes tratamentos, em que medida se identifica com as seguintes afirmações.

Afirmações	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Tenho sentido vergonha em relação à minha aparência.					
2. Sinto-me menos atraente fisicamente.					
3. Tenho-me sentido menos feminina.					
4. Tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.					
5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente.					
6. Sinto que a operação à mama deixou o meu corpo incompleto.					
7. Tenho-me sentido descontente com a aparência da minha cicatriz.					

Finalmente, vai encontrar uma lista de afirmações, seguidas por 5 colunas com diferentes hipóteses de resposta. Por favor, assinale com uma cruz a resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar.

Afirmações	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo Totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.					
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.					
3. Os amigos não me procuram tantas vezes como gostaria.					
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
6. Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.					
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).					
9. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família.					
10. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
11. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família.					
12. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho.					
13. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
14. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
15. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho.					

Obrigado pela sua participação!

Anexo II

Tratamento Estatístico dos Dados Recolhidos – *Outputs*

Statistics

		Idade	Nº Filhos
N	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean		54,82	1,68
Median		52,50	2,00
Std. Deviation		12,323	,868
Variance		151,865	,753
Skewness		,299	,099
Std. Error of Skewness		,337	,337
Kurtosis		-,657	,175
Std. Error of Kurtosis		,662	,662
Minimum		29	0
Maximum		79	4

Papel_Email

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Papel	36	72,0	72,0	72,0
	Email	14	28,0	28,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Idade_Intervalos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	32-44	6	12,0	12,0	12,0
	44-56	22	44,0	44,0	56,0
	56-68	13	26,0	26,0	82,0
	68-80	9	18,0	18,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Raça

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	caucasiana	50	100,0	100,0	100,0

Est_Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	3	6,0	6,0	6,0
	Casada	35	70,0	70,0	76,0
	Divorciada	6	12,0	12,0	88,0
	Viúva	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nº_Filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	8,0	8,0	8,0
	1	16	32,0	32,0	40,0
	2	23	46,0	46,0	86,0
	3	6	12,0	12,0	98,0
	4	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até ao 6ºano	22	44,0	44,0	44,0
	6º-9ºano	5	10,0	10,0	54,0
	9º-12ºano	10	20,0	20,0	74,0
	frequência universitária - licenciatura	12	24,0	24,0	98,0
	Estudos pós graduados	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Sit_Laboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Conta de outrem	18	36,0	36,0	36,0
	Conta própria	3	6,0	6,0	42,0
	Baixa	4	8,0	8,0	50,0
	Desempregada	4	8,0	8,0	58,0
	Reformada	21	42,0	42,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Ano_Diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,0	2,0	2,0
	< 1 ano	1	2,0	2,0	4,0
	1-2 anos	10	20,0	20,0	24,0
	3-4 anos	13	26,0	26,0	50,0
	> 5 anos	25	50,0	50,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Alta Médica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	27	54,0	54,0	54,0
	Não	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Radioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	25	50,0	50,0	50,0
	Sim	25	50,0	50,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Quimioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	17	34,0	34,0	34,0
	Sim	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cirur_Parcial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	64,0	64,0	64,0
	Sim	18	36,0	36,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cirur_Radical

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	21	42,0	42,0	42,0
	Sim	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cirur_Reconstrutiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	34	68,0	68,0	68,0
	Sim	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Terapia_Hormonal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	39	78,0	78,0	78,0
	Sim	11	22,0	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Statistics

		Satisfação com amigos_amizades	Intimidade	Satisfação com a família	Actividades Sociais	ESSS_Total
N	Valid	50	50	50	50	50
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		19,34	15,56	12,22	9,36	56,48
Median		19,50	16,00	12,50	9,00	58,00
Std. Deviation		4,312	4,041	2,542	2,870	11,158
Variance		18,596	16,333	6,461	8,235	124,500
Skewness		-1,534	-1,007	-,731	-,097	-1,189
Std. Error of Skewness		,337	,337	,337	,337	,337
Kurtosis		3,473	,482	-,081	-,250	2,578
Std. Error of Kurtosis		,662	,662	,662	,662	,662
Minimum		5	4	5	3	17
Maximum		25	20	15	15	75

Statistics

		Corpo Pré-Mórbido	Corpo Mórbido	EIC_Total
N	Valid	50	50	50
	Missing	0	0	0
Mean		12,84	12,86	25,70
Median		12,00	12,00	26,00
Std. Deviation		2,881	5,925	6,504
Variance		8,300	35,102	42,296
Skewness		-,041	,028	-,113
Std. Error of Skewness		,337	,337	,337
Kurtosis		-,600	-1,382	-,983
Std. Error of Kurtosis		,662	,662	,662
Minimum		7	3	13
Maximum		19	21	37

Correlations

		ESSS_Total
Satisfação com amigos_amizades (SA)	Pearson Correlation	,914**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Intimidade (IN)	Pearson Correlation	,891**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Satisfação com a família (SF)	Pearson Correlation	,596**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Actividades Sociais (AS)	Pearson Correlation	,733**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		EIC_Total
Corpo Pré-Mórbido	Pearson Correlation	,413**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	50
Corpo Mórbido	Pearson Correlation	,897**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		ESSS_Total	EIC_Total
ESSS_Total	Pearson Correlation	1	,174
	Sig. (2-tailed)		,226
	N	50	50
EIC_Total	Pearson Correlation	,174	1
	Sig. (2-tailed)	,226	
	N	50	50

Correlations

		ESSS_Total
Idade	Pearson Correlation	,136
	Sig. (2-tailed)	,345
	N	50
Nº_Filhos	Pearson Correlation	,212
	Sig. (2-tailed)	,139
	N	50

Correlations

			ESSS_Total
Spearman's rho	Escolaridade	Correlation Coefficient	-,138
		Sig. (2-tailed)	,338
		N	50
	Ano_Diagnóstico	Correlation Coefficient	-,049
		Sig. (2-tailed)	,736
		N	50

Correlations

			ESSS_Total
Kendall's tau_b	Est_Civil	Correlation Coefficient	-,001
		Sig. (2-tailed)	,992
		N	50
	Sit_Laboral	Correlation Coefficient	,169
		Sig. (2-tailed)	,129
		N	50
	Alta_Médica	Correlation Coefficient	,109
		Sig. (2-tailed)	,364
		N	50

Correlations

			ESSS_Total
Kendall's tau_b	Radioterapia	Correlation Coefficient	,097
		Sig. (2-tailed)	,419
		N	50
	Quimioterapia	Correlation Coefficient	-,139
		Sig. (2-tailed)	,246
		N	50
	Cirur_Parcial	Correlation Coefficient	,041
		Sig. (2-tailed)	,730
		N	50
Cirur_Radical	Correlation Coefficient	-,125	
	Sig. (2-tailed)	,296	
	N	50	
Cirur_Reconstrutiva	Correlation Coefficient	-,178	
	Sig. (2-tailed)	,139	
	N	50	
Terapia_Hormonal	Correlation Coefficient	-,017	
	Sig. (2-tailed)	,888	
	N	50	
Terapia_Hormonal	Correlation Coefficient	-,017	
	Sig. (2-tailed)	,888	
	N	50	

Correlations

		EIC_Total
Idade	Pearson Correlation	-,110
	Sig. (2-tailed)	,446
	N	50
Nº_Filhos	Pearson Correlation	-,082
	Sig. (2-tailed)	,569
	N	50

Correlations

			EIC_Total
Spearman's rho	Escolaridade	Correlation Coefficient	,080
		Sig. (2-tailed)	,581
		N	50
	Ano_Diagnóstico	Correlation Coefficient	,064
		Sig. (2-tailed)	,658
		N	50

Correlations

			EIC_Total
Kendall's tau_b	Est_Civil	Correlation Coefficient	-,150
		Sig. (2-tailed)	,193
		N	50
	Sit_Laboral	Correlation Coefficient	-,119
		Sig. (2-tailed)	,289
		N	50
	Alta_Médica	Correlation Coefficient	,068
		Sig. (2-tailed)	,571
		N	50

Correlations

			EIC_Total
Kendall's tau_b	Radioterapia	Correlation Coefficient	-,272*
		Sig. (2-tailed)	,024
		N	50
	Quimioterapia	Correlation Coefficient	-,189
		Sig. (2-tailed)	,116
		N	50
	Cirur_Parcial	Correlation Coefficient	-,123
		Sig. (2-tailed)	,306
		N	50
	Cirur_Radical	Correlation Coefficient	,142
		Sig. (2-tailed)	,237
		N	50
	Cirur_Reconstrutiva	Correlation Coefficient	,093
		Sig. (2-tailed)	,440
		N	50
	Terapia_Hormonal	Correlation Coefficient	,045
		Sig. (2-tailed)	,707
		N	50
	Terapia_Hormonal	Correlation Coefficient	,045
		Sig. (2-tailed)	,707
		N	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).