

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

DM
VARELA

TESE DE MESTRADO

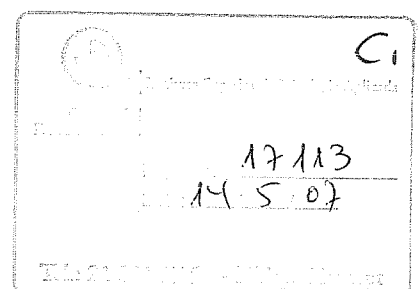
PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO EM
MULHERES COM CANCRO DA MAMA:

A relação com Estratégias de *Coping*, Satisfação com o Suporte Social
e Sentido de Coerência

Ana Margarida Pia Varela
N.º 11288



2006



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da **Professora Doutora Isabel Pereira Leal**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro e em cumprimento da alínea “b” do n.º 2 do art. 5º do Dec.-Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

RESUMO

No presente estudo investigou-se a perturbação de pós-stress traumático, as estratégias de *coping*, o suporte social e o sentido de coerência, numa amostra de 84 mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Para tal, utilizou-se um protocolo de investigação constituído pelo Questionário de Identificação, a Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS (Ribeiro, 1999); o *Impact of Event Scale* – IES (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979); o Questionário de Orientação para a Vida - QOV (Nunes, 1999), a Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro – Mini MAC (Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) e a *PTSD Checklist Civilian Version* – PCL-C (Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995). Os dados obtidos indicam que 25% (n=21) das mulheres que participaram na presente investigação, cumpre os critérios de perturbação de pós-stress traumático, em resultado do diagnóstico de cancro da mama, tal como estes foram definidos na edição revista da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da *American Psychiatric Association* (2000). Os resultados demonstram ainda, que a perturbação de pós-stress traumático está associada a uma maior utilização das estratégias desânimo/fraqueza, evitamento e preocupação ansiosa, assim como, com níveis inferiores de satisfação com o suporte social, sentido de coerência e um menor recurso à estratégia espírito de luta. Os dados sugerem que muitos dos factores de risco e resiliência relatados na literatura pós-traumática são idênticos aos encontrados entre os indivíduos a quem foi diagnosticada uma doença ameaçadora da vida.

Palavras-chave: Cancro da mama, perturbação de pós-stress traumático, *coping*, suporte social, sentido de coerência.

ABSTRACT

In the present study were investigated the posttraumatic stress disorder, the strategies of coping, the social support and the sense of coherence in a sample of 84 women with breast cancer. To this end, was developed a research protocol made of a Questionnaire of identification, the Satisfaction with Social Support Scale - ESSS (Ribeiro, 1999); the Impact of Event Scale – IES (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979); the Orientation to Life Questionnaire - QOV (Nunes, 1999), the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale – Mini MAC (Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) and the *PTSD Checklist Civilian Version* – PCL-C (Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995). The data obtained showed that 25% ($n=21$) of the women warranted a diagnosis of breast cancer related posttraumatic stress disorder based on the criteria designated in the fourth edition revisited of the American Psychiatric Association's Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (2000). The results indicated that posttraumatic stress disorder were associated with a greater use of the strategies helpless/hopeless, avoidance and anxious preoccupation, as well a fewer degree of perceived social support, sense of coherence and the use of fewer fighting spirit strategies. The findings suggest that many of the risk and resiliency factors reported in the posttraumatic literature also relate to those who have experienced the traumatic stressor of a life threatening illness.

Key words: Breast cancer, posttraumatic stress disorder, coping, social support, sense of coherence.

Aos meus pais.
Por me terem ensinado a primeira palavra
que aprendemos – a maior palavra de
todas – OLHA.



“A criança que fui chora na estrada;
Deixei-a ali quando vim ser quem sou;
Mas hoje, vendo que o que sou é nada,
Quero ir buscar quem fui ondê ficou
(...)”

Fernando Pessoa (1933)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a todas as mulheres que delicadamente, e para proveito de tantas outras, se dispuseram a participar no estudo.

Aos meus colegas de Mestrado agradeço terem partilhado comigo o percurso, nem sempre fácil, deste projecto até ao fim.

Aos meus colegas do Instituto Piaget, que me ampararam nas quedas tanto quanto me estimularam à exploração de novos horizontes. A todos eles, o meu obrigada.

Aos meus amigos todos, agradeço especialmente nas pessoas de Etã, Andreia, Ivone, Ana Lúcia, por tudo, que é tanto, o meu muito obrigada. À Lídia e à Rute, por tudo aquilo que eu nunca seria capaz de ter feito sozinha, a revisão atenta e cuidada do texto, o meu obrigada.

Agradeço também aos meus professores, que me acompanharam desde os primeiros passos e que me estimularam à exploração, apontando novos horizontes. Particularmente, quero agradecer à Prof. Doutora Isabel Pereira Leal, pelo apoio, pelo cuidado, pelo carinho com que sempre me estimulou a ir mais além, pelo seu olhar compreensivo e paciente. Quero ainda agradecer o ter esperado este tempo todo, sem ter desesperado, compreendendo o evoluir da minha maturidade interna, um grande obrigada. Ao Prof. Doutor José Luís Pais-Ribeiro, pelo seu brio metodológico. Ao Prof. Doutor João Paulo Maroco pela disponibilidade.

A toda a minha família. Ao meu pai, por me apoiar e acreditar que basta eu querer para que seja possível. À minha mãe por tudo aquilo que não se transmite em palavras e que aprendi desde muito cedo, uma riqueza humana que se polinizou em todos os aspectos da minha vida.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
IMPACTO PSICOLÓGICO DO CANCRO DA MAMA	6
Introdução	6
Incidência do cancro	7
Repercussões psicológicas do cancro da mama	8
Estádios de adaptação ao cancro	13
Considerações finais	14
PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO	15
Introdução	15
Evolução do conceito de perturbação de pós-stress traumático	16
Definição de perturbação de pós-stress traumático	18
Tipologia	21
Perturbação de pós-stress traumático e doenças ameaçadoras da vida	22
Perturbação de pós-stress traumático e cancro	23
Considerações finais	32
ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	33
Introdução	33
Conceito de <i>coping</i>	34
<i>Coping</i> e doença crónica	36
<i>Coping</i> e cancro	38
Adaptação mental ao cancro	39
Estratégias de <i>coping</i> e perturbação de pós-stress traumático	43
Considerações finais	45

SUORTE SOCIAL	46
Introdução	46
Conceito de suporte social	47
Níveis de análise do suporte social	49
Perspectivas de análise do suporte social	49
Suporte social e doença crónica	51
Suporte social e cancro	55
Suporte social e perturbação de pós-stress traumático	57
Considerações finais	60
SENTIDO DE COERÊNCIA	61
Introdução	61
Conceito de sentido de sentido de coerência	62
Origem e desenvolvimento do sentido de coerência	63
Modelo de análise do sentido de coerência	66
Sentido de coerência e doença crónica	69
Sentido de coerência e cancro	71
Sentido de coerência e perturbação de pós-stress traumático	73
Considerações finais	76
MÉTODO	78
Introdução	78
Enunciado do problema	78
Objectivos	79
Participantes	80
Instrumentos	82
Procedimento	102
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	106
Introdução	106
Estudo estatístico dos objectivos	106
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
Introdução	119
Sintomas de perturbação de pós-stress traumático, estratégias de <i>coping</i> , satisfação com o suporte social e sentido de coerência	119

Relação entre estratégias de <i>coping</i> , satisfação com o suporte social e sentido de coerência	124
Prevalência de perturbação de pós-stress traumático	129
Estratégias de <i>coping</i> , satisfação com o suporte social, sentido de coerência e perturbação de pós-stress traumático	132
Variáveis demográficas, variáveis clínicas e perturbação de pós-stress traumático	136
Variáveis psicológicas preditoras de perturbação de pós-stress traumático	137
Implicações e outras considerações conclusivas	138
REFERÊNCIAS	140
ANEXOS	157

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição em frequência e percentagem dos dados referentes ao tempo decorrido desde a cirurgia	82
QUADRO 2	Designação e descrição das subescalas da ESSS	83
QUADRO 3	Coefficientes <i>alpha</i> das subescalas da ESSS	84
QUADRO 4	Correlações entre as variáveis critério e as subescalas da ESSS	85
QUADRO 5	Estatística descritiva dos resultados por item e subescala da ESSS	86
QUADRO 6	Correlações entre as subescalas da ESSS	86
QUADRO 7	Designação e descrição dos componentes do QOV	87
QUADRO 8	Estatística descritiva dos resultados por item e subescala do QOV	88
QUADRO 9	Correlações entre as subescalas do QOV	89
QUADRO 10	Designação e descrição das subescalas da Mini-MAC	90
QUADRO 11	Coefficientes <i>alpha</i> das subescalas da Mini-MAC	90
QUADRO 12	Correlações entre as variáveis critério e as subescalas da Mini-MAC	91
QUADRO 13	Estatística descritiva dos resultados por item e subescala da Mini-MAC	91
QUADRO 14	Correlações entre as subescalas da Mini-MAC	93
QUADRO 15	Correlações entre os itens e as subescalas da Mini-MAC	93
QUADRO 16	Estudo psicométrico da PCL-C: Fidelidade	95
QUADRO 17	Estudo psicométrico da PCL-C: Validade	96
QUADRO 18	Estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C: Fidelidade	98
QUADRO 19	<i>Alpha</i> de Cronbach do tipo de sintomas acedidos através da PCL-C	98
QUADRO 20	Estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C: Validade	101
		102

QUADRO 21	Estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C: Análise dos itens	102
QUADRO 22	Estatística descritiva dos dados obtidos na PCL-C	107
QUADRO 23	Diferença de médias entre os sintomas de PTSD	107
QUADRO 24	Estatística descritiva dos dados obtidos na Mini-MAC	108
QUADRO 25	Diferenças de médias entre as estratégias de <i>coping</i>	108
QUADRO 26	Estatística descritiva dos dados obtidos na ESSS	109
QUADRO 27	Diferença de médias entre as dimensões da satisfação com o suporte social	109
QUADRO 28	Estatística descritiva dos dados obtidos no QOV	110
QUADRO 29	Diferenças de médias entre as dimensões do sentido de coerência	110
QUADRO 30	Correlações de Pearson entre as medidas psicológicas	111
QUADRO 31	Frequência e percentagem relativa ao diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático	112
QUADRO 32	Diferença de proporções relativamente ao diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático	112
QUADRO 33	Correlações de Pearson entre estratégias de <i>coping</i> e perturbação de pós-stress traumático	113
QUADRO 34	Correlações de Pearson entre satisfação com o suporte social e perturbação de pós-stress traumático	113
QUADRO 35	Correlações de Pearson entre sentido de coerência e perturbação de pós-stress traumático	114
QUADRO 36	Correlações de Pearson entre idade, escolaridade, número de filhos e perturbação de pós-stress traumático	114
QUADRO 37	Diferenças de médias (ANOVA) na perturbação de pós-stress traumático em função do estado civil	114
QUADRO 38	Diferenças de médias na perturbação de pós-stress traumático em função do tipo de cirurgia	115
QUADRO 39	Diferenças de médias na perturbação de pós-stress traumático em função do estatuto clínico	116
QUADRO 40	Diagnóstico de multicolinearidade nas variáveis preditoras	117
QUADRO 41	Modelo para prever o nível de perturbação de pós-stress traumático: Regressão múltipla método <i>stepwise</i>	118

INTRODUÇÃO

A prevalência das doenças oncológicas é significativa no contexto da saúde das populações, tanto a nível nacional quanto internacional. De acordo com os dados divulgados pelo *National Cancer Institute* (1996) o cancro é a segunda causa de morte no mundo ocidental. Dos quais os mais frequentes são o cancro da mama e o cancro da próstata (Costa, 2004). Sendo o cancro da mama a principal causa de morte entre as mulheres (*National Cancer Institute*, 1996).

No que diz respeito especificamente, ao cancro da mama tem-se assistido nas últimas décadas a uma diminuição da taxa de mortalidade devida a esta enfermidade, contudo a sua incidência tem vindo a aumentar (Costa, 2004).

Apesar da eficácia cada vez maior dos métodos de tratamento do cancro, materializada na sobrevivência crescente, os doentes têm que fazer face a uma doença potencialmente debilitante, à dor, à alteração da auto-imagem física, à perda de funções fisiológicas e à morte (Andrade, 2000). Viver com a incerteza constitui o principal desafio dos doentes com cancro, verificando-se que incapacidades provocadas pelo diagnóstico de cancro da mama dependem não só da própria inaptidão, mas também das implicações sentidas pelo indivíduo. Desta forma a mesma situação de doença pode ser tolerada e percebida de modo diferente por diferentes indivíduos.

A vivência do cancro envolve uma diversidade de stressores, que vão desde o diagnóstico; ao tratamento; à recuperação e à sobrevivência a longo prazo (Deep & Leal, 2000). Todas estas etapas apresentam uma série de desafios que contribuem para a elevada morbidade psicológica destes indivíduos (Moyer & Salovey, 1999; Moyer, 2000). Como têm demonstrado várias investigações empíricas que têm colocado em evidência a presença de distúrbios de ansiedade e depressivos nesta população (Burgess, Morris & Pettingale, 1988; Baider e col., 1997; Compas & Osowieski, 1999), assim como, modificações nas relações com os pares, amigos e família e alterações na imagem corporal (Perez & Gáldon, 2002). Nos últimos anos, vários autores têm advogado que a elevada morbidade psicológica destes doentes pode ser melhor entendida à luz do paradigma de perturbação de pós-stress traumático (Perez & Gáldon, 2002).

Este paradigma sugere que o stressor, o diagnóstico de cancro, pode criar uma combinação de formas de stress agudas e crónicas, que podem conduzir ao aparecimento de sintomas de pós-stress traumático tipicamente observados em pessoas expostas a stressores extremos como desastres naturais, guerra e violência sexual.

Verificando-se que muito embora só uma pequena percentagem de indivíduos preencha os critérios que garantem o diagnóstico de distúrbio de pós-stress traumático, uma grande percentagem de indivíduos exhibe pelo menos alguns dos sintomas. Estes sintomas podem remeter para a presença penosa e repetitiva de pensamentos e sonhos relacionados com a doença, hiperactivação fisiológica persistente, dificuldade em adormecer, entorpecimento emocional, evitamento de pensamentos sobre o cancro e os tratamentos, assim como hipervigilância no que concerne a manifestações corporais (Andrykowski e col., 1995; Cella & Tross, 1986).

Diversas investigações (Primo e col., 2000; Eckhardt, 1998; Andrykowski e col., 2000) têm demonstrado a relação existente entre presença de sintomatologia traumática e pior qualidade de vida em pacientes e sobreviventes de cancro. Estes resultados salientam a importância e a relevância clínica de determinar quais os factores psicológicos que estão associados ao desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro da mama.

As estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo são um destes factores. Os estudos empíricos têm demonstrado que as estratégias *coping* são um importante indicador de bem-estar emocional (Bliss, Gorman, Greer, Robertson, Rowden, Tunmore & Watson, 1991; Burgess, Morris & Pettingale, 1988) e que estão associadas à sobrevivência na população com cancro da mama (Greer, Morris & Pettingale, 1979).

Nesta investigação as estratégias de *coping* dizem respeito às respostas cognitivas e comportamentais dos indivíduos a uma doença como o cancro da mama e fazem parte do processo de ajustamento deste a esta situação particular.

Têm sido identificados vários tipos de estratégias de *coping*, nomeadamente fatalismo, evitamento, espírito de luta, desespero/desesperança e preocupação ansiosa. Cada uma destas estratégias caracteriza, a forma como cada paciente percebe a sua doença, o que subseqüentemente influencia os seus pensamentos, emoções e comportamentos no que concerne a ter um cancro. As investigações indicam que as estratégias de *coping*, espírito de luta e evitamento estão associadas com resultados psicológicos positivos e aumento do índice de sobrevivência, enquanto o fatalismo, o desespero/desesperança e a preocupação ansiosa estão associadas com consequências psicológicas negativas e diminuição do índice de sobrevivência (Cella, Counte & Wan, 1997, in Pais-Ribeiro, 2002; Greer, 1991).

O *coping* com uma doença, como o cancro tem sido amplamente estudado. As investigações realizadas têm procurado determinar qual a influência das estratégias de

coping em variáveis de ajustamento à doença, que têm sido operacionalizadas em termos de qualidade de vida, funcionamento emocional e estatuto físico. Contudo rareiam os estudos que relacionam as estratégias de *coping* usadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

Para além das estratégias de *coping* também se irá analisar a relação entre a satisfação com o suporte social e as suas dimensões (satisfação com as amizades; satisfação com as relações de intimidade; satisfação com a família; satisfação com as actividades sociais realizadas) e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

O suporte social é um recurso que se verifica ter um efeito moderador sobre o stress e que tem revelado uma elevada correlação com os índices de saúde, nomeadamente com a funcionalidade e a qualidade de vida. É conhecido o efeito do suporte social em situações extremas, como o diagnóstico e tratamento de uma doença oncológica. Contudo, importa saber se este se relaciona com o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático nos indivíduos com cancro da mama.

A forma como o diagnóstico de cancro da mama é vivenciado e o impacto que tem no indivíduo depende das características tanto intrínsecas quanto extrínsecas deste. Daí que também se proceda à análise da influência do sentido de coerência no desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático entre esta população.

O sentido de coerência corresponde a uma disposição e forma vital de ver o mundo, em que se crê que este é compreensível, flexível e possui um significado (Antonovsky, 1998a). Perspectivando-se que, os indivíduos que têm elevados níveis de sentido de coerência, perante situações adversas, apresentam recursos mais eficazes, logo níveis superiores de adaptação, comparativamente aos indivíduos que apresentam baixos níveis de sentido de coerência.

Desta forma este estudo objectiva descrever a sintomatologia pós-traumática, as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência; relacionar as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência, assim como, determinar a prevalência de perturbação de pós-stress traumático; analisar a relação entre os níveis de perturbação de pós-stress traumático e as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social, o sentido de coerência, as variáveis demográficas e as variáveis clínicas, numa amostra de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Para tal, organizou-se o presente trabalho em duas partes distintas. A primeira parte refere-se à conceptualização e à revisão da investigação empírica relativas aos temas relevantes para os aspectos em estudo, nomeadamente, impacto psicológico do cancro da mama, perturbação de pós-stress traumático, estratégias de *coping*, suporte social e sentido de coerência. A segunda parte destina-se à descrição da investigação

empírica levada a efeito, assim como, à apresentação e discussão dos resultados nela obtidos.

Cada parte subdivide-se em diferentes capítulos relativos a aspectos mais particulares, como se especifica de seguida.

O primeiro capítulo refere-se ao impacto psicológico do cancro da mama, fazendo referência à incidência desta patologia, às repercussões psicológicas do cancro da mama e por fim, são enunciados os estádios de adaptação ao cancro.

O segundo capítulo trata a questão da perturbação de pós-stress traumático. Partindo da análise da evolução do conceito de perturbação de pós-stress traumático, definição do conceito, apresentação das diferentes tipologias de perturbação de pós-stress traumático, descrição das investigações efectuadas sobre a relação entre perturbação de pós-stress traumático, doenças ameaçadoras da vida e cancro.

O terceiro capítulo debruça-se sobre o conceito de estratégias de *coping*, a nível conceptual e da revisão empírica. Mais especificamente, é delimitado o conceito de coping, são apresentadas as investigações que se têm debruçado sobre as estratégias de coping utilizadas perante uma doença crónica e o cancro, apresenta-se o conceito de adaptação mental ao cancro, por último, são expostos os resultados das investigações que têm procurado delimitar a influência das estratégias de *coping* no desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

O quarto capítulo descreve o conceito suporte social, os níveis e perspectivas de análise do suporte social, assim como, a relação entre suporte social, doença crónica, cancro e perturbação de pós-stress traumático.

O quinto capítulo elucida a respeito do conceito sentido de coerência, a sua origem, a forma como se desenvolve e os seus modelos de análise, assim como, apresenta os referenciais empíricos que relacionam o sentido de coerência, a doença crónica, o cancro e a perturbação de pós-stress traumático.

O quinto capítulo refere-se ao estudo empírico em si. Parte do traçado do conjunto de objectivos em estudo, construídos a partir da revisão bibliográfica exposta na primeira parte da tese. Apresenta e caracteriza a amostra em estudo, introduz os instrumentos escolhidos – que se encontram em anexo na forma e ordem pela qual foram utilizados – e relata os procedimentos usados, nomeadamente descreve e justifica os procedimentos estatísticos empregues no tratamento dos resultados. Cada passo é legitimado com a fundamentação teórica e metodológica correspondente.

O sexto capítulo diz respeito aos resultados obtidos no estudo empírico. Apresenta os resultados bem como a análise estatística efectuada dos mesmos. Cada objectivo foi analisado através dos processos estatísticos mais convenientes, de acordo com as características da amostra e dos instrumentos empregues.

No sétimo e último capítulo desta tese discutem-se os resultados obtidos na investigação empírica levada a cabo à luz dos resultados obtidos noutras investigações,

para além disso, traçam-se as principais conclusões acerca da perturbação de pós-stress traumático, das estratégias de *coping*, do suporte social e do sentido de coerência em mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

IMPACTO PSICOLÓGICO DO CANCRO DA MAMA

Introdução

A doença oncológica é uma importante causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades modernas. Se for considerado exclusivamente o sexo feminino a maior incidência ocorre no cancro da mama (Costa, 2004).

Trata-se de uma das doenças mais temidas, sendo para muitos, sinónimo de morte (Pais-Ribeiro, 1998). Como tal, é responsável pelo desencadear de um conjunto de reacções emocionais no doente, na família deste e na população em geral (Dias, 2002).

Comungando da perspectiva de Pais-Ribeiro e Dias, Sontag (1977) refere que as reacções provocadas pelo diagnóstico de cancro, se devem ao facto do cancro ser considerada uma doença incompreensível e como tal misteriosa. Assumindo, na representação colectiva, o papel de uma doença que entra sem se anunciar, sendo vivida como uma invasão dissimulada e impiedosa.

Sendo certo, que muito embora, o cancro continue a ser responsável por um número significativo de óbitos. Actualmente, devido aos avanços tecnológicos, ao nível do diagnóstico e tratamento, o número de sobreviventes de cancro tem aumentado. Tendo esta patologia passado, a ser considerada uma doença crónica com períodos de remissão e de recaída. No entanto a toxicidade de alguns fármacos é considerável e a radioterapia pode provocar efeitos colaterais difíceis de suportar. Para além de que, no caso específico do cancro da mama, o tratamento envolva, muitas vezes, o recurso à cirurgia com conseqüente deformação física, deformação esta que, geralmente, é sentida como uma mutilação.

Outro aspecto a considerar, é que o diagnóstico de cancro, como de qualquer doença crónica, representa um momento de crise, constituindo-se como um desafio à capacidade de adaptação do indivíduo. Se for ultrapassada pode conduzir a níveis de funcionamento superiores, ou seja, à organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas. No entanto, este período de mudanças confronta o indivíduo com a elevada improbabilidade de retorno ao estágio prévio de saúde plena, situação, para a qual, provavelmente, está pouco preparado.

A experiência de ter um cancro é um acontecimento de vida que requer tanto a adaptação do indivíduo, como da sua família. A partir do momento em que é efectuado o diagnóstico, tanto o doente, como a sua família, são confrontados com múltiplos desafios.

Inequivocamente, todos os indivíduos diagnosticados com cancro vão passar por um conjunto de problemas. Verificando-se que as respostas emocionais a estes variam consoante as fases da doença e do tratamento, mas as duas respostas mais frequentes em qualquer estágio da doença ou perante qualquer tratamento são o medo e o sofrimento (Rowland & Holland, 1989).

A aceitação da doença, é alcançada no momento em que o doente admite o facto de, apesar de muitas escolhas de vida estarem inviabilizadas, restam outras que são gratificantes. Nesse momento, emerge um renovado interesse pela vida, a energia regressa, as relações sociais voltam a ser fonte de prazer e as actividades, mesmo com redução da funcionalidade, são assumidas de novo. O doente aceita que a vida é diferente, mas reconhece que tem força e competências que lhe permitem continuar em frente e desfrutar da felicidade futura (Ibidem).

Antes de se tecerem quaisquer outras considerações a propósito do *corpus* empírico decorrente do estudo do impacto psicológico do cancro da mama, importa conhecer os dados referentes à incidência desta patologia.

Incidência do Cancro

O cancro é uma das principais causas de morte em crianças com menos de quinze anos, assim como, entre indivíduos com mais de sessenta e cinco anos. E é a segunda maior causa de morte nos países industrializados (Pais-Ribeiro, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde no ano de 1992 foram diagnosticados 20442 casos de cancro em Portugal. No que concerne ao sexo, os doentes com cancro localizado nos órgãos digestivos e peritoneu, assim como, nos órgãos génito-urinários são maioritariamente do sexo masculino. Já no que concerne à patologia maligna da mama os doentes são maioritariamente do sexo feminino (Santos, 2004).

De acordo com Pais-Ribeiro (1998) a *American Cancer Society* em 1994 indicou que a estimativa de sobrevivência para doentes com cancro localizado no cólon e recto é de 58%, 77% para os doentes com cancro na próstata e 79% para os doentes com cancro na mama.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2000, o número de óbitos devido a cancro na mama foi de 1524 indivíduos, óbitos referentes ao sexo

feminino, não se registando qualquer óbito devido a cancro situado na mama entre indivíduos do sexo masculino (cit. por Santos, 2004).

Em termos globais, os dados indicam que em Portugal os cancros localizados no peritoneu, órgãos digestivos, órgãos génito-urinários e mama representam 62,7% da incidência desta patologia, verificando-se que entre estes o cancro da mama é o tumor responsável por mais óbitos entre a população feminina.

Repercussões Psicológicas do Cancro da Mama

Embora o cancro seja uma doença crónica, continua a ser encarada como uma doença potencialmente mortal. Ao analisarem-se as especificidades do impacto psicológico desta patologia, e mais especificamente do cancro da mama, é necessário atender às inúmeras alterações sociais e científicas que ocorreram ao longo do tempo e que influenciam a forma como a doença e os seus tratamentos são vivenciados.

Desde há muito que os investigadores procuram determinar o impacto psicológico do cancro da mama. Um dos primeiros estudos a ser efectuado, foi desenvolvido por Renneker e Cutler (1952). Estes autores verificaram, numa amostra de 50 mulheres diagnosticadas e a efectuar tratamento para cancro da mama, que após a mastectomia a depressão é a reacção mais frequente. Os investigadores referem que esta depressão se caracteriza pela presença de ansiedade, insónia, atitudes depressivas, ocasionalmente, ideação suicida, assim como, por sentimentos de vergonha e indignidade. Os autores salientam, que todos os indivíduos da amostra, referem que sentiram ansiedade relacionada com a possibilidade de morte. Os autores consideram que esta reacção faz parte do processo de adaptação.

Comungando, desta perspectiva Holland e Mastrovito (1980) referem que as repercussões psicológicas do cancro podem ser entendidas como uma antecipação da morte, sendo esta uma resposta esperada em indivíduos que se confrontam com a sua imortalidade.

Nos estudos efectuados posteriormente, verifica-se, que as mulheres experimentam sintomas de depressão, ansiedade e revolta durante as diferentes fases de adaptação ao diagnóstico e tratamento do cancro; enquanto a cirurgia resulta em dificuldades nas áreas da auto-estima, funcionamento físico e sexual (Bard & Sutherland, 1955).

Os padrões de reacção ao diagnóstico do cancro da mama, encontrados nos primeiros estudos são confirmados pelos resultados obtidos nas investigações realizadas mais recentemente.

Os resultados obtidos, nas investigações desenvolvidas a partir da década de 80 do século XX, indicam que, embora os distúrbios psiquiátricos graves não sejam comuns em doentes com cancro, certos quadros clínicos são encontrados com frequência. De acordo com os dados empíricos, as dificuldades emocionais mais frequentemente associadas com esta afecção são, a depressão, a ansiedade e a raiva, podendo estas persistir ao longo do tempo (Hughes, 1982; Meyerowitz, 1980; Moyer & Salovey, 1996; Royak-Schaler, 1991; Epping-Jordan e col., 1999; Williamson, 2000).

Revelando preocupações de cariz metodológico a respeito das investigações anteriormente realizadas, foi desenvolvido um projecto de investigação, sobre a natureza e prevalência de perturbação psiquiátrica na população com cancro, conduzido por Derogatis e colaboradores (1983; cit. por Lopes, 2004). Os dados obtidos indicam que, dos 215 indivíduos que compõem a amostra, 53% apresentam uma boa adaptação à doença oncológica e 47% exibem distúrbios psiquiátricos. Ainda neste estudo, verificou-se que 12-16% dos indivíduos apresentam perturbação de adaptação com depressão e 4,5-6% exibem perturbações afectivas *major*, nestas últimas as mais frequentes são a depressão unipolar e algumas depressões atípicas (Ibidem).

Os resultados obtidos, em alguns estudos comparativos indicam, que a depressão na população com cancro difere qualitativamente da depressão em doentes psiquiátricos. Os dados obtidos por Holland e Mastrovito (1980), corroboram o ora enunciado. Estes autores verificaram, num estudo realizado com doentes com cancro em estágio avançado e doentes psiquiátricos, que muito embora, do ponto de vista quantitativo não existam diferenças significativas entre os dois grupos. Quando os dados são analisados do ponto de vista qualitativo, se verifica que, os indivíduos com diagnóstico psiquiátrico apresentam níveis de depressão mais elevados, maior tristeza, pessimismo, culpabilidade, auto-depreciação, isolamento e ideias de suicídio, comparativamente aos indivíduos com cancro.

Tal como ocorre com a depressão, também a ansiedade tem uma expressão significativa na população com cancro. Na investigação, já anteriormente referida, conduzida por Derogatis e colaboradores (1983; cit. por Lopes, 2004), os autores identificaram perturbações de adaptação com ansiedade em 6% dos doentes oncológicos que participaram no estudo, assim como, verificaram que 2% apresentam patologias associadas à ansiedade, o que no total perfaz uma totalidade de 8% de doentes com perturbações de ansiedade.

Os autores referem, contudo, que as patologias associadas à ansiedade surgem, geralmente, em doentes com perturbações de ansiedade preexistentes, perturbações estas que são exacerbadas por situações associadas ao cancro e/ou aos tratamentos (Ibidem).

Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik e Massie (1999) encontraram uma prevalência de respostas de ansiedade, entre doentes com cancro da mama,

ligeiramente superior à relatada por Derogatis e seus colaboradores. Estes autores indicam que 10% das mulheres, que compõem a amostra do seu estudo, apresentam perturbações de ajustamento com ansiedade.

De acordo com os dados empíricos encontrados por Shag e Heinrich (1989; cit. por Lopes, 2004), a intensidade da ansiedade experimentada pelos doentes com cancro varia em função das situações. Sendo mais intensa e frequente nas deslocações ao hospital, assim como, no período de tempo que medeia a execução de exames médicos e a obtenção dos resultados dos mesmos.

Para além das investigações que procuram determinar quais as reacções emocionais ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama na mulher, alguns estudos procuram averiguar outros impactos da doença, nomeadamente, alterações no quotidiano (*life changes*), assim como, o surgir de receios relativos à morte e recorrência da doença. Os dados indicam, que os indivíduos padecem de pesadelos e insónias, têm dificuldade em reassumir as responsabilidades domésticas e laborais, assim como, apresentam, um de nível de actividade inferior, uma auto-estima mais baixa, para além, de alterações na imagem corporal, no funcionamento sexual e na relação conjugal (Holland & Mastrovito, 1980; Meyerowitz, 1980; Moyer & Salovey, 1996).

Outro domínio que tem sido alvo do escrutínio dos investigadores pode ser, de grosso modo, definido como implicações psicológicas a longo prazo.

A este respeito Holland e Jacobs (1986) referem que, os dados empíricos que dizem respeito ao ajustamento psicológico de sobreviventes de cancro apontam para que, de uma forma geral, não se encontrem distúrbios psíquicos graves ou acentuado decréscimo funcional. Contudo, as autoras referem que, os estudos indicam que são frequentes entre esta população preocupações de ordem psicológica como: sentimentos de vulnerabilidade, sensação de inadequação, sentimentos de perda de controlo, medo da rejeição social, ansiedade e sintomas depressivos (*Ibidem*).

Holland (1999) afirma que, nos sobreviventes de cancro, as sequelas psicológicas têm cinco fontes, a saber: os efeitos tardios dos tratamentos, as complicações do tratamento na esfera sexual, as perturbações do sistema nervoso central, as respostas psicológicas a uma doença que ameaça a vida e as consequências práticas e sociais de retorno às actividades quotidianas e laborais.

A autora refere ainda, que a morbilidade psicológica em sobreviventes ao cancro se caracteriza, pela preocupação com a doença, o medo de recorrência ou de recaída, o receio da morte, o sentimento de dano físico, a preocupação com a sexualidade e a fertilidade, a incerteza quanto ao futuro, a incapacidade para ficar só, o medo da rejeição social, a diminuição do controlo, a ansiedade e a depressão. A nível social e laboral, os sobreviventes relatam receios que se prendem com a transição do

estado saudável para o de doente, o de ser olhado pelos outros como diferente e a discriminação.

Estes receios e preocupações, são resultado da antecipação da ameaça de morte, do confronto pessoal com o seu possível desaparecimento, da síndrome de *stress* residual, ou das perturbações traumáticas. Existindo a possibilidade de ocorrência de *distress* psicológico ligeiro, assim como, alterações comportamentais (Koocher & O'Malley, 1981), depressão, ansiedade, disfunção sexual (Cella & Tross, 1986), diminuição da libido, da auto-imagem, da motivação e da apreciação pela vida (Cella & Holland, 1990).

Seguindo a mesma linha de investigação e revelando preocupações de cariz metodológico Goldberg e colaboradores (1992; cit. por Lopes, 2004) efectuaram um estudo longitudinal, tendo verificado que os problemas psicológicos e psiquiátricos, em doentes oncológicos, tendem a diminuir com o tempo.

A partir dos anos oitenta do século XX, efectuaram-se vários estudos, com o objectivo de comparar, nas diversas áreas psicossociais, as mulheres que tiveram de fazer frente ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama e a população feminina em geral.

Os resultados obtidos indicam, que as mulheres com cancro da mama, apresentam mais sintomas de depressão, comparativamente às mulheres da população em geral (Dean, 1987), assim como, uma menor qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 1999a). No que concerne aos índices de ansiedade, não se encontram diferenças significativas entre as mulheres com cancro da mama e outras mulheres (Dean, 1987).

Numa outra linha de investigação, alguns autores têm procurado comparar as consequências psicológicas de diagnóstico de malignidade e de benignidade.

Verifica-se ainda que o *distress* experimentado, por mulheres a efectuar tratamento para o cancro da mama, é superior ao que é experimentado por mulheres a efectuar tratamento para outras patologias (Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group, 1987).

Alguns investigadores, suspeitando que alguns protocolos terapêuticos menos agressivos resultam em menos sintomas psicológicos, efectuaram estudos em que comparam as reacções dos indivíduos consoante os tratamentos que efectuaram.

Hall e Fallowfield (1989), num estudo com mulheres que realizaram cirurgia para tratamento do cancro da mama, verificaram que as mulheres que efectuaram cirurgia conservadora apresentam menos alterações na imagem corporal e no funcionamento sexual, comparativamente às mulheres que efectuaram mastectomia.

Dados fornecidos por um estudo efectuado por Pais-Ribeiro e Santos (2000), entre a população portuguesa, corroboram a posição assumida por Hall e Fallowfield (1989).

Em 1997, Moyer efectuou uma meta-análise dos estudos realizados neste domínio. Tendo concluído que os dados apontam para o facto de existirem diferenças quanto às consequências psicológicas da mastectomia e da cirurgia conservadora. Estas diferenças vão no sentido de a cirurgia ser mais benéfica ao ajustamento psicológico, quando este é objectivado em termos de depressão, ansiedade, culpa e raiva; mas também no relacionamento conjugal, sexual e social, assim como, no que concerne à imagem corporal, medos e preocupações relacionadas com o cancro.

Este autor verificou, ainda, que as diferenças se tomam mais significativas a longo do tempo. Tal constatação parece sugerir que os benefícios da cirurgia conservadora são mais evidentes a longo prazo.

À luz dos referenciais histórico-culturais, a relação entre cirurgia conservadora, imagem corporal, relacionamento conjugal, sexual e social não é inesperada. Uma vez que a mama desde sempre esteve carregada de significados extremamente poderosos e caracterizadores das diversas representações de feminilidade. Refira-se que a representação da mama não se alicerça somente na biologia, mas também na sociedade. Verificando-se que na sociedade Ocidental esta representa, desde há muito, o âmago da identidade feminina. Como tal, intervenções cirúrgicas mais conservadoras traduzem-se em menores repercussões psicológicas.

Não foi apenas a cirurgia que foi alvo de interesse empírico. Para além desta, alguns estudos têm procurado avaliar as repercussões psicológicas de outras modalidades terapêuticas, nomeadamente da quimioterapia.

A este respeito, Bishop (1994) refere, que alguns estudos estimam a experiência de náuseas e vômitos antecipatórios em 18 a 50% dos doentes a efectuar quimioterapia.

Numa investigação desenvolvida por McGarvey, Baum, Pinkerton e Rogers (2001; cit. por Santos, 2004), que procurou estudar os efeitos psicológicos de se realizar quimioterapia para o tratamento do cancro, os dados obtidos indicam que algumas mulheres apresentam antecipação de alopecia.

Com base nos dados até agora apresentados, pode-se depreender que as reacções psicológicas ao cancro da mama dependem, em certa medida, dos tratamentos médicos efectuados.

Adoptando, uma perspectiva sistémica, assume-se que a doença influencia o sistema familiar, mas também que a qualidade de vida familiar influencia o curso da doença e o impacto psicológico da mesma no indivíduo doente. As interacções familiares podem promover um melhor ajustamento à doença, ao tratamento e favorecer a reabilitação do indivíduo.

O relacionamento familiar é um factor extremamente importante, no processo de adaptação à doença. Por um lado, a família está intimamente envolvida com o indivíduo durante a doença; por outro lado, a dinâmica e a interacção familiar surgem como uma

plataforma para a promoção das interações sociais do indivíduo, com os amigos, colegas e os prestadores de cuidados de saúde (Bloom, 1982).

Alguns estudos indicam que as variáveis familiares: coesão familiar, abertura, possibilidade de expressão dos sentimentos e inexistência de conflitos intrafamiliares; são determinantes para o ajustamento familiar e individual face às situações de crise, nomeadamente ao diagnóstico de cancro (Pereira & Lopes, 2002).

Seguindo uma linha de investigação similar, alguns investigadores verificaram que, a existência de antecedentes psicopatológicos de um ou mais elementos da família, uma condição sócio-económica precária, assim como, a fase do ciclo de vida em que a família se encontra, nomeadamente a existência de crianças pequenas, são factores que podem colocar em causa a estabilidade e o ajustamento familiar numa situação de crise (Lewis, 1989; cit. por Pereira & Lopes, 2002).

Em suma, o impacto da doença na família depende da fase de desenvolvimento em que a família se encontra aquando do diagnóstico da doença, da forma como a dinâmica familiar é afectada e do significado que é atribuído à doença em termos de identidade familiar (Pereira & Lopes, 2002).

Como se procurou desenvolver na descrição supra, vários têm sido os contributos que emergiram nas últimas décadas dotando de valor acrescentado a compreensão da relação conceptual e empírica entre cancro e implicações psicológicas.

Estádios de Adaptação ao Cancro

Ficou patente nas diferentes apresentações empíricas versadas anteriormente, que apesar das alterações nas atitudes da sociedade face ao cancro e dos progressos da medicina, esta continua a ser uma doença que coloca a vida em risco. Por outro lado, os tratamentos utilizados têm efeitos colaterais danosos e por vezes difíceis de suportar pelo indivíduo.

Os estudos sobre as repercussões psicológicas, sociais e relacionais do cancro indicam, de forma irrefutável, que este tem efeitos negativos. O conhecimento e compreensão das repercussões do cancro e seu tratamento, só é possível se também o processo de adaptação ao cancro e os factores que o favorecem forem compreendidos.

Estudos recentes indicam que as perturbações emocionais, que geralmente surgem associadas ao cancro, não afectam necessariamente todos os doentes oncológicos, verificando-se que entre 53 a 42% dos doentes com neoplasia não desenvolve qualquer tipo de perturbação psicológica (Derogatis e col., 1983; cit. por Lopes, 2004).

Apresentando contudo, dificuldades e reacções emocionais conducentes com a sua situação e adequadas para o estágio da doença. A este respeito Tope e colaboradores (1993; cit. por Lopes, 2004) assinalam que as reacções emocionais consideradas normais ao cancro diferem das reacções de carácter patológico, tanto ao nível da gravidade, como no grau de extensão da perturbação. Os autores salientam que as dificuldades emocionais ou de ajustamento ao cancro, tendem a não ser nem globais, nem persistentes.

Seligman (1996; cit. por Matos & Pereira, 2004), defende que os indivíduos que enfrentam uma doença oncológica passam por três estádios. Estes são muito semelhantes aos propostos por Kubler-Ross para doentes terminais, a saber: negação; raiva/revolta; negociação; depressão e aceitação.

Matos e Pereira (2004) advogam que uma possível explicação para o doente oncológico experimentar uma sequência semelhante na resposta à doença à do doente terminal prende-se com o facto de os pacientes efectuarem uma correspondência quase linear entre o diagnóstico de cancro e o fim próximo das suas vidas.

Como entendemos o doente oncológico como um agente activo, todas as reacções emocionais exibidas pelo doente devem ser entendidas como um processo nitidamente individual e influenciado por factores pessoais e sócio-culturais.

Considerações Finais

A doença oncológica enquanto doença, constitui-se como um momento de crise em que a probabilidade de retorno ao estágio prévio de saúde plena é muito ténue. Implicando a necessidade de reorganização e adaptação do indivíduo a uma nova realidade, assim como, a capacidade para fazer frente à doença e seus tratamentos.

Sendo indubitavelmente um processo que acarreta sofrimento emocional para o doente. Como assinala Holland (1999), o sofrimento emocional no doente oncológico pode ser considerado como um contínuo, que abarca desde as reacções emocionais normais ao stress provocado pelo diagnóstico e decorrer da doença, assim como, pelos tratamentos para a mesma, até sintomas de transtornos psicológicos mais intensos e extremos, para além, de problemas sociais e familiares graves. Como entendemos o doente oncológico como um agente activo, todas as reacções emocionais exibidas pelo doente devem ser entendidas como um processo individual, contudo influenciado por factores pessoais e sócio-culturais.

PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO

Introdução

Desde há muito que se sabe que para além das respostas ao tipo de stress que se pode encontrar no dia-a-dia, existem situações a tal ponto extremas, que colocam em risco a sobrevivência física e psicológica do indivíduo. Uma das situações extremas mais estudadas tem sido a guerra, mas nas últimas décadas várias investigações têm sido efectuadas sobre o impacto das catástrofes naturais, violação, acidentes de viação, morte ou acidente grave de alguém que nos é querido, assim como, diagnóstico de uma doença ameaçadora para a vida, como o cancro.

Os dados indicam que a exposição a um stressor traumático extremo pode levar ao aparecimento da perturbação de pós-stress traumático, perturbação que na revisão da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, publicada em 2000 pela *American Psychiatric Association*, é considerada uma desordem de ansiedade.

Esta perturbação caracteriza-se pela reexperiência do acontecimento traumático, evitamento persistente de estímulos associados ao trauma e embotamento geral da reactividade, assim como, pela existência de sintomas persistentes de aumento da activação (*American Psychiatric Association*, 2002).

Para além destes sintomas verifica-se que os indivíduos com perturbação de pós-stress traumático podem descrever sentimentos intensos de culpa, tanto por terem sobrevivido, enquanto outros que experienciaram a mesma situação não sobreviveram, como por terem feito determinadas coisas para sobreviverem (*Ibidem*).

Constata-se que o evitamento das situações ou actividades que se assemelham ou simbolizam o trauma original pode interferir com os relacionamentos interpessoais do indivíduo e levar a conflitos conjugais, divórcio ou perda do emprego (*Ibidem*).

Verifica-se ainda, que entre os indivíduos com esta perturbação existe um risco aumentado para o desenvolvimento de perturbação de pânico, agorafobia, perturbação obsessivo-compulsiva, fobia social, fobia específica, perturbação depressiva *major*,

perturbação de ansiedade generalizada, perturbação bipolar e perturbações relacionadas com substâncias (Ibidem).

Para além das lesões físicas decorrentes do trauma, verifica-se que os indivíduos com perturbação de pós-stress traumático, quando comparados com indivíduos sem esta patologia, apresentam um maior número de queixas somáticas (Ibidem).

De acordo com o mesmo manual, a prevalência da perturbação de pós-stress traumático é aproximadamente de 8% na população adulta, dados obtidos nos Estados Unidos da América. Não existem, actualmente, dados disponíveis quanto à prevalência desta perturbação na população de outros países.

Segundo Serra (2003) a perturbação de pós-stress traumático não é o único quadro clínico que ocorre após um acontecimento traumático. Posteriormente a uma situação extrema podem surgir o distúrbio agudo de stress, depressão ou diversos transtornos mediados pela ansiedade. O autor refere ainda que, existem indivíduos que após a exposição a ocorrências traumáticas que, para além de um transtorno transitório de duração breve, não desenvolvem qualquer tipo de perturbação física ou psicopatológica. Por sua vez, outros há, para quem uma situação traumática estimula o amadurecimento psicológico. A variedade de reacções é, por conseguinte, muito vasta e determinada por factores de natureza biológica, psicológica e social

Para uma compreensão mais precisa desta perturbação, antes de apresentar a sua definição, a enquadrar numa tipologia, a relacionar com o diagnóstico de doenças ameaçadoras de vida e mais especificamente com o diagnóstico de cancro, há primeiro que fazer uma breve retrospectiva histórica da evolução e desenvolvimento do conceito de perturbação de pós-stress traumático.

Evolução do Conceito de Perturbação Pós-Stress Traumático

Para um entendimento mais rigoroso da perturbação de pós-stress traumático procurar-se-á efectuar, de seguida, uma retrospectiva sobre esta.

Esta perturbação foi definida pela primeira vez pela *American Psychiatric Association* na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (1980), entendia então tratar-se de uma patologia marcada pela revivência do acontecimento traumático, falta de capacidade de resposta emocional, envolvimento reduzido com o mundo exterior e uma variedade de sintomas autónomos e cognitivos.

Sintomas estes, que reflectem duas manifestações intrapsíquicas importantes, a saber: a intrusão e o evitamento (Horowitz, 1986). A intrusão refere-se à penetração de pensamentos, imagens, sentimentos e pesadelos, assim como, a uma variedade de

comportamentos repetitivos relacionados com o acontecimento traumático. Já o evitamento diz respeito ao entorpecimento psíquico, negação consciente de intenções e consequências, inibição do comportamento e actividades contrafóbicas relacionadas com o acontecimento vital exaustivo (Solomon, Mikulincer & Flum, 1988).

Embora o termo perturbação de pós-stress traumático, tenha surgido pela primeira vez na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association*, 1980) e só tenha figurado na Classificação Internacional de Diagnóstico – 10, da Organização Mundial de Saúde, no ano de 1992, o conceito clínico ligado a esta nomenclatura é muito mais antigo.

Albuquerque (1992, cit. por Ventura, 1997) refere que já no século XIX se faz referência à síndrome de stress em soldados.

Enquanto Da Costa (1871, cit. por Ventura, 1997) utiliza o conceito coração irritável, para descrever um transtorno que surge em resposta a stressores de grande intensidade, transtorno este que se caracteriza pela existência de sintomas de ansiedade.

Contudo, é após a Primeira Guerra Mundial que síndromes clínicas específicas foram associadas com a exposição ao combate, nomeadamente a designada *shell shock*. Inicialmente, estas síndromes, eram atribuídas a causas físicas, como lesões na espinal medula. Contudo, gradualmente começaram a surgir outro tipo de explicações para a sua etiologia. Freud, por exemplo, advogou a existência de uma síndrome de pânico agudo e posteriormente definiu a neurose de guerra (Ibidem).

Todavia, é depois da Segunda Guerra Mundial que se começa a falar de neurose traumática de guerra, stress de combate e reacção intensa de stress, para denominar as alterações psiquiátricas, relacionadas com as acções de guerra, apresentadas pelos ex-combatentes, mas também por sobreviventes de grandes incêndios e em prisioneiros de campos de concentração (Serra, 2003).

Em 1952, na primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association*), surge uma categoria diagnóstica denominada de reacção intensa de stress, assinalada como resposta a um trauma grave. Categoria diagnóstica esta, que é reconhecida internacionalmente nos anos 60 do século XX.

Contudo, este fenómeno é esquecido na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association*, 1968), mas volta a surgir na terceira edição do mesmo manual (*American Psychiatric Association*, 1980) e nas posteriores edições do mesmo (*American Psychiatric Association*, 1987, 2000, 2002) com a nomenclatura de *post-traumatic stress disorder*.

De acordo com Kaplan e Sadock (1998), o facto desta identidade voltar a figurar numa classificação nosológica deve-se, em grande medida, às investigações efectuadas entre os veteranos da guerra do Vietname.

Em Portugal, a designação *post-traumatic stress disorder* surge traduzida nas edições em português do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais como perturbação de pós-stress traumático, uma vez que se trata de uma perturbação que surge depois de um stress traumático e não de um stress que surge depois de um trauma (Ventura, 1997).

Definição de Perturbação de Pós-Stress Traumático

A perturbação de pós-stress traumático é apresentada, na edição revista da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 2000*), como um conjunto de sintomas específicos que se podem desenvolver a seguir a um trauma. De acordo com este manual:

As características essenciais da perturbação de pós-stress traumático são o desenvolvimento de sintomas característicos a seguir à exposição a um stressor traumático extremo, implicando uma experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de obter ajuda ou horror (*American Psychiatric Association, 2000, p. 463*).

Ainda segundo o mesmo manual, os acontecimentos traumáticos que podem causar perturbação de pós-stress traumático e que são vividos directamente pelo indivíduo “incluem, mas não estão limitados a, combates em guerra, assaltos pessoais violentos (...), ser raptado, ser feito refém, ataque terrorista, tortura, ser feito prisioneiro de guerra num campo de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes graves de automóvel, ou diagnóstico de doença ameaçadora de vida” (p. 463-464).

Os sintomas característicos que permitem o diagnóstico de perturbação pós-stress traumático podem ser congregados em três grupos, a saber: reexperiência do acontecimento traumático, evitamento persistente de estímulos associados com o trauma, assim como, embotamento da reactividade geral e, por último, sintomas persistentes de aumento da activação (*American Psychiatric Association, 2000*).

A reexperiência do acontecimento traumático confere as características que dão especificidade à perturbação de pós-stress traumático e a diferenciam de outras entidades clínicas. Refere-se à sensação, experienciada pelo indivíduo, de estar a reviver o acontecimento pelo qual passou através de *flashbacks*, pesadelos e memórias

intrusivas, que podem surgir sob a forma de imagens, pensamentos, sonhos ou percepções (Serra, 2003).

Os sintomas associados à reexperiência do acontecimento traumático são extremamente penosos para o indivíduo, para além de que, podem induzir medo e ansiedade. Uma vez que o indivíduo se encontra numa situação de reexposição contínua, sem tempo limitado e fora do seu controlo, que reaviva a circunstância traumática pela qual passou, incapacitando-o de lidar adequadamente com o seu passado e impedindo-o de se mostrar disponível para o tempo presente. Estes sintomas podem ser despertados por indícios externos, evocadores do trauma, ou por pistas internas, que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático (Serra, 2003).

Já o evitamento e o embotamento da reactividade geral, caracterizam-se pela tentativa de evitar, de forma intencional, conversas, pessoas, actividades, pensamentos ou outras situações que possam evocar lembranças do evento traumático. Assim como, a incapacidade, do indivíduo, recordar aspectos importantes da circunstância traumática. Verifica-se ainda, que regra geral, o indivíduo manifesta um estado de embotamento psíquico ou anestesia emocional; um interesse fortemente diminuído por participar em actividades que anteriormente eram gratificantes; revela um certo distanciamento das pessoas e dos acontecimentos e apresenta expectativas encurtadas em relação ao futuro (*American Psychiatric Association, 2000*).

Por último temos os sintomas persistentes de aumento da activação. Serra (2003) destaca, o facto de ser este tipo de sintomas que permite considerar a perturbação de pós-stress traumático como um transtorno mediado pela ansiedade. Os sintomas de hiperactivação traduzem-se em manifestações como: dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, irritabilidade ou acessos de cólera, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta de alarme exagerada (*American Psychiatric Association, 2000*).

No que concerne à Classificação Internacional de Diagnóstico-10, da Organização Mundial de Saúde (1992), os critérios estabelecidos para o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático são distintos, dos enunciados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da *American Psychiatric Association* (2000).

Uma vez que na Classificação Internacional de Diagnóstico-10 (Organização Mundial de Saúde, 1992) se considera, que os acontecimentos que podem causar perturbação de pós-stress traumático, possuem uma natureza excepcionalmente assustadora ou catastrófica, capaz de causar angústia invasiva na maioria dos indivíduos (p. 116). Não havendo, como ocorre no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 2000*), uma especificação dos acontecimentos capazes de darem origem a esta perturbação.

Para além de que, na Classificação Internacional de Diagnóstico-10 (Organização Mundial de Saúde, 1992), os sintomas persistentes de aumento da activação não são requeridos, de forma invariável, para que se efectue o diagnóstico. Podendo em vez destes, surgir a incapacidade para recordar aspectos importantes do trauma.

Ainda de acordo com o manual supra citado, os sintomas característicos desta perturbação devem ser todos satisfeitos dentro de seis meses do evento stressante ou do final de um período de stress.

Atendendo a qualquer um dos manuais de classificação de perturbações mentais, destaca-se como característica primordial e unânime desta perturbação, o facto de esta se dever a um acontecimento de vida involgar, caracterizado por um stress intenso vivido pelo indivíduo como traumatizante.

De acordo com a edição revista da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 2000*), para se efectuar o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático, o quadro sintomático tem de estar presente mais de um mês e a perturbação deve ser causadora de mal-estar significativo (*American Psychiatric Association, 2000*).

Segundo o manual acima mencionado, verifica-se que frequentemente, a perturbação de pós-stress traumático surge, inicialmente, sob a forma de perturbação aguda de stress. A perturbação de pós-stress traumático distingue-se da perturbação aguda de stress pelo facto do padrão sintomático da segunda ocorrer no período de quatro semanas após o evento traumático e desaparecer em igual período.

Para uma compreensão, mais precisa, da perturbação de pós-stress traumático, há que a distinguir de outras patologias, para além da perturbação aguda de stress.

Entre as quais a perturbação de adaptação, a perturbação de pós-stress traumático distingue-se desta, pela natureza extrema do stressor. O diagnóstico de perturbação de adaptação efectua-se nas situações, em que resposta a um stressor extremo não satisfaz todos os critérios estabelecidos para o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático, ou para as situações em que o padrão de sintomas da perturbação de pós-stress traumático ocorre em resposta a um agente stressor que não é extremo (*American Psychiatric Association, 2000; Serra, 2003*).

Já no que concerne à perturbação obsessivo-compulsiva, verifica-se que tanto nesta, como na perturbação de pós-stress traumático, há presença de pensamentos intrusivos recorrentes. Contudo, na perturbação obsessivo-compulsiva estes pensamentos são experimentados como inadequados e não apresentam qualquer relação com o facto do indivíduo ter experienciado um acontecimento traumático (*American Psychiatric Association, 2000; Serra, 2003*).

No que concerne aos *flashbacks*, verifica-se que os que ocorrem na perturbação de pós-stress traumático são distintos das ilusões, alucinações e outras

perturbações da percepção que podem ocorrer na esquizofrenia, assim como, noutras perturbações psicóticas, na perturbação do humor com características psicóticas, no *delirium*, na perturbação induzida por substâncias, assim como, nas perturbações psicóticas secundárias a um estado físico geral (*American Psychiatric Association*, 2000; Serra, 2003; Ventura, 1997).

A *American Psychiatric Association* (2000) refere que a probabilidade de desenvolver a perturbação de pós-stress traumático “pode aumentar em relação com a intensidade e a proximidade física do agente stressor” (p. 435).

No que concerne à sua evolução, constata-se que esta perturbação pode ser desenvolvida em qualquer idade, incluindo a infância (*American Psychiatric Association*, 2000). Verificando-se que os sintomas, geralmente, começam dentro dos três primeiros meses após o acontecimento traumático, contudo, podem decorrer meses ou mesmo anos antes dos sintomas surgirem. A duração dos sintomas característicos desta perturbação varia, no entanto, constata-se que em aproximadamente metade dos casos há uma remissão completa nos três primeiros meses ou como acontece em muitos outros casos, pode durar mais de doze meses ou até por quase toda a vida (Serra, 2003). Contudo, em certos casos, “...a evolução caracteriza-se pelo recrudescimento e diminuição dos sintomas. Constata-se, que muitas vezes a reactivação dos sintomas pode ocorrer em resposta às recordações do stressor original, a stressores de vida ou a novos eventos traumáticos” (*American Psychiatric Association*, 2000, p. 466).

Tipologia

Embora uma tipologia seja sempre um assunto contencioso, desde há algum tempo que alguns dos investigadores que trabalham no domínio da perturbação de pós-stress traumático, propõem duas tipologias para esta perturbação.

Exemplo do acima referido é a moção de Terr (s.d., cit. por Ventura, 1997), que advoga que a perturbação de pós-stress traumático pode apresentar-se sob a forma de perturbação de pós-stress traumático tipo I ou tipo II. A perturbação de tipo I, resulta de um acontecimento traumático de impacto único, sendo os sintomas de reexperimentação característicos desta forma de perturbação de pós-stress traumático. Já a perturbação de tipo II, deve-se a uma série de acontecimentos traumáticos ou à exposição a um agente traumático de natureza prolongada, sendo os sintomas de evitamento, dissociação e embotamento da reactividade específicos desta tipologia.

Por sua vez, Brown e Fromm (1985; cit. por Ventura, 1997) distinguem a perturbação de pós-stress traumático em simples e complexa. A forma simples refere-se às situações, em que após a estabilização das condições que provocaram o trauma

ocorre o processamento do acontecimento, logo a resolução do mesmo. A forma complexa refere-se a situações em que o processamento da experiência e a resolução estão bloqueados. Os autores consideram que neste último caso, ocorrem mudanças duradouras e por vezes permanentes no processo de regularização do sistema nervoso autónomo e no controlo dos impulsos, assim como, na estrutura do ego.

Na revisão da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 2000*), a perturbação de pós-stress traumático surge identificada como podendo ser aguda, crónica e com início dilatado. Esta tipificação baseia-se nos critérios de durabilidade e início dos sintomas da perturbação. Esta é considerada aguda, quando a duração dos sintomas é inferior a três meses. Por outro lado, trata-se de uma situação crónica quando os sintomas duram três ou mais meses. E considera-se de início dilatado quando passaram pelo menos seis meses entre o acontecimento traumático e o início dos sintomas.

Perturbação de Pós-Stress Traumático e Doenças Ameaçadoras da Vida

Desde 1996 que é, internacionalmente, aceite que o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida é um acontecimento capaz de desencadear o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

Contudo, a literatura sustenta que também os indivíduos que têm complicações de saúde decorrentes de procedimentos médicos, assim como, indivíduos que têm entes queridos a quem foi diagnóstica uma doença ameaçadora para a vida, podem desenvolver perturbação de pós-stress traumático (Kangas, Henry & Bryant, 2002).

Para o reconhecimento, pela comunidade científica, da possibilidade de desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático após o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, em muito contribuíram as investigações empíricas desenvolvidas com indivíduos afectados por diversas patologias. Entre as quais se destacam as investigações conduzidas por Cassidy e Lyons (1992) que dão conta do desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático por indivíduos que sofreram um acidente vascular cerebral. Assim como, os trabalhos desenvolvidos por Roca, Spence e Munster (1992) que demonstram que indivíduos que sofreram queimaduras graves podem desenvolver perturbação de pós-stress traumático.

Por seu lado, Van Diel e Den Velde (1995) verificaram que a perturbação de pós-stress traumático, também, pode ser detectada entre indivíduos que tiveram enfarte do miocárdio

Já os trabalhos desenvolvidos por Hamner, Hunt, Gee, Garrell e Monroe (1999), demonstram que alguns indivíduos desenvolvem perturbação de pós-stress traumático

após o diagnóstico de arritmia cardíaca. Importa também salientar os trabalhos desenvolvidos por Martinez, Israelski, Walker e Koopman (2002) com mulheres a quem foi diagnosticada seropositividade ao vírus da imunodeficiência humana. Estes investigadores verificaram que 42% das mulheres que compunham a sua amostra preenchiam todos os critérios para o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático. Das restantes, 22% apresentava sintomatologia pós-traumática. Dados que indicam, que uma elevada percentagem de mulheres seropositivas ao vírus da imunodeficiência humana desenvolve perturbação de pós-stress traumático em consequência do diagnóstico de seropositividade.

Por sua vez, Shemesh e colaboradores (2001) desenvolveram uma investigação em que procuraram determinar a relação entre sintomatologia pós-traumática e a não adesão às prescrições médicas, entre sobreviventes de enfarte do miocárdio. Os autores verificaram que a sintomatologia pós-traumática está associada à não adesão às prescrições medicamentosas efectuadas pela equipe médica. Dito de outra forma, os dados indicam não só, que a sintomatologia pós-traumática entre sobreviventes de enfarte é uma realidade, como, que esta influi nos cuidados que os pacientes têm com a sua saúde.

Como se procurou desenvolver na descrição supra, vários têm sido os contributos que emergiram nos últimos anos dotando de valor acrescentado a compreensão da relação empírica entre diagnóstico de doença ameaçadora de vida e perturbação de pós-stress traumático. Para concluir, sublinhe-se que a relação entre perturbação de pós-stress traumático e doença se revela importante, tanto pelo carácter traumático do diagnóstico de uma doença, como pelo facto da perturbação de pós-stress traumática estar associada a comportamentos de risco para a saúde. Como tal, a identificação desta pode, em si mesmo, assumir um papel profilático.

Perturbação de Pós-Stress Traumático e Cancro

Como prelúdio, aprez referir que, embora desde há muito o cancro seja encarado como uma doença que representa uma potencial ameaça para a vida, só recentemente os investigadores começaram a avaliar a natureza traumatogénica do diagnóstico desta patologia.

Os resultados dos estudos efectuados, nas últimas décadas, mostram que os pacientes a quem foi diagnosticado cancro, assim como, os sobreviventes de cancro sofrem um nível considerável de *distress* psicológico, muitas vezes manifestado sob a forma de sintomatologia característica da perturbação de pós-stress traumático.

De acordo com os dados obtidos em investigações efectuadas sob esta temática, verifica-se que a incidência da perturbação de pós-stress traumático varia entre valores próximos dos 10% (Alter e col., 1993; Andrykowski e col., 1998; Cordova e col., 1995; Green e col., 1996; Jacobsen e col., 1998; Tjemmland e col., 1996) e 32% (Naidich & Motta, 2000), nos estudos efectuados com indivíduos que já terminaram os tratamentos.

Já entre os indivíduos que ainda estão a efectuar tratamentos para o cancro, a incidência de perturbação de pós-stress traumático chega a atingir os 55% (Khalid & Gul, 2000).

Embora, os índices de perturbação de pós-stress traumático variem, consideravelmente de investigação para investigação, estas diferenças devem-se em grande medida à diversidade metodológica. No entanto, estes trabalhos empíricos mostram, de forma inequívoca, que a existência de sintomas característicos da perturbação de pós-stress traumático entre indivíduos a quem foi diagnosticado cancro é uma realidade.

É com base nos dados obtidos nestas investigações que Perez e Gáldon (2002) advogam, que as reacções físicas e emocionais tipicamente apresentadas pelos doentes com cancro, podem ser melhor compreendidas à luz da perturbação de pós-stress traumático.

Comungando da mesma perspectiva de Perez e Gáldon (2002), Komblith e os seus colaboradores (1992), defendem que as náuseas e os vômitos que ocorrem em resposta a lembranças do tratamento de quimioterapia, devem ser entendidos como um sintoma de reexperimentação.

Já outros autores consideram tratar-se de um sintoma de activação aumentada, o facto de os pacientes de cancro relatarem um excessivo estado de alerta relativamente ao seu estatuto físico, acompanhado de um aumento da atenção para com as sensações físicas e alterações corporais, associado ao medo e preocupação relativamente às alterações corporais detectadas (Cella & Tross, 1986; Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995; Komblith, Andersons, Cella, Tross e col., 1990).

Autores há que se têm debruçado sobre a análise da natureza traumatogénica do diagnóstico de cancro. Entre os quais se destacam os trabalhos de Green e colaboradores (1998). Estes autores, comparam os sintomas da perturbação de pós-stress traumático nos pacientes de cancro, com aqueles que são exibidos por sujeitos que foram vítimas de rapto, violência, guerra e desastres naturais. Chamando a atenção para o facto do cancro, ser uma experiência interna em que a ameaça é percebida como vindo do próprio, mais especificamente do seu interior, nomeadamente "*arises internally, so that the threat and the individual cannot be separated*" (p. 166). Os autores acima referidos referem ainda que o acontecimento

ameaçador não está no passado ou no presente mas antes no futuro *“the immediate death encounter in the majority of life-threatening illness is not experienced in the initial episode but, rather, looms ahead”* (p. 166).

Também Smith, Redd, Peyser e Vogl (1999, pp. 522) consideram que o cancro, enquanto evento traumático, se distingue de outros acontecimentos capazes de desencadear perturbação de pós-stress traumático pelo facto de não se tratar *“a discrete, shortlived event. The cancer experience consists instead, of a series of events beginning with cancer detection and diagnosis, proceeding through active medical treatment and concluding with posttreatment recovery and monitoring”*.

Outro elemento refere-se ao facto de os pacientes terem de se confrontar, constantemente, com aspectos que remetem para a possibilidade de uma recaída. Este tipo de ameaça é denominado de ameaça ou stressor informacional e é similar às ameaças que ocorrem na exposição à contaminação de natureza química ou radioactiva (Green, Lindy & Grace, 1994).

O estudo das reacções traumáticas entre pacientes com cancro é uma área de investigação recente, os dados obtidos nas investigações efectuadas variam de acordo com o tipo de cancro, estágio da doença e outras variáveis relativas à doença. Alguns estudos foram efectuados com populações com um tipo específico de cancro, noutros, pelo contrário, a amostra é composta por doentes de diversos tipos de cancro, assim como, em diferentes estádios de desenvolvimento da doença.

No que se refere às investigações efectuadas com pacientes de diferentes tipos de cancro, verifica-se tanto, a presença de sintomas de evitamento e reexperiência do evento traumático entre os doentes.

Como foi demonstrado nos estudos desenvolvidos por, Cella, Mahon e Donovan (1990). Estes autores avaliaram a presença de sintomas de evitamento e reexperiência do evento traumático entre quarenta adultos diagnosticados com cancro recidivante. O objectivo da investigação era determinar se existiam diferenças na sintomatologia de perturbação de pós-stress traumático entre os indivíduos com uma recidiva e os que tinham duas ou mais recidivas. Os investigadores verificaram que os doentes que tinham a sua primeira recidiva apresentam mais sintomas de evitamento, contudo não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito aos sintomas de intrusão.

Já uma investigação conduzida por Kaasa, Malt e Steinar (1993), com o intuito de determinar a presença de sintomas de evitamento e intrusão entre pacientes de cancro num estágio avançado, em indivíduos com diferentes tipos de cancro, revelou que aproximadamente 75% dos indivíduos obteve índices de evitamento, assim como, de intrusão que iam do moderado ao elevado, parâmetros estabelecidos pelos autores.

Numa linha de investigação um pouco diferente, Epping-Jordan, Compas e Howell (1994) avaliaram a presença de sintomas de intrusão e evitamento entre

indivíduos diagnosticados com diferentes tipo de cancro em dois momentos distintos, perto do diagnóstico e um ano depois. Os autores constataram que os índices de sintomatologia eram mais elevados quanto mais perto do diagnóstico havia sido efectuada a avaliação.

Resultado que vai ao encontro dos dados obtidos por Deimling, Kahana, Bowman e Schaefer (2002). Estes autores verificaram que quanto mais tempo decorrer, menores serão os níveis de sintomatologia pós-traumática. Estes autores constataram ainda, que a perturbação de pós-stress traumático correlaciona-se significativamente com outras medidas de *distress* psicológico, nomeadamente, a ansiedade, a hostilidade e a depressão.

Alguns investigadores efectuaram estudos em populações específicas. Cella e Tross (1986) efectuaram uma investigação com o objectivo de determinar quais as sequelas psicológicas entre sobreviventes da doença de Hodgkins. Os autores verificaram que os indivíduos que tinham terminado os tratamentos há menos tempo apresentavam níveis mais elevados de pensamentos intrusivos.

A grande amplitude de resultados a que chegam os vários autores, é compreensível à luz das diferentes metodologias e populações que compõem as amostras em estudo. Contudo, verifica-se que nos estudos em que a amostra é composta por indivíduos que já terminaram os tratamentos, os níveis de incidência de sintomatologia são menores.

Seguindo uma linha de investigação diferente, Hampton e Fromblach (2000) compararam a prevalência e os preditores da perturbação de pós-stress traumático, entre mulheres e homens com cancro. Os autores verificaram que as mulheres apresentam índices de perturbação superiores aos dos homens. Constataram ainda, que os preditores de perturbação de pós-stress traumático, nos indivíduos do sexo feminino são, uma maior percepção da intensidade dos tratamentos efectuados para o cancro, um maior número de problemas com os profissionais de saúde e o recurso à estratégia de *coping* evitamento. Já no que concerne aos homens, o único preditor de perturbação encontrado é a utilização da estratégia de *coping* evitamento.

Alguns investigadores suspeitando que alguns protocolos terapêuticos mais agressivos resultam em níveis mais elevados de sintomatologia pós-traumática, efectuaram estudos em que compararam a incidência de perturbação de pós-stress traumático em doentes que efectuaram diferentes tratamentos para o cancro da mama.

Alguns dos resultados obtidos, nas poucas investigações efectuadas neste domínio, indicam que a incidência de perturbação de pós-stress traumático não parece depender, muito significativamente, do tratamento médico efectuado. Quer quando se comparam mulheres que efectuaram os tratamentos convencionais com aquelas que efectuaram tratamentos considerados mais agressivos e incomuns, como o *autologous bone marrow transplant* (Mundy e col., 2000), como nas investigações em que se

procura verificar se existem diferenças nos índices de sintomatologia pós-traumática consoante a cirurgia efectuada (Jacobsen e col., 1998; Roper, 2000).

Contudo, os resultados das investigações não são consensuais. Khalid e Gul (2000), num estudo efectuado com mulheres com cancro da mama, ainda a efectuar tratamento verificaram, que as mulheres que efectuam tratamentos durante um período de tempo mais longo e cujos tratamentos são mais agressivos têm uma maior probabilidade de apresentarem perturbação de pós-stress traumático.

A diversidade de resultados pode, em parte dever-se ao facto de as investigações terem sido efectuadas em momentos distintos da evolução da doença. Contudo, atendendo aos resultados das investigações, parece poder concluir-se que as diferenças nos níveis de sintomatologia pós-traumática, relativas ao tipo de tratamento efectuado se tomam menos significativas ao longo do tempo.

Adoptando uma perspectiva diferente, alguns investigadores efectuaram estudos em que procuraram determinar se, a natureza traumatogénica do diagnóstico de cancro permite que o diagnóstico desta patologia cause perturbação de pós-stress traumático não só aos indivíduos que vivem directamente esta situação, como é referido na edição revista da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 2000*), mas também aos familiares do doente. Os dados obtidos entre mães e pais de crianças com cancro (Stuber, Christakis, Houskamp & Kazak, 1996; Manne, Duhamel & Redd, 2000), assim como, filhas de mulheres com cancro da mama (Boyer, Bubel, Jacobs, Knolls, Harwell, Goscicka & Keegan, 2002) indicam que alguns destes indivíduos desenvolvem perturbação de pós-stress traumático como consequência da situação traumática que é saber que foi diagnosticada uma doença ameaçadora para a vida a um ente querido.

Numa linha de investigação distinta, alguns investigadores procuraram obter dados de natureza psicofisiológica, que sustentem que as doenças ameaçadoras para a vida podem desencadear perturbação de pós-stress traumático. Os resultados obtidos indicam, que alguns dos indivíduos apresentam alterações na estrutura e funcionamento de algumas regiões encefálicas que comprovam que o diagnóstico de cancro possui uma natureza traumatogénica.

É o caso da investigação desenvolvida por Pitman e seus colaboradores (2001) com mulheres com cancro da mama. Os dados auferidos nesta investigação, não só indicaram que existe uma correlação significativa entre dados psicométricos e psicofisiológicos como, que os dados psicofisiológicos, por si só, comprovam que algumas destas mulheres têm perturbação de pós-stress traumático.

Já Nakano e colaboradores (2002) demonstraram, que entre os sobreviventes de cancro diagnosticados com perturbação de pós-stress traumático se observam as mesmas alterações no volume do hipocampo, presentes em indivíduos que desenvolvem esta perturbação depois de expostos a outro tipo de eventos traumáticos.

Desta forma, através dos dados obtidos por ressonância magnética, os autores verificaram que os indivíduos que desenvolvem perturbação de pós-stress traumático, após o diagnóstico de cancro, apresentam um volume significativamente mais pequeno do hipocampo, do que os indivíduos a quem foi diagnosticado cancro e não desenvolveram perturbação de pós-stress traumático.

Segundo Malizia e Nutt (2000; cit. por Serra, 2003), as alterações estruturais no volume do hipocampo observadas em indivíduos com perturbação de pós-stress traumático, ocorrem devido ao facto de, em situações de stress haver um aumento dos glicocorticoides. Os glicocorticoides são responsáveis pela atrofia das dendrites do hipocampo, atrofia esta que é reversível nas situações em que a situação de stress é temporalmente diminuta. Contudo, quando a exposição à situação stressante é prolongada, esta atrofia torna-se irreversível e é acompanhada de morte neuronal. Os autores advogam que nas situações desencadeadoras de perturbação de pós-stress traumático a situação stressante prolonga-se durante um longo período de tempo, para além disso sugerem que os indivíduos com perturbação de pós-stress traumático possuem, ao nível do hipocampo, neurónios com receptores de glicocorticoides hipersensíveis, o que explica que só alguns dos indivíduos expostos à situação stressante apresentem uma redução do volume do hipocampo.

Serra (2003), aludindo aos trabalhos desenvolvidos por Van der Kolk (2000), refere que as investigações efectuadas em animais demonstram que nas situações em que há uma diminuição do hipocampo, dá-se uma desinibição do comportamento do animal, o que o leva a exibir respostas de fuga ou luta perante novos estímulos. Com base nestas observações, o autor sugere que a diminuição do volume do hipocampo entre os indivíduos com perturbação de pós-stress traumático seja responsável pelos fenómenos de dissociação e interpretação errónea da informação, de modo que os novos estímulos são interpretados por estes indivíduos como ameaçadores. O indivíduo responde aos estímulos, que são percebidos como ameaçadores, com um comportamento agressivo ou de fuga consoante a sua personalidade.

Para além das modificações estruturais verificadas ao nível do volume do hipocampo, as investigações têm encontrado alterações em outras estruturas cerebrais, nomeadamente na amígdala. Como documenta, o estudo desenvolvido por Matsuoka, Yamawaki, Inagaki, Akechi e Uchitomi (2003). Estes investigadores detectaram alterações no volume da amígdala entre os sobreviventes de cancro que relatam ter pensamentos intrusivos.

Refira-se, que vários estudos de natureza psicofisiológica indicam que existe uma correlação entre o relato de pensamentos intrusivos, por parte de indivíduos com perturbação de pós-stress traumático, e a existência de alterações estruturais na amígdala (Matsuoka, Yamawaki, Inagaki, Akechi e Uchitomi, 2003; Serra, 2003).

As alterações verificadas na amígdala são consonantes com a função que esta desempenha nas memórias emocionais (Caldas, 2000). Desta forma, as alterações encontradas na amígdala explicam que nas memórias traumáticas, destes indivíduos, não exista uma semântica integradora. O que dá conta de uma incapacidade do sistema nervoso em sintetizar as sensações relacionadas com a memória traumática (Serra, 2003).

Importa também referir os trabalhos conduzidos por Adamec (1991), assim como, Squire e Zola-Morgan (1991), referidos por Serra (2003). Estes autores verificaram que níveis elevados de estimulação da amígdala interferem com o funcionamento do hipocampo. O que, segundo os autores, explica que os indivíduos com perturbação de pós-stress traumático sejam incapazes de avaliar adequadamente as experiências, havendo uma fragmentação contínua destas. O que segundo Van der Kolk (2000) justifica o facto de a experiência traumática ser lembrada posteriormente sob a forma de imagens isoladas, sensações corporais, odores e sons que são sentidos como estranhos e separados das outras experiências de vida.

Outro aspecto a salientar na perturbação de pós-stress traumático refere-se ao facto de, investigações efectuadas em indivíduos que exibem esta perturbação terem revelado que existem factores que tornam os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento desta perturbação (Serra, 2003).

Os factores que têm sido estudados incluem a idade, a história anterior de eventos traumáticos, personalidade, o funcionamento psicossocial, o funcionamento familiar, o suporte social e a educação. Os resultados indicam que os factores: personalidade, funcionamento familiar, história anterior de trauma, nível educacional e idade correlacionam-se com a probabilidade de vir a desenvolver perturbação de pós-stress traumático. Os resultados obtidos em investigações efectuadas em indivíduos a quem foi diagnosticado cancro são consonantes com os dados obtidos noutras populações.

Como demonstram os resultados obtidos por Tjemmland, Soreide e Malt (1998). Estes autores verificaram que indivíduos que se caracterizam por serem mais ansiosos, responderem de uma forma mais emocional e terem uma personalidade mais depressiva, têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomatologia pós-traumática depois de um diagnóstico de cancro.

Os autores acima referidos, assim como, Butler, Rizzi e Handwergwer (1996), Andrykowski e Cordova (1998) e Khalid e Gul (2000), constataram que um menor suporte social ou ajustamento familiar está associado a uma maior probabilidade de desenvolver perturbação de pós-stress traumático.

No que diz respeito à existência de outros eventos traumáticos, quer estes tenham ocorrido no passado quer ainda existam, os resultados obtidos em várias investigações têm demonstrado tratar-se de um preditor significativo de exibição de

sintomatologia pós-traumática em resposta ao diagnóstico de cancro (Andrykowski & Cordova, 1998, Andrykowski, Cordova, McGrath, Sloan & Kenady, 2000).

No que concerne ao nível educacional Andrykowski e Cordova (1998) encontraram uma relação inversa entre este e os índices de perturbação de pós-stress traumático.

Quanto à idade Green e seus colaboradores (1998), assim como, Eckhardt (1999), encontraram uma correlação negativa entre esta e a presença de sintomatologia pós-traumática em mulheres com cancro da mama.

Para além dos factores associados a uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático, importa também referir os aspectos associados à cronicidade desta patologia.

De acordo com a edição revista da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association*, 2000), considera-se que um caso de perturbação de pós-stress traumático é crónico quando apresenta uma duração superior a três meses.

Verifica-se que cerca de metade dos casos de perturbação de pós-stress traumático tendem a ser crónicos, de acordo com o critério de cronicidade anteriormente apresentado (Serra, 2003).

A este respeito, o autor acima referido citando Kessler e colaboradores (1995), menciona que a remissão se verifica num período médio de três anos para os indivíduos que procuram tratamento e aumenta para um período de cerca de cinco anos para os que nunca efectuaram qualquer tratamento para a perturbação de pós-stress traumático.

Serra (2003) refere ainda, que os factores que predis põem à cronicidade relacionam-se com o tipo de trauma, mas também com a presença de comorbidade, particularmente a fobia social, a somatização e os sintomas de evitamento, uma acentuada reactividade perante estímulos que simbolizem o trauma inicial, dificuldades no relacionamento interpessoal, história familiar onde prevaleçam comportamentos anti-sociais, hábitos de consumo de estupefacientes; assim como, a presença de sentimentos de culpabilidade, humilhação e rejeição.

No que diz respeito ao caso específico de perturbação de pós-stress traumático entre doentes ou sobreviventes de cancro, não existem investigações que indiquem quais os factores que predis põem à cronicidade nesta população.

Para além das investigações efectuadas sobre os factores que predis põem, tanto para uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático, como à cronicidade desta patologia. Alguns autores longe de considerarem o indivíduo um ser sem recursos que lhe permitam fazer frente às adversidades da vida, têm conduzido investigações cujo principal objectivo é determinar quais os factores protectores ao desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático.

Serra (2003) refere que vários estudos têm demonstrado que os factores protectores são: a abertura de espírito, que está associada com uma maior originalidade, interesses criativos e artísticos, preocupações intelectuais, assim como, estética e fantasia; a flexibilidade; a aptidão para aprender com a experiência; a tolerância; a baixa tolerância para o comportamento violento; a coragem; assim como, o suporte social.

No caso específico das situações decorrentes do diagnóstico de cancro, encontrou-se apenas um estudo empírico cujo objectivo tenha sido determinar os factores associados ao não desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático após o diagnóstico de cancro da mama. Esta investigação foi efectuada em 2001, por Leiderman-Cerniglia. Os dados obtidos indicam que a resistência à perturbação de pós-stress traumático, nesta população, está associada a níveis mais elevados de percepção de suporte social, um maior optimismo, uma maior internalidade do *locus* de controlo e um menor recurso a estratégias de *coping* orientadas para a emoção, assim como, evitamento.

Considerando que as repercussões de um acontecimento traumático são muito variáveis de indivíduo para indivíduo. As investigações efectuadas neste domínio indicam que perante o mesmo evento traumático alguns indivíduos desenvolvem perturbações, outros não apresentam qualquer alteração, existindo ainda indivíduos que após um acontecimento traumático apresentam um crescimento psicológico, que se traduz num maior apreço pela vida, abertura a novas possibilidades de viver, desenvolvimento espiritual, maior sentido de força pessoal e maior investimento nos relacionamentos interpessoais (Serra, 2003).

No que respeita ao crescimento psicológico, a seguir ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama, este foi demonstrado por Cordova, Cunningham, Carlson e Andrykowski (2001), assim como, por Weiss (2002). Os autores verificaram que o crescimento psicológico nesta população se traduz num maior apreço pela vida, desenvolvimento espiritual e alteração do relacionamento com os outros.

Como corolário da discussão delineada a respeito das abordagens empíricas que têm procurado descrever a perturbação de pós-stress traumático em contexto de doença física, particularmente do cancro, resta acrescentar que apesar da relativa escassez de material bibliográfico, os dados existentes apontam, inequivocamente, para a natureza traumatogénica de um diagnóstico de cancro, assim como, para a existência de relações entre variáveis psicológicas e as repercussões que este evento traumático terá, designadamente nas mulheres com cancro da mama.

Considerações Finais

Desde há muito que a humanidade se confronta com situações extremas. O estudo do impacto da vivência de uma situação traumática, durante algumas décadas cingiu-se, quase exclusivamente aos eventos relacionados com vicissitudes da guerra. Contudo, mais recentemente tem havido um interesse crescente, por parte da comunidade científica, pela análise das repercussões de outro tipo de eventos traumáticos, entre os quais o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida.

A perturbação de pós-stress traumático é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas de reexperiência do acontecimento traumático, evitamento persistente de estímulos associados com o trauma, assim como, embotamento da reactividade geral e, por último, sintomas persistentes de aumento da activação, após a exposição a stressor extremo (*American Psychiatric Association, 2000*).

Ficou patente, nas diversas apresentações empíricas versadas anteriormente que, a perturbação de pós-stress traumático e sintomas do tipo pós-stress traumático constituem umas das reacções adversas perante o diagnóstico e tratamento do cancro.

Constatando-se, ainda, que o desenvolvimento ou não de perturbação de pós-stress traumático após um acontecimento traumático depende, em grande medida, de factores de natureza, individual, contextual e social.

ESTRATÉGIAS DE COPING

Introdução

O *coping* pode ser encarado como aquilo que é feito perante qualquer problema tendo em vista a obtenção de alívio, envolvendo o reconhecimento do problema e o processo de acção adoptado, após ter sido avaliada a eficácia da acção (McCray, 1997).

Um acontecimento é considerado ameaçador ou stressor se for percebido como causador de prejuízo, perda ou desafio, desta forma o sujeito tende a agir com o objectivo de dominar a situação ou controlar as suas reacções emocionais (Evans, 1998).

O stress envolve reacções biopsicossocais, podendo ser considerado indutor de stress todo o tipo de evento (Santos & Castro, 1998).

Uma vez que as pessoas não são todas iguais, um acontecimento que deixa um indivíduo muito perturbado pode ser indiferente para outro. Sendo o significado que a pessoa atribui à situação, que vai determinar o maior ou menor grau de perturbação que o mesmo acontecimento provoca em pessoas diferentes, verificando-se que esse significado está intimamente relacionado com as experiências passadas (Lazarus & Folkman, 1984).

Colten e Gore (1991) referem que o impacto dos acontecimentos stressantes na saúde dos indivíduos é mediado pelo contexto e as experiências passadas, as características pessoais e sociais, as alterações de vida não normativas, as tensões, assim como, o suporte social e as estratégias de *coping*.

O cancro envolve uma variedade de fontes de stress contínuas e incontroláveis, incluindo o diagnóstico, tratamento e possibilidade de recorrência (Moyer & Salovey, 1996). Verificando-se que o estudo do papel desempenhado pelas estratégias de *coping* na adaptação emocional, física e social ao cancro tem sido uma área de interesse crescente (Maguire & Parle, 1995).

Dá-se então início à reflexão teórica e empírica, sobre a importância das estratégias de *coping* para a adaptação psicológica ao cancro da mama, por aquilo que constitui o seu início: o conceito de *coping*.

Conceito de *Coping*

A elaboração de uma definição de *coping* universalmente aceite tem-se revestido de dificuldades várias. Apesar de décadas de contributos teóricos e empíricos decisivos para o estudo desta área do saber, a definição de *coping* nunca foi tarefa fácil e mais difícil se tornou com o ecletismo de abordagens, constructos e medidas que surgiram. De resto, Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor e Falke (1992, p. 80) são claros e inequívocos ao afirmarem que, historicamente é possível verificar que *"has been a lack of consensus on the particular dimensions of coping behavior and how to measure these dimensions"*.

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referida na literatura. Para estes autores o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que estão em permanente mudança e que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo.

Para estes autores, os estilos de *coping* utilizados pelos indivíduos, numa determinada situação, não permitem prever as estratégias de *coping* empregues em futuras vicissitudes. Para além de que, caso o indivíduo enfrente simultaneamente diferentes fontes de stress as várias tarefas adaptativas requerem a aplicação de um vasto leque de estratégias de *coping*.

O *coping* não deve ser relativizado sob a forma de domínio de uma situação; uma vez que perante acontecimentos inevitáveis como as perdas ou a doença crónica, as estratégias de *coping* permitem ao indivíduo tolerar, aceitar ou ignorar o que não pode controlar, mantendo a auto-estima e a esperança (Ibidem).

Lazarus e Folkman (1984) destacam a importância do processo de avaliação cognitiva. Segundo estes autores, existem dois momentos de avaliação que vão determinar o potencial stressante de uma situação, assim como, os recursos de *coping* necessários. Na avaliação primária, o sujeito determina o significado que o acontecimento pode ter no seu bem-estar. Na avaliação secundária, o indivíduo avalia os recursos disponíveis para lhe fazer frente.

De entre o leque de possibilidades que o indivíduo tem para lidar com uma situação stressante, duas funções do *coping* foram identificadas, a saber: o *coping* que

permite o controlo das emoções e o que permite a resolução do problema (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* que permite o controlo das emoções é utilizado, geralmente, quando nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo, a alternativa é diminuir o desconforto emocional e o sofrimento, recorrendo-se à fuga, ao distanciamento do problema, à atenção selectiva e à desvalorização dos acontecimentos negativos. Tratam-se de estratégias que permitem a manutenção da esperança e do optimismo, assim como, possibilitam negar os factos e as implicações dos mesmos, para não reconhecer o pior, para agir como se nada tivesse acontecido (Ibidem).

As estratégias de *coping* que viabilizam a resolução dos problemas ocorrem quando os acontecimentos são percebidos como passíveis de serem controlados pelo próprio. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia (Ibidem).

As estratégias de *coping* orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema.

Lazarus e Folkman (1984) destacam que os recursos pessoais e o meio em que decorre a situação são determinantes no processo de *coping*. Assim como identificam alguns constrangimentos individuais e ambientais que diminuem os recursos para o *coping*, a saber: valores culturais e crenças que influenciam os comportamentos e as atitudes; défices psicológicos; elevados níveis de ameaça, que inibem o indivíduo de usar os recursos de *coping* adequadamente para resolver os problemas ou que induzem medo e desespero conduzindo à utilização de mecanismos de defesa e não de estratégias de *coping*.

As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Lazarus & Folkman, 1984).

Vinay, Esparbès-Pistre e Tap (2000), salientam que as estratégias de *coping* são consideradas eficazes quando permitem a redução da tensão gerada pelo acontecimento stressante, de forma a ocorrer a adaptação à situação.

Nenhuma estratégia deve ser considerada melhor ou pior que outra; estas são avaliadas em função das características e recursos do indivíduo, embora a negação e a fuga possam ser ineficazes por não resolverem o problema, têm valor adaptativo quando nada pode ser feito para aliviar o desconforto que a situação provoca (Kaplan, 1995). Para além de que são relativamente eficazes numa fase inicial de confronto com o acontecimento stressante, mesmo quando este pode ser alterado. Contudo, quando

utilizadas de forma crónica podem ser um factor de risco para respostas adversas (Stroebe & Stroebe, 1999).

Stroebe e Stroebe (1999), consideram que a personalidade é um dos factores mais importantes na explicação da variância dos comportamentos de *coping*.

Pressuposto que vai ao encontro dos resultados obtidos por Carver, Scheier e Weintraub (1989; cit. por Santos, 2004). Estes autores verificaram que as estratégias de *coping* são em parte determinadas pela personalidade, referindo ainda, que a personalidade tipo A está associada a uma maior utilização de estratégias de confronto.

Contudo, alguns autores advogam que perante situações involgares e de ameaça de vida, a importância e determinismo da personalidade nas estratégias de *coping* é menos significativa.

Coping e Doença Crónica

Rowland (1989) considera que aplicado à doença o *coping* refere-se ao padrão que emerge em resultado do estilo de *coping* pessoal, comportamento, cognição e percepções empregues para manter o equilíbrio face à doença.

Já para Kann (1995), o *coping* face à doença diz respeito ao conjunto de processos utilizados para reduzir as ameaças à integridade individual e conservar o equilíbrio emocional. Se o diagnóstico for percebido como ameaçador para a manutenção do auto-conceito e estilo de vida, o doente, geralmente, actua de forma a reduzir a ameaça ou utiliza mecanismos que minimizam os efeitos emocionais desta, negando a condição actual, ou negando a sua importância.

Moos e Tsu (1977; cit. por Kann, 1995) consideram que fazem parte do processo de *coping* processos intra-psíquicos, que permitem retirar a ameaça não manobrável da situação de doença, até ao momento em que o indivíduo consegue lidar com ela realisticamente. Estes autores perspectivam as repercussões psicossociais da doença física à luz da teoria da crise, que analisa o impacto da rotura de níveis pré-estabelecidos de funcionamento social e pessoal, assim como, os esforços e tentativas para alcançar um novo equilíbrio.

Ao adoptarem a noção de crise os autores valorizam a mudança e o stress envolvidos no processo. Contudo, "...stress não implica necessariamente sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixos. Implica sim, sempre, necessidade de reorganização. E, se ultrapassado (...) pode permitir, pelo contrário, o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais e organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes" (p. 37, Canavarro, 2001).

De acordo com estes autores, a doença funciona como uma situação incomum e extrema que conduz a um estado de crise. A forma como se irá efectuar a reorganização depende em grande medida das estratégias de *coping* utilizadas (Santos, 2004).

Leventhal, Maes e Ridder (1996) propõe um modelo de *coping* adaptado à doença crónica, de acordo com este modelo de *coping* o processo de avaliação não é só delimitado por características do evento, mas também pelos objectivos de vida e valores do próprio indivíduo.

Para Carlson, Lewis e Sperry (1993) na situação de doença, o indivíduo deverá ser capaz, em primeiro lugar, de lidar com os aspectos físicos do problema. Para além de ter de encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, assim como, manter-se adaptado. Segundo estes autores, torna-se imperioso a utilização de estratégias que permitam lidar com a perda de saúde, perda das capacidades físicas e perda de certeza quanto ao futuro.

O *coping* eficaz permite a resolução do distúrbio associado à ameaça ou perda, preserva a integridade física do indivíduo, ajuda a manter as relações e o desempenho dos diferentes papéis, assim como, a manutenção de um auto-conceito positivo (Kann, 1995), permite a manutenção do stress em níveis toleráveis, mantém a auto-estima, assim como, as relações com pessoas significativas, ampliando as perspectivas de recuperação das funções corporais, aumentando a probabilidade de gerar uma situação pessoal valorizada e socialmente aceitável após a recuperação física máxima (Rowland, 1989). Como mecanismo adaptativo, o *coping* alerta os doentes para a necessidade de procurar cuidados médicos aquando do surgimento de nova sintomatologia ou aquando da exacerbação da existente, ajuda-os a antecipar os stressores associados à doença e mobiliza formas de resolução dos problemas e outras estratégias para lidar com os stressores identificados (Kann, 1995).

Já o *coping* mal adaptativo, prende-se com situações em que o tratamento essencial não é seguido pelo paciente ou não é concretizável devido ao estado emocional deste; a estratégia de *coping* é geradora de mais stress que a própria doença; impedindo a realização de actividades de vida diária ou conduzindo ao abandono dos recursos habituais de gratificação pessoal; amplifica os sintomas psíquicos perdendo o papel de alerta, podendo mesmo originar sintomas físicos que tomam difícil o diagnóstico diferencial entre estes e os da doença propriamente dita (Kann, 1995).

Costa (2004) refere que as estratégias de *coping* parecem modificar-se ao longo do tempo, contudo verifica-se que as pessoas podem tornar-se menos transtornáveis e empregar menos estratégias de *coping*, se aprenderem quais as estratégias que resultam numa determinada situação.

Para Aspinwall e Taylor (1992) os indivíduos escolhem as estratégias de *coping* que consideram adequadas para o acontecimento. Desta forma, os indivíduos tendem a utilizar estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas quando avaliam que o stressor pode ser controlado e utilizam estratégias que permitem o controlo das emoções quando o stressor surge como inacessível ao domínio directo.

Em situação de doença verifica-se que as estratégias de evitamento, como a negação, a distanciação e a fuga do problema, estão associadas a uma maior angústia e posteriormente podem ser um factor de risco para respostas adversas ao stress. Têm sido descritos baixos índices de morbilidade psicossocial quando são utilizadas estratégias de *coping* orientadas para a resolução do problema, assim como quando o indivíduo possui um elevado *locus* de controlo interno e crê que tem capacidade e recursos que lhe permitem ter um controlo directo sobre a sua doença (Aspinwal & Taylor, 1992).

Coping e Cancro

Embora o diagnóstico de cancro seja experienciado emocionalmente de modo diverso por cada indivíduo, constitui para todos uma ameaça à vida e integridade com a qual têm de lidar (Rowland, 1989). O significado individual de um diagnóstico de cancro assim como as consequências dos tratamentos são fonte de uma complexa diversidade de problemas a enfrentar pelo próprio e pela sua família (Nezu, 1998).

Krause (1991) propôs um modelo de *coping* específico para a doença oncológica. Segundo o qual, o *coping* diz respeito à forma utilizada pelo doente para lidar com a situação e que permite a adaptação às exigências da doença. Esse processo de adaptação é influenciado por questões inerentes à própria doença, variáveis psicológicas de natureza individual, e por factores sócio-culturais e sócio-demográficos.

Rowland (1989) salienta que as estratégias de *coping* são influenciadas pela duração e intensidade da exposição ao acontecimento stressor. Tratando-se a doença oncológica de uma patologia que se prolonga no tempo conduz ao desgaste dos recursos físicos e sociais que o indivíduo tem ao seu dispor, afectando a eficácia das estratégias de *coping*.

Rowland (1989) refere ainda que, as estratégias de evitamento, passividade, cedência, culpabilização, apatia e isolamento são as estratégias que se revelam ser menos eficazes entre os doentes de cancro.

A mesma autora referindo Weisman e Worden (1977), considera que as estratégias de *coping* mais eficazes são as que reflectem a aceitação do cancro e são

seguidas de estratégias que visam responder às problemáticas relacionadas com a doença e as suas consequências, de forma realista. Verificando-se que as respostas de *coping* orientadas para a resolução activa do problema são, geralmente, mais eficazes.

Adaptação Mental ao Cancro

Em todo este processo um dos aspectos mais importantes é a adaptação. Sob esta rubrica encontramos três aspectos: defesa, domínio e *coping*. A defesa diz respeito às respostas reflexivas associadas ao perigo e segurança. O domínio refere-se à capacidade para encontrar uma solução eficaz para as novas exigências. O *coping* é o meio de resposta para as dificuldades e situações incomuns (Rowland, 1990).

Processo que é influenciado pelas características da situação, pelas características individuais, a avaliação cognitiva pessoal da situação e estratégias de *coping* utilizadas para lidar com ela (Lazarus & Folkman, 1984). Permitindo o crescimento humano e a diferenciação que possibilita ao indivíduo envolver-se no mundo.

Nordin e colaboradores (1999; cit. Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) salientam que o *coping* e a adaptação mental são dos conceitos mais frequentes na investigação psicossocial, embora a relação entre ambos não esteja bem definida.

A adaptação mental ao cancro pode ser entendida como a resposta cognitiva e comportamental do indivíduo perante o diagnóstico de cancro. O aspecto cognitivo refere-se ao tratamento de informação proveniente do acontecimento, que é elaborada em função da situação. O campo comportamental representa os processos pelos quais o sujeito prepara e gere a acção. Abarcando dois aspectos: apreciação e reacção. A apreciação diz respeito às percepções que o doente tem das implicações do cancro. A reacção refere-se às crenças e acções do doente que visam reduzir a ameaça transmitida pela doença (Greer, Moorey & Watson, 1989; Nordin & Glimelius, 1998).

Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2004) referem que as estratégias de *coping* são os esforços que visam a adaptação, enquanto a adaptação resulta de esforços bem sucedidos de *coping*. Desta forma sob a designação adaptação mental temos o processo de avaliação do stressor assim como a resposta adaptativa ao mesmo.

O estudo da adaptação mental ao cancro levou à emergência de cinco dimensões, que são explicadas a seguir (Greer & Watson, 1987; Moorey & Greer, 1989, Greer, 1991).

O espírito de luta, que se caracteriza por uma atitude optimista, a doença é encarada como um desafio passível de ser ultrapassado, o doente concentra-se na doença e sobre a forma de a resolver, crê que têm algum controlo sobre o curso da

doença. Procura activamente informação sobre esta e participa em todo o processo de reabilitação e recuperação.

Enquanto o desânimo/fraqueza se caracteriza pelo pessimismo. O doente encara a doença como uma perda, aguarda um prognóstico inevitavelmente negativo, sente que não tem qualquer controlo sobre o desenrolar da doença, daí a ausência de estratégias que visem combater activamente a doença.

Já a preocupação ansiosa, está associada a uma ansiedade persistente. São doentes que percebem a sua doença como muito ameaçadora e consideram que a probabilidade de ocorrer uma recaída é elevada. Tendem a monitorizar o seu corpo e a interpretar qualquer alteração fisiológica como um sinal de uma recaída. Procuram informação sobre a doença mas tendem a interpretá-la de forma pessimista, também procuram informação sobre tratamentos alternativos. Sentem que não têm qualquer controlo sobre o curso da doença.

O fatalismo, implica que o doente veja a doença como uma ameaça menor. Caracteriza-se pela aceitação passiva da doença. Não desenvolve estratégias de confronto e mostra-se sereno.

Por fim, o evitamento. O doente tenta minimizar a gravidade do diagnóstico bloqueando os sentimentos e pensamentos de várias formas. O sujeito pode agir como se a doença não existisse, havendo uma recusa do diagnóstico; ou admite o diagnóstico mas nega a gravidade do mesmo. Evita falar ou pensar sobre o cancro. Minimiza a ameaça e apresenta uma visão positiva do prognóstico em que a questão do controlo sobre o curso da doença é irrelevante.

No sentido de averiguar da existência de uma relação entre o estilo de adaptação mental com a sobrevivência e o prognóstico do cancro, foram efectuadas as investigações empíricas que abaixo se enunciam.

Greer, Morris e Pettingale (1979) num estudo com doentes com cancro da mama; verificaram que cinco anos após a cirurgia, o risco de recaída ou morte era menor nas mulheres que no pós-operatório apresentam um estilo em que predomina o espírito de luta ou a negação comparativamente com mulheres que apresentam um estilo que se caracteriza ou pela aceitação estóica ou pelo desespero/desesperança.

Resultados confirmados em estudos longitudinais. Estudos estes que permitiram verificar que quinze anos depois da operação, 45% das mulheres que no pós-operatório apresentam um estilo em que predomina a espírito de luta e o evitamento estão bem, o mesmo só acontece em 17% das mulheres que no pós-operatório apresenta um estilo de adaptação em que predomina o fatalismo, preocupação ansiosa ou desespero/desesperança (Greer, Haybittle, Morris & Pettingale, 1985; Greer, 1991).

Watson, Haviland, Greer, Davidson e Bliss (1999) verificaram a existência de um maior risco de recaída ou morte devido a cancro nas mulheres que apresentam um

estilo em que predomina o desespero/desesperança. Contudo não obteve resultados significativos na categoria espírito de luta.

Os estudos supra citados dão nos conta da presença de uma correlação entre o estilo de adaptação utilizado pelo indivíduo, a sobrevivência e o prognóstico da doença oncológica.

Numa outra linha de investigação, alguns autores têm procurado determinar se existe uma relação entre adaptação psicossocial ao cancro e estratégias utilizadas. Os dados obtidos indicam que as estratégias mais activas são mais eficazes para a adaptação que as passivas, como o evitamento ou o desespero (Rowland, 1989; Heim, Schaffner & Valach, 1997; Nordin & Glimelius, 1998).

Como foi verificado num estudo efectuado por Nordin e Glimelius (1998). Em que os investigadores constataram que uma atitude de maior confrontação com a doença está associada a um maior bem estar emocional, enquanto o evitamento de aspectos que lembram a doença ou de pensamentos intrusivos sobre o diagnóstico, a doença ou os tratamentos está associado a um maior *distress* emocional.

Também Carver, Clark, Harris, Ketcham, Moffat, Noriega, Pozo, Robinson e Scheier (1993) referem a existência de uma relação entre as estratégias utilizadas e o *distress* emocional. Relatam a existência de uma correlação positiva entre a estratégia evitamento e *distress*, assim como, uma correlação inversa do *distress* com a aceitação.

No que concerne ao recurso à estratégia negação e a sua relação com o *distress*, Angell, Classen, Koopman & Spiegel (1996) não encontram qualquer associação.

Os resultados a que chegaram os estudos sobre o recurso à estratégia negação e os índices de sobrevivência e prognóstico dos doentes com cancro e os resultados obtidos nos estudos empíricos que avaliam a relação entre o recurso à mesma estratégia e a adaptação psicossocial à doença oncológica parecem ser contraditórios. Uma vez que, como foi referido os estudos permitem concluir que os doentes com cancro que utilizam a estratégia de evitamento experimentam níveis mais elevados de *distress* emocional enquanto outras investigações indicam que a estratégia evitamento revela ser benéfica uma vez que está associada a um maior índice de sobrevivência.

Para Eckhardt (1998) esta controvérsia nos resultados pode dever-se a diferenças na forma como o evitamento é definido, ou seja, os resultados podem estar a referir-se a constructos diferentes.

Já Rowland (1989), assim como, Glanz e Lerman (1992) apresentam um argumento diferente, para justificar esta aparente divergência nos resultados. Os autores referem que literatura sugere que o processo de adaptação ao cancro é dinâmico, alterando-se de acordo com as exigências dos diferentes estádios da doença assim como com os tratamentos efectuados.

Glanz e Lerman (1992) vão mais longe ao advogarem que durante os estádios iniciais da doença são mais eficazes os estilos de adaptação activos, uma vez que durante esta fase existe algum controlo do doente sobre os processos de tomada de decisão. Contudo no período de tratamento, em que o doente tem pouco controlo sobre o processo, são mais eficazes estratégias de evitamento.

Posição que vai ao encontro dos resultados obtidos por Compas e Osowiecki (1999), que analisaram as estratégias utilizadas por mulheres com cancro da mama em diferentes momentos e a relação entre as estratégias utilizadas, o controlo percebido e a adaptação à doença. Estes investigadores verificaram que existe uma correlação positiva entre o controlo percebido e o recurso a estratégias centradas na resolução do problema e que ambos estão associados a baixos níveis de ansiedade e depressão logo após o diagnóstico.

Também Rowland (1989) refere que os indivíduos que apresentam alguma flexibilidade nas estratégias utilizadas lidam melhor com os diferentes stressores que envolvem o cancro.

No que concerne à utilização da estratégia espírito de luta. Verifica-se que esta se correlaciona positivamente com o bem estar emocional (Rowland, 1989; Angell, Classen, Koopman & Spiegel, 1996; Heim, Schaffner & Valach, 1997; Glimelius e Nordin, 1998), assim como, com um melhor ajustamento social e conjugal (Baer, Friedman, Lane, Nelson & Smith, 1991), por outro lado, correlaciona-se negativamente com o *distress* psicológico (Burette, Ferrero & Toledo, 1994), com emoções negativas como a culpa, hostilidade, assim como, com a depressão e a ansiedade (Burgess, Morris & Pettingale, 1987; Bliss, Gorman, Greer, Watson, Robertson, Rowden & Tummore, 1991)

No que se refere à utilização de um estilo marcado pela preocupação ansiosa, Brandt, Daltroy, Griedman, Schwartz e Stolbach (1992) verificaram que os doentes que apresentam este estilo de adaptação ao cancro relatam níveis superiores de depressão e ansiedade.

Resultados que confirmam os que haviam sido relatados por Bliss, Gorman, Greer, Watson, Robertson, Rowden e Tunmore (1991).

Também Barreto, Ferrero e Toledo (1994), num estudo com mulheres espanholas com cancro da mama, em que procuraram determinar que variáveis se relacionam com a estratégia preocupação ansiosa, verificaram que as variáveis ansiedade, depressão e menor idade se relacionam positivamente e de forma estatisticamente significativa com o estilo preocupação ansiosa.

Num estudo longitudinal com mulheres com cancro da mama, Carver, Clark, Harris, Ketcham, Moffat, Noriega, Pozo, Robinson e Scheier (1993) verificaram que a estratégia mais comumente utilizada, independentemente do momento em que era

efectuada a avaliação, é a aceitação. Constataram ainda que esta estratégia se correlaciona inversamente com o *distress* emocional.

Os mesmos autores consideram que o optimismo desempenha um papel importante na adaptação ao cancro da mama, quer através do papel que desempenha no ajustamento à doença, como factor que medeia as estratégias de *coping* utilizadas, nomeadamente a aceitação e a negação. Tendo os autores verificado que as mulheres mais optimistas tendem a aceitar a doença não negando a existência e importância desta.

Não existe consenso quanto à existência de relação entre variáveis da doença e do tratamento com a adaptação mental ao cancro (Aketi, Okamura, Uchiitomi & Yamawaki, 1998). Contudo, Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) encontram diferenças no estilo de adaptação mental ao cancro entre doentes de cancro da mama e de cancro do cólon; verificando que os doentes com cancro do cólon comparativamente com os doentes de cancro da mama recorrem mais ao estilo fatalismo.

Quanto às variáveis sócio-demográficas, verifica-se que os doentes mais velhos, com um nível educacional menor e que vivem sós tendencialmente apresentam uma resposta de desespero/desesperança perante a doença oncológica (Aketi, Okamura, Uchiitomi & Yamawaki, 1998). Estes dados estão no entanto em desacordo com os obtidos por Schnoll e colaboradores (1998), que verificaram que em geral a idade está relacionada positivamente com estilos mais adaptativos que por sua vez são responsáveis pela redução do *distress*. Estas constatações estão no entanto condicionadas pelo facto de se basearem em amostras baixas, terem sido usados critérios de comparação distintos e recaírem em unidades de análise igualmente diversas.

No que diz respeito ao género, Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003), numa amostra de doentes com cancro da mama e de cólon, relatam diferenças estatisticamente significativas para as dimensões evitamento cognitivo e fatalismo consoante o género. De acordo com estes autores os indivíduos do sexo masculino exibem valores mais baixos na dimensão evitamento cognitivo e mais elevados na dimensão fatalismo comparativamente com os indivíduos do sexo feminino.

Estratégias de *Coping* e Perturbação de Pós-Stress Traumático

Vários estudos têm demonstrado que as estratégias de *coping* estão associadas com vulnerabilidade psicológica e distúrbios psiquiátricos, o mesmo ocorre com a perturbação de pós-stress traumático.

Avitzur, Mikulincer e Solomon (1988) referem a existência de uma correlação negativa entre o recurso a estratégias orientadas para a resolução do problema e a intensidade da perturbação de pós-stress traumático numa amostra de ex-combatentes.

Similamente, as investigações indicam a existência de uma correlação positiva entre a intensidade da perturbação de pós-stress traumático e estratégias de *coping* orientadas para as emoções, como o evitamento, culpabilidade e responsabilização. Dados referentes a amostras de ex-combatentes (Avitzur, Mikulincer & Solomon, 1988), sobreviventes de acidentes motorizados (Bryant & Harvey, 1995) e mulheres vítimas de maus-tratos (Green, Hovanitz, Kemp & Rawlings, 1995).

Blake, Cook e Keane (1992) efectuaram um estudo comparativo que permitiu verificar que ex-combatentes com perturbação de pós-stress traumático, comparativamente com os que não apresentam perturbação, utilizam mais estratégias orientadas para as emoções e menos estratégias orientadas para a resolução de problemas.

Também Amir, Benjamin, Efroni, Kaplan, Kotler e Levine (1997) apuraram que indivíduos com perturbação de pós-stress traumático utilizam mais a estratégia evitamento comparativamente ao grupo de controlo, sem patologia.

Resultados semelhantes foram obtidos por Avitzur, Mikulincer & Solomon (1988). Os autores verificaram, num estudo de carácter longitudinal, que quanto menor o recurso a estratégias orientadas para a emoção num primeiro momento menor será o número de sintomas se perturbação de pós-stress traumático relatados anos depois.

Leiderman-Cerniglia (2002) num dos poucos estudos sobre a relação entre estratégias de *coping* e perturbação de pós-stress traumático entre mulheres com cancro da mama, encontrou correlações positivas entre a utilização de estratégias orientadas para a emoção, nomeadamente o evitamento, e a intensidade de perturbação de pós-stress traumático. Contudo, esta autora não encontrou qualquer relação entre a utilização de estratégias orientadas para a resolução de problemas e os índices de perturbação.

Também Eckhardt (1998) num estudo com mulheres com cancro da mama, encontrou dados que indicam que a intensidade de perturbação de pós-stress traumático de correlaciona positivamente com as estratégias evitamento e preocupação ansiosa. Não tendo sido encontrada qualquer relação entre os níveis de perturbação de pós-stress traumático e a estratégia espírito de luta.

Como corolário da discussão delineada a respeito da relação entre estratégias de *coping* utilizadas e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático, resta acrescentar que, apesar da relativa escassez de material bibliográfico, os dados existentes apontam, inequivocamente, para a existência de uma relação entre a utilização de estratégias focadas na emoção e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático ou sintomas do tipo pós-stress traumático.

Considerações Finais

Em suma, e com base no enquadramento teórico que se tem vindo a delinear, ficou patente que a doença oncológica se constitui como um stressor que requer a adopção de uma vasta gama de estratégias de *coping*, para o confronto com os diferentes estádios da doença e desafios específicos.

O processo de *coping* é perspectivado enquanto processo individual e influenciado por factores pessoais e situacionais.

As estratégias de *coping* podem ser vistas como focadas na resolução do problema ou na emoção, contudo não podem ser entendidas como mutuamente exclusivas (Rowland, 1989). Ambas têm como objectivo diminuir os efeitos negativos do stress sobre o equilíbrio e bem-estar global permitindo que o indivíduo alcance um novo equilíbrio com acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes (Canavarro, 2001).

A perturbação de pós-stress traumático e sintomas do tipo pós-stress traumático constituem umas das reacções emocionais adversas perante o diagnóstico e tratamento do cancro. Ficou patente, nas diferentes apresentações empíricas efectuadas que, similarmente ao que ocorre com outras psicopatologias também no que tange à perturbação de pós-stress traumático se observa uma associação entre a mesma e as estratégias de *coping* utilizadas (Avitzur, Mikulincer & Solomon, 1988; Bryant & Harvey, 1995; Green, Hovanitz, Kemp & Rawlings, 1995).

SUPORTE SOCIAL

Introdução

O suporte social pode ser conceptualizado como a rede de relações interpessoais de um indivíduo que procura uma ligação afectiva positiva, uma ajuda prática, um auxílio informativo em termos de conselho ou sugestão, de acordo com a avaliação que faz da situação que está a viver, ou ainda, um reconhecimento das competências e valores pessoais com vista a reafirmar a auto-confiança e a auto-estima (Bruchon-Schwitzer & Dantzer, 2000; Rasclé, 2000).

O suporte social já foi definido e mensurado de diversas formas. No conhecido estudo Alameda, ele foi operacionalizado, em termos de critérios objectivos como o estado civil e a frequência de contactos com amigos e parentes (Bee, 1987).

O suporte social, segundo Hobfoll e Vaux (1993), é composto por três constructos distintos, a saber: os recursos de rede social, os comportamentos de suporte e o suporte social percebido. Os recursos de rede social dizem respeito às relações sociais disponíveis que podem ser utilizadas em caso de necessidade. Verifica-se que os indivíduos que pertencem a uma rede social forte são menos susceptíveis às situações de stress. O comportamento de suporte refere-se à troca de recursos entre, pelo menos, dois indivíduos, o dador e o receptor. Por fim, o suporte social percebido, que remete para a percepção e significado atribuído pelo receptor ao suporte que lhe é prestado.

Pais-Ribeiro (1999) citando Dunst e Trivette (1990) refere a existência de duas fontes de suporte social: a informal e a formal. A fonte de suporte informal remete, tanto para os indivíduos, como para os grupos sociais que são passíveis de disponibilizar apoio nas actividades do dia-a-dia. Já a fonte de suporte social formal inclui as organizações sociais, assim como, os profissionais cujo papel é fornecerem assistência ou ajuda.

A influência das relações de suporte disponíveis no bem-estar do indivíduo, começou a ser estudada de forma sistemática, segundo Canavarro (1999), a partir da década de 60 do século XX. De acordo com esta autora, o suporte social tem sido

considerado, por diferentes autores, como um processo interpessoal que produz sempre resultados positivos, diminuindo o grau de stress sentido perante uma situação adversa e que contribui para o bem-estar global do indivíduo.

Por outro lado, o apoio dado por outrem pode incentivar o indivíduo a utilizar os seus recursos psíquicos para ultrapassar as dificuldades (Caplan, 1974), aumentando o seu sentimento de controlo da situação, de onde resulta um reforço da auto-estima (Cazals-Ferré, Llorca & Poussin, 2004). Para além, de que o sistema de relações permite uma partilha de tarefas e responsabilidades que aliviam o sujeito (Ibidem).

Pinheiro e Ferreira (2002) referem que a percepção de suporte social recebido tem se revelado, um factor mediador do impacto das situações perturbadoras ou adversas, no bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Por outro lado, Bennet (2002) afirma existirem indícios de que os indivíduos com poucos contactos sociais têm uma maior predisposição para morrer mais cedo do que aqueles que possuem uma boa rede de suporte social. Refira-se no entanto, que alguns estudos indicam, que para além de um determinado limiar de apoio, o sujeito pode sentir-se dependente, ao ponto de perder o sentimento de controlo (Cazals-Ferré, Llorca & Poussin, 2004).

Pelo exposto, é fácil concluir a necessidade de analisar os dados obtidos nos estudos empíricos desenvolvidos nas últimas décadas e que apontam para a interferência de factores relacionados com o suporte social sobre a doença crónica, mais especificamente o cancro, assim como, sobre o desenvolvimento de perturbação pós-traumática. Contudo, primeiro é necessário alicerçar teoricamente o conceito de suporte social, assim como, os níveis e perspectivas de análise deste.

Conceito de Suporte Social

Se, à partida, apresentar uma definição do conceito de suporte social não se revela tarefa fácil, dado tratar-se de um conceito complexo dinâmico e percebido de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes, mais complexa se tomou com a diversidade de abordagens, constructos e medidas a ele associadas, assim como, com o crescente grau de abstracção deste constructo na literatura de âmbito psicológico.

Quando se procura compreender o constructo suporte social e a informação produzida em torno deste é necessário conhecer com detalhe a trajectória histórica que esteve subjacente ao seu desenvolvimento.

Nas definições mais antigas, como a que foi proposta por Moss (1973), o suporte social é apresentado como um sentimento subjectivo de pertença, de ser aceite, amado e querido.

Posteriormente, Caplan (1974) defende que os sistemas de suporte são agregados sociais contínuos que dotam o indivíduo de oportunidades para obter *feedback* sobre si mesmo e validar as suas expectativas sobre os outros. De acordo com este autor, devemos falar de sistemas de suporte, nos quais se englobam a totalidade das ligações sociais que prestam apoio informal e formal ao indivíduo, através da mobilização dos seus recursos psicológicos, permitindo a este lidar com os seus problemas e acontecimentos de vida, partilhar actividades, prestar ajuda material e orientação na resolução de situações específicas.

Por sua vez Cobb (1976), considera que o suporte social consiste na informação que leva os indivíduos a crerem que são amados, estimados, valorizados e a terem um sentimento de pertença a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Este autor salienta a importância dos aspectos subjectivos no suporte social; uma vez que receber ajuda por si só não providencia um sentimento de suporte; para que tal ocorra é necessário que o indivíduo que presta suporte possua uma atitude genuína e não uma atitude marcada pela indiferença ou pela obrigação.

Contrastando com os pressupostos acima referidos, Kahn (1979) salienta o carácter objectivo e interpessoal do suporte social, que segundo este autor não é mais do que uma transacção que providencia afecto, afirmação pessoal ou ajuda.

Por sua vez, House (1981) conceptualiza o suporte social como o conjunto de transacções interpessoais que envolvem um interesse a nível emocional e afectivo, a ajuda instrumental de bens ou serviços, o fornecimento de informação sobre o meio envolvente, assim como, o reconhecimento pessoal.

Enquanto Thoits (1982) define o suporte social como uma função do grau de satisfação das necessidades sociais básicas, obtido através da interacção com os outros. A satisfação destas necessidades é alcançada através de relações de ajuda, as quais podem ser operacionalizadas através de duas categorias, nomeadamente: a ajuda emocional e a ajuda instrumental. Já Turner (1983) considera que o suporte social e os recursos de ajuda devem ser entendidos como entidades distintas. De acordo com este autor o que caracteriza o suporte social é o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente. Em contrapartida, Cohen e Syme (1985) consideram que o suporte social engloba os recursos, informações e outro tipo de ajudas fornecidas por outros ao indivíduo, este tanto pode implicar efeitos positivos como negativos na saúde e bem-estar do indivíduo.

Seguindo uma perspectiva próxima da proposta por Cohen e Syme; Dean, Ensel e Lin (1986) preconizam que o suporte social diz respeito às acções instrumentais e emocionais proporcionadas pela comunidade, redes sociais e parceiros.

Já Sarason, Sarason e Shearin (1986), assim como, Sarason, Sarason e Pierce (1988) reforçam uma perspectiva mais pessoal e subjectiva em oposição a um conjunto objectivo de interacções e trocas.

Hobfoll e Stephens (1990) salientam, que o ser humano tem como objectivo primário a preservação e a protecção dos recursos que valoriza, permitindo o suporte social, o desenvolvimento de novos recursos pessoais e sociais, tornando-se, desta forma, um dos principais alicerces para a integridade social, psicológica e biológica dos indivíduos.

Prosseguindo e corroborando as teorizações de Caplan, Maguire (1991) considera que o suporte social permite ao indivíduo ter consciência da sua singularidade. Este autor considera que o suporte social se caracteriza, pelo encorajamento relacional e por ser um mecanismo de protecção contra o stress, possibilitando a aquisição de conhecimentos, aptidões e recursos e criar oportunidades de socialização.

Para concluir e como ilustra Burlison (1994), o suporte social é um processo desenvolvimental e interactivo que se estabelece entre o indivíduo e o seu sistema de vínculos relacionais, que facilita a resolução de problemas vários e que cria no indivíduo a sensação de que é compreendido e aceite por quem fornece o suporte.

Níveis de Análise do Suporte Social

De forma simplificada e generalista pode considerar-se que o suporte social refere-se à ajuda que é disponibilizada ou que é percebida como tal. Esta ajuda pode provir da comunidade, das redes sociais ou de relações íntimas. Daí poder considerar-se, a existência de três níveis de análise do suporte social, a saber: o comunitário, as redes sociais e as relações íntimas.

O nível de análise comunitário diz respeito às relações que são estabelecidas com a comunidade e reflecte a integração do indivíduo na estrutura social ampla em que está inserido, assim como o grau e extensão com que este se identifica e participa no seu meio social (Gracia, 1998). As redes sociais são, tanto os vínculos sociais que envolvem o indivíduo, como a totalidade das ligações sociais existentes entre os membros de uma comunidade (Mitchell & Trinckett, 1980). No que concerne às relações íntimas, verifica-se que é entre estas que se espera que ocorram os intercâmbios recíprocos e mútuos (Ibidem).

Perspectivas de Análise do Suporte Social

House e Kahn (1985) consideram que existem três perspectivas para analisar o suporte social, estas são: a conceptual, a estrutural e a funcional. Cohen e Syme (1985) para além das perspectivas supra citadas, mencionam uma quarta perspectiva, que denominam de contextual.

As perspectivas de análise do suporte social, mais comumente referidas, podem ser sumariamente descritas da forma que seguidamente se apresenta.

1) Conceptual

Na perspectiva conceptual é valorizada a quantidade de relações sociais estabelecidas. Esta perspectiva permite fazer a distinção entre integração social e isolamento social (House & Kahn, 1985).

2) Estrutural

Quando se adopta a perspectiva estrutural, o objecto de análise são, as características das redes sociais e as condições objectivas do processo de suporte social. Nesta perspectiva as variáveis que se destacam são a integração e participação social, assim como, a análise das redes sociais considerando-se tanto as variáveis estruturais da rede (tamanho, densidade, composição, dispersão e homogeneidade), como as variáveis de interacção da rede (Gracia, 1998).

3) Análise funcional

Ao eleger-se esta perspectiva o objectivo é determinar o teor funcional das relações sociais. Os conteúdos funcionais destas podem ser conceptualizados de diferentes formas, contudo os mais referidos são: o suporte emocional, o suporte instrumental e o suporte informacional.

O suporte emocional, também denominado de expressivo ou afectivo. Diz respeito ao sentimento de se ser amado, assim como, de pertença a um grupo (Cobb, 1976).

Já o suporte instrumental, ainda nomeado de suporte material, tangível ou de ajuda; abrange a prestação de serviços e assistência material (Thoits, 1983).

Por sua vez, o suporte informacional, também designado de suporte cognitivo, de aconselhamento ou de orientação. Inclui as informações, aconselhamentos e orientações dados ao indivíduo, que lhe permitem ultrapassar os seus problemas (Wills, 1985). House (1981) considera a existência de duas dimensões no suporte informacional; uma que remete para a transmissão de informação ou ensinar uma competência que permita resolução de um dado problema, a outra envolve informação que permite ao indivíduo empreender na sua avaliação pessoal.

Contudo, existem autores que referem outros tipos de suporte social. Conway e Wortman (1985) fazem referência ao suporte de estima, que consideram ser a informação de que uma pessoa é estimada. Também Wills (1985) faz referência a este tipo de suporte mencionando que se trata de ter alguém disponível com quem se possa

falar dos nossos problemas. Alguns autores contudo consideram que este tipo de suporte está incluído no suporte emocional.

Outro tipo de suporte que é mencionado na literatura psicológica é a companhia social, que é definida como sendo, passar tempo com outros em actividades de lazer e recreativas; actividades estas que preenchem a necessidade de afiliação e contacto com os outros (Cohen & Wills, 1985).

4) Contextual

Esta perspectiva de análise do suporte social destaca a importância dos contextos ambientais e sociais em que o suporte ocorre (Eckenrode & Gore, 1981). Desta forma deve-se considerar quem é o prestador de suporte, o momento em que este é prestado, a durabilidade da prestação de suporte social e a adequação entre o suporte que é fornecido e o problema (Cohen & Syme, 1985).

Suporte Social e Doença Crónica

Os referenciais teóricos clássicos indicam, que a resolução do processo de crise, como o diagnóstico de uma doença crónica, depende, para além de factores pessoais, de recursos do meio, como o suporte social. Sendo este principalmente visualizado como um recurso que permite a diminuição das exigências impostas pela situação stressante.

O suporte social é, neste sentido, perspectivado como um processo transaccional em que o indivíduo interage continuamente com um meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Lazarus & Folkman, 1986).

O efeito moderador do suporte social mostrou, em diversos estudos, estar associado ao índice de saúde. Desta forma, o isolamento social surge relacionado a doenças como a hipertensão, comportamentos aditivos, entre outras, assim como, revela favorecer o decréscimo da saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e desempenho dos papéis sociais.

Desde há muito que o efeito do suporte social na protecção da saúde está bem documentado empiricamente. Como se constata pelos dados obtidos nas investigações efectuadas em Alameda, Tecumseh e Durham. Todos eles, estudos de carácter longitudinal, onde se obtiveram resultados que apresentam fortes evidências da relação entre os níveis de suporte social, a longevidade e a mortalidade dos indivíduos. Em contrapartida, nos mesmos estudos, demonstra-se que a ausência de suporte social correlaciona-se positivamente, com a incidência de patologia física e psicológica.

Resultados que vão ao encontro dos que foram obtidos por Omelas (1996). Com base nos dados obtidos por este autor, verifica-se que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de desenvolverem perturbações mentais.

Por sua vez, Morano, Cisler e Lemerond (1993) constataram, que a ausência de suporte social é um factor de risco para o suicídio.

Já no domínio das patologias físicas Pais-Ribeiro (1998), assim como Chang, Chen e Deng (2001), salientam que nos doentes infectados com o vírus da imunodeficiência humana, o suporte social, embora mediado por outras variáveis, influencia o surgimento de sintomatologia. Os dados obtidos por estes investigadores permitem ainda, constatar que o aumento do suporte social tem um impacto positivo nas manifestações psicológicas associadas à doença, nas crenças sobre a mesma e na controlabilidade desta, assim como, que o suporte social se correlaciona positivamente com as estratégias comportamentais utilizadas pelo indivíduo para fazer face à doença e com uma maior internalidade do *locus* de controlo.

Por sua vez, Coelho e Pais-Ribeiro (2000), numa investigação em que analisam o papel do suporte social na percepção subjectiva de bem-estar, numa amostra de mulheres com patologia cardíaca submetidas a cirurgia, concluem que as dimensões do suporte social: satisfação com a família, satisfação com as amigas e intimidade, apresentam uma correlação positiva com o índice global de bem-estar.

Atendendo aos resultados obtidos nestas e noutras investigações, alguns teóricos encetaram o propósito de compreensão dos mecanismos de influência do suporte social sobre a saúde, assim como, sobre a recuperação da doença.

Nesta perspectiva importa referir Lord e Singer (1984), citados por Pais-Ribeiro (1999), que consideram que a relação entre o suporte social e a saúde se deve, ao facto de este desempenhar uma função de mediação ou moderação do stress, pela inexistência de suporte social ser um factor indutor de stress, assim como, pela perda de suporte social ser um stressor e o suporte social ser benéfico, uma vez que torna as pessoas mais fortes e em melhor condição de enfrentar as vicissitudes da vida.

Paralelamente, alguns estudos empíricos têm demonstrado que o suporte social também desempenha um efeito mediador no impacto negativo inerente à situação de doença. Verificando-se que a existência de suporte está associada a um menor *distress* emocional devido a esta. A este respeito Willis (1997), menciona Cacioppo, Kiecolt-Glasser e Uchino (1996), que consideram que o suporte social desempenha um papel mediador na doença, tanto na redução da severidade desta, como na recuperação da mesma.

Conway e Wortman (s.d.) advogam que há duas características interpessoais que medeiam o impacto do suporte social na saúde, assim como, na recuperação da doença, a saber: a competência social e o neuroticismo. Admite-se que os indivíduos socialmente competentes e sem neuroticismo têm maior probabilidade de obter suporte

social adequado e são mais eficientes a eliciar cuidados e respostas aos seus problemas, no sistema de saúde.

Também Sarason, Sarason e Shearin (1986) fazem referência ao neuroticismo, mencionando ainda, a extroversão. Estes autores consideram, que os indivíduos com elevados níveis de neuroticismo tendem a descrever níveis de suporte inferiores, enquanto que os indivíduos em que predomina a extroversão relatam níveis de suporte social superiores aos relatados por outros indivíduos.

À luz dos referenciais teóricos, a relação entre suporte social, neuroticismo e extroversão não é surpreendente. Uma vez que “o neuroticismo encontra-se de forma mais acentuada em indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para a descompensação, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos e respostas de *coping* desadequadas” (p.165) verificando-se que os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação na dimensão neuroticismo revelam-se incapazes de fazer face a situações de stress sem que fiquem transtornados. Por sua vez, os indivíduos extrovertidos são sociáveis, apreciam o convívio com os outros, com os grupos e com as multidões (Botelho, 2003).

Também na tentativa de compreenderem a forma de actuar do suporte social sobre a saúde, Sarason, Sarason e Pierce (1988) identificaram que um baixo suporte social está associado a um sentido de externalidade do *locus* de controlo, dificuldades em persistir na procura de acções significativas e insatisfação com a vida.

Se por um lado, se tem vindo a assinalar a importância e a forma de actuação do suporte social na manutenção e preservação do estado de saúde, importa também analisar os mecanismos de influência do suporte social para a adaptação à doença crónica.

Nesta perspectiva, Holahan e colaboradores (1995), referidos por Coelho e Pais-Ribeiro (2000), consideram que a afecção da saúde envolve uma série de acontecimentos negativos crónicos, que conduzem a uma quebra abrupta do nível de qualidade de vida, verificando-se que a adaptação à doença beneficia com o suporte prestado pela rede social de apoio.

Também Tijhuis e colaboradores (1995), consideram que o suporte social desempenha um papel fundamental na etiologia e recuperação da doença pois, por um lado melhora a saúde e bem-estar do indivíduo e por outro, tem um efeito amortecedor dos efeitos negativos da mesma, uma vez que consegue proteger o indivíduo contra os efeitos nocivos do stress.

Martimportugués e Novas (1997) salientam que em determinados doentes o suporte social é um recurso que ajuda o indivíduo a enfrentar os medos e ambiguidades decorrentes da situação de doença.

Por seu turno Holahan e Moss (1985), consideram que o suporte social determina o decurso da doença uma vez que influencia, tanto o acesso do indivíduo a

informação pertinente, como a motivação deste para cumprir as recomendações médicas. As mesmas autoras, citando Hobfoll (1985), referem que no caso específico da doença crónica, é frequente os doentes sentirem que são uma carga para os outros, como tal tendem a isolar-se, evitam solicitar ajuda e exibem, por vezes, uma reacção negativa perante as ofertas de ajuda dos demais.

Adoptando uma perspectiva distinta das supra citadas, Coates e Wortman (1980) referem que a primeira tendência dos membros das redes sociais, é a manifestação de comportamentos de ajuda para com os doentes crónicos, contudo com o passar do tempo, estes comportamentos tendem a diminuir.

Na mesma linha, Cohen e Syme (1985) advogam que um dos aspectos a considerar nas investigações sobre a importância do suporte social para a adaptação à doença crónica, refere-se à análise da competência dos dadores de suporte, para manter o suporte ao longo do tempo. Uma vez, que os doentes crónicos se encontram numa situação com características muito específicas, necessitando de apoio social durante um longo período de tempo.

A este respeito Rowland (1987) refere que, na doença crónica o doente enfrenta um processo contínuo em que as exigências para a adaptação variam ao longo das diferentes fases da doença e do ciclo de vida do indivíduo. Contudo, verifica-se que em qualquer fase o suporte social é uma variável predictor da adaptação à doença crónica.

Seguindo uma linha de investigação semelhante, alguns investigadores têm desenvolvido estudos empíricos com o intuito de determinar se existem diferenças significativas quando os indivíduos recorrem a tipos de suporte social distintos.

Os resultados obtidos indicam que certos tipos de suporte são mais importantes do que outros para determinadas fases da doença.

A este respeito Santos (2004) refere os trabalhos de Nyamathi (1987), este autor verificou que o suporte emocional se revela mais benéfico no momento do diagnóstico da doença, enquanto o suporte tangível é mais importante no decurso da mesma. Também Marín (1995), constatou que a função moderadora do apoio emocional, sobre os efeitos depressivos decorrentes da experiência de doença, é mais evidente nos primeiros momentos após o diagnóstico e surgimento dos primeiros sintomas. Dados que indicam, que é na fase logo após o diagnóstico, que o suporte emocional se revela como um factor que elicit a no indivíduo competências que lhe permitem fazer frente à situação de doença, tornando-a menos lesiva para o seu bem-estar e identidade.

Em forma de resumo, refira-se que, apesar das divergências, na sua globalidade os dados empíricos patentes na literatura científica e explanados no actual sub-capítulo indicam que, a noção de que se pode contar com a família e com os amigos, bem como com outras pessoas que consideramos significativas ou importantes

nas nossas vidas, tem um efeito amortecedor sobre o impacto negativo produzido pela doença crónica.

Suporte Social e Cancro

As características específicas do cancro determinam os efeitos e reacções a esta doença, como tal reveste-se de particular pertinência avaliar a relação do suporte social e dos componentes idiossincráticos desta afecção.

Várias investigações têm comprovado que o ambiente interpessoal da pessoa com cancro é crucial para a adaptação desta à doença (Rowland, 1990).

Conway e Wortman (s.d.) consideram que o suporte social é um aspecto central na investigação efectuada no domínio da saúde, tratando-se de uma variável que merece uma atenção especial por parte dos investigadores interessados em prever e facilitar manifestações psicológicas positivas entre doentes com cancro.

A relação do suporte social e do cancro tem sido estudada de diferentes perspectivas. Contudo, a grande maioria dos estudos centra-se no efeito directo, ou no efeito mediador, do suporte social sobre a evolução da doença, comprovando-se que a qualidade e quantidade das relações sociais influenciam o bem-estar físico e psicológico dos doentes com cancro. Alguns autores apontam para o facto da etiologia do cancro estar frequentemente associada a dificuldades nas relações interpessoais. Outros salientam o efeito amortecedor no impacto produzido por um evento negativo, como é o diagnóstico de cancro, pela presença ou disponibilidade de indivíduos com quem o doente possa partilhar esta experiência. Verifica-se que, este papel é geralmente desempenhado por membros da família nuclear, outros familiares ou amigos (Rowland, 1990).

Rowland (1990) salienta que as investigações empíricas realizadas neste domínio indicam, que a presença de suporte social não só diminui o *distress* emocional associado ao cancro, como também desempenha um papel importante na redução dos índices de mortalidade em indivíduos com cancro.

Um dos primeiros estudos cujos resultados indicam a existência de uma relação entre mortalidade e suporte social foi conduzido por Ell e colaboradores em 1992. Estes investigadores realizaram um estudo abrangendo uma amostra de 369 doentes com cancro, tendo verificado a existência de evidências substanciais, da relação entre o suporte social e a taxa sobrevivência de indivíduos com cancro.

Nesta mesma linha, trabalhos realizados mais recentemente têm obtido resultados semelhantes, reforçando a importância do suporte social na melhoria dos índices de saúde e qualidade de vida, entre os doentes do foro oncológico. Algumas

destas investigações demonstraram a importância do suporte social para o doente com cancro, desde a fase de vigilância de saúde, passando pela fase de diagnóstico, até à fase de tratamento (Santos, 2004).

Por outro lado, Rowland (1990) refere que a ausência de suporte social, ou perda de pessoas significativas durante o processo de doença, constitui um stressor adicional que se pode tornar mais penoso que a própria doença.

Alguns dos efeitos positivos do suporte social em mulheres com cancro da mama, incluem uma melhor adaptação à doença, níveis de auto-estima mais elevados, melhor bem-estar emocional, assim como, menor *distress* emocional e stress associado à doença e seus tratamentos (Bloom, 1982; Funch & Mettlin, 1982; Jamison, Wellisch & Pasnau, 1978; Koopman, Hermanson, Diamond, Angell & Spiegel, 1998; Neuling & Winefield, 1988; Northouse, 1988; Moyer & Salovey, 1999).

Em contrapartida, Bloom e colaboradores (1986) verificaram que a percepção de pouco suporte social disponível, por mulheres com cancro da mama, correlaciona-se positivamente com uma baixa auto-estima, insatisfação com a imagem corporal, preocupações com a auto-imagem e com a intimidade.

Schmidt e Andrykowski (2004) verificaram que a existência de um contexto social de suporte que encoraje a partilha de pensamentos e emoções, assim como, a procura de um sentido para se ter um cancro da mama é determinante no ajustamento psicológico dos doentes.

Com o objectivo de averiguar se o tipo de suporte, assim como, quem o fornece, influencia os níveis de *distress* relatados, Alferi, Carver, Antoni, Weiss e Durán (2001) desenvolveram uma investigação onde constataram que o suporte social emocional fornecido pelos amigos e o suporte instrumental disponibilizado pelo marido, antes da cirurgia para tratamento do cancro, explicam em grande medida a variabilidade no *distress* experienciado após a mesma.

Também Fredette (1995), citado por Santos (2004), verificou que os cônjuges são os membros familiares considerados pelas doentes com cancro da mama, como maiores fornecedores de suporte.

Com o objectivo de avaliar a facilidade em comunicar com os parceiros sociais sobre a doença, Henderson, Davison, Pennebaker, Gatchel e Baum (2002) efectuaram uma investigação empírica que permitiu verificar que, embora a maioria dos doentes com cancro da mama indiquem que falam sobre a doença com os seus parceiros sociais, um grupo significativo de indivíduos relata que, não querer ou não se sentir preparado para o fazer. Este estudo revelou, ainda, que entre os parceiros sociais mais procurados pelos indivíduos para falar sobre o cancro, encontram-se a família, os amigos e os profissionais de saúde.

Por outro lado, Conway e Wortman (s.d.), citando Peters-Golden (1982), referem que o facto de o indivíduo ter cancro tem impacto sobre o suporte que lhe é

disponibilizado. Verificando-se que 75% dos doentes com cancro da mama referem, que as pessoas os tratam de forma diferente depois de saberem que têm cancro. Destes, 72% refere que os outros não os compreendem e mais de 50% refere que os outros os evitam ou têm medo deles.

Dunkel-Schetter (1981; cit. por Conway & Wortman, s.d.) refere que as relações de suporte social, que se verificam ser mais benéficas para os doentes com cancro da mama e do colo-rectal pressupõem como principais elementos o suporte emocional e informacional.

Um outro estudo, que confirma os efeitos positivos de suporte social entre mulheres com cancro da mama, foi desenvolvido por Moyer e Salovey (1999). Estudo este que teve como objectivo, quer averiguar se existem diferenças quanto ao suporte social disponibilizado consoante o tratamento a que o indivíduo é submetido, como analisar o suporte social disponibilizado e o *distress* vivido pelos indivíduos ao longo do tempo. Por um lado, os autores verificaram, que o tipo de tratamento efectuado não se correlaciona com o suporte social disponibilizado, por outro lado, constataram que, quer o suporte social percebido como, o *distress* diminuem ao longo do tempo. Os dados obtidos nesta investigação permitiram ainda concluir que, o suporte social, relatado pelas mulheres com cancro da mama, prediz o *distress* psicológico exibido por estas.

Em suma, ficou patente nas diferentes apresentações empíricas versadas anteriormente, a propósito do papel desempenhado pelo suporte social na adaptação à doença oncológica, a existência de evidências do efeito benéfico que o suporte social exerce na adaptação à doença oncológica.

Suporte Social e Perturbação de Pós-Stress Traumático

Embora, de um modo geral, se defenda o efeito benéfico que o suporte social exerce no bem-estar, assim como, na saúde física e psíquica dos sujeitos, poucos são os trabalhos que têm focado a influência deste na perturbação de pós-stress traumático. Nos estudos efectuados, o suporte social tem mostrado ter tanto um efeito moderador como, inibidor do desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático.

Como demonstram as investigações conduzidas por Fontana, Rosenheck e Horvath (1997), assim como, Solomon, Mikulincer e Avitzur (1988). Estes autores verificaram que, numa população de ex-combatentes quanto maior a percepção de suporte social, menor é o número de sintomas de perturbação de pós-stress traumático apresentados pelos indivíduos. Adoptando uma linha de investigação semelhante, Dekel, Neria e Solomon (1998) encontram resultados similares numa população de prisioneiros de guerra.

Por seu lado, Sutker, Davis, Uddo e Dittal (1995), num estudo com veteranos de guerra, verificaram que os sujeitos que sofrem de perturbação de pós-stress traumático relatam ter menos suporte social comparativamente aos sujeitos que não exibem perturbação.

Numa linha de investigação similar, Kotler, Iancu, Efroni e Amir (2001) constataram que os sujeitos com perturbação de pós-stress traumático, quando comparados com outros indivíduos, apresentam um maior risco de suicídio, raiva e impulsividade e níveis inferiores de suporte social. Os autores verificaram ainda, que nos indivíduos com perturbação de pós-stress traumático, quanto maior os índices de suporte social menor é o risco de suicídio.

Por sua vez, Kemp, Green, Hovanitz e Rawlings (1995) verificaram, numa amostra de mulheres vítimas de violência física, que elevados níveis de suporte social são um preditor de diminuta sintomatologia de perturbação de pós-stress traumático.

Já Joseph, Yule, Williams e Andrews (1993, cit. por Serra, 2003) verificaram que a qualidade do suporte recebido, imediatamente após o evento traumático, é preditiva de uma melhor evolução psicológica. Os autores constataram, também que, quanto mais tempo decorre, mais significativa se torna importância da qualidade do suporte social prestado após o evento traumático para a adaptação psicológica do indivíduo. Os autores verificaram ainda, e esta observação reveste-se de um interesse particular, que os indivíduos relatam que o suporte social prestado pela família e amigos diminui significativamente com o decorrer do tempo.

Por seu turno, Keane numa investigação realizada em 1985; referida por Serra (2003), ao analisar a relação entre as alterações na prestação de suporte ao longo do tempo e a perturbação de pós-stress traumático verificou, que os indivíduos com perturbação de pós-stress traumático comparativamente a indivíduos saudáveis, relatam que o nível de suporte social prestado, após a situação traumática, declina mais progressivamente, havendo mesmo indivíduos que referem que este tende a desaparecer com o decorrer do tempo.

Com o intuito de averiguarem a influencia do género nos níveis de suporte social e as repercussões deste último na exibição de sintomatologia pós-traumática, Andrews, Brewin e Rose (2003) conduziram uma investigação com vítimas de crimes violentos, um mês e seis meses após a ocorrência do crime. Os autores verificaram que um mês após o crime, os índices de satisfação com o suporte prestado eram semelhantes entre as vítimas do sexo masculino e feminino. Constataram ainda que, tanto um mês como seis meses após o crime, as dimensões: satisfação com o suporte social recebido e suporte negativo se relacionam com a sintomatologia de perturbação de pós-stress traumático.

Contrastando com a ideia geral de que o suporte social se relaciona com a quantidade e intensidade de sintomatologia pós-traumática exibida pelo indivíduo, o

estudo desenvolvido por Gold, Engdahl, Eberly, Blake, Page e Frueh (2000) revela resultados que parecem contradizer os trabalhos anteriormente referidos. Estes autores procuraram determinar, que variáveis psicossociais permitem predizer a sintomatologia pós-traumática, entre prisioneiros de guerra. Os autores verificaram que o suporte social prestado logo após o trauma não tem qualquer valor preditivo sobre a sintomatologia pós-traumática apresentada.

A globalidade dos estudos parece no entanto mostrar, quer que o suporte social se correlaciona negativamente com o número e intensidade dos sintomas de perturbação de pós-stress traumático, como que o suporte social permite predizer os mesmos.

Na população específica que nos interessa para o presente estudo, foi possível encontrar seis investigações que analisam a importância do suporte social no desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático ou da sua sintomatologia, após o diagnóstico de cancro.

Um dos quais foi desenvolvido por Andrykowski e Cordova em 1998. Os autores verificaram que a exibição, pelo indivíduo, dos sintomas específicos da perturbação de pós-traumático está associada a um menor nível de suporte social, este último operacionalizado em termos de suporte afectivo e confiança.

Dados que foram confirmados pela investigação conduzida por Butler, Koopman, Classen e Spiegel (1999), numa amostra de mulheres com cancro da mama com metastases. Os autores constataram que a exibição de sintomas de intrusão e evitamento está associada a ambientes sociais que fornecem pouco suporte.

Estudos efectuados posteriormente por Andrykoski, Cordova, McGrath, Sloan e Kenady (2000), assim como, Widows, Jacobsen e Fields (2000), confirmam que o índice de sintomatologia da perturbação pós-traumática exibida por mulheres com cancro da mama está associado a níveis de suporte social mais baixos.

Um outro estudo, que confirma a ideia de que um maior nível suporte social está associado a uma menor probabilidade de desenvolver perturbação de pós-stress traumático, foi desenvolvido por Lewis e colaboradores (2001). Neste estudo, os autores procuraram averiguar o efeito moderador do suporte social, na relação entre pensamentos intrusivos relativos ao cancro e qualidade de vida. Lewis e colaboradores (2001) verificaram que, os pensamentos intrusivos são menores entre as mulheres que relatam níveis mais elevados de suporte informacional e que entre as mulheres com baixos níveis de suporte informacional, a relação entre pensamentos intrusivos relacionados com o cancro e a qualidade de vida é significativa e negativa.

Também Leiderman-Cerniglia (2002) efectuou uma investigação que permitiu verificar que quanto mais elevados forem os níveis de suporte social percebido menor a probabilidade das mulheres a quem foi efectuado o diagnóstico de cancro da mama desenvolverem perturbação de pós-stress traumático.

Em jeito de resumo, podemos considerar que os resultados obtidos nas investigações empíricas analisadas indicam, na sua grande maioria, a existência de uma relação entre os níveis de suporte social e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

Considerações Finais

O suporte social é perspectivado como a rede de relações interpessoais de um indivíduo que procura uma ligação afectiva positiva, uma ajuda prática, um auxílio informativo em termos de conselho ou sugestão, de acordo com a avaliação que faz da situação que está a viver, ou um reconhecimento das competências e valores pessoais com vista a reafirmar a auto-confiança e a auto-estima (Bruchon-Schwitzer & Dantzer, 2000; Rascle, 2000).

Trata-se de um recurso que se verifica ter um efeito moderador sobre o stress e que tem revelado uma elevada correlação com os índices de saúde, nomeadamente com a funcionalidade e a qualidade de vida.

É conhecido o efeito do suporte social em situações extremas, como o diagnóstico e tratamento de uma doença oncológica. O seu mecanismo de influência é exercido de diversas formas, protegendo o indivíduo do efeito catastrófico do confronto com o agente stressor, ou intercedendo na relação entre stress, capacidade de adaptação e saúde.

Esta relação tem sido comprovada para diversas doenças, tanto do espectro físico quanto mental.

Desta forma, o suporte social deve ser entendido enquanto recurso que diminui os efeitos psicológicos adversos dos stressores. A percepção de que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional, assistência prática e informacional nos momentos de crise, parece ser um factor benéfico. Particularmente, quando este é prestado por indivíduos que nos são íntimos.

SENTIDO DE COERÊNCIA

Introdução

Durante toda a vida o ser humano é confrontado com uma multiplicidade de acontecimentos stressantes que influenciam o seu bem-estar físico, psicológico e social. Verificando-se que perante o mesmo acontecimento, os indivíduos são afectados de forma diferente, uma vez que cada indivíduo é distinto dos demais, tanto nos seus aspectos intrínsecos como extrínsecos (Nunes, 1999).

Perante um acontecimento de grande impacto na vida do sujeito, este tende a atribuir-lhe um sentido adoptando estratégias que permitam a sua resolução, assim como, a gestão do stress que a situação acarreta.

O sucesso da resposta dada perante os diferentes acontecimentos de vida, depende da capacidade de mobilização dos componentes comportamentais, emocionais e cognitivos que compõem a mesma (Nunes, 1999).

A este respeito a Organização Mundial de Saúde (p. 67; 1997) refere que *"in today's society no one can avoid confronting stressful situations and setbacks, and the way in which people react to such stress is a decisive factor for their mental health"*.

Um dos factores identificados como determinante para a mobilização das respostas, perante situações extremas, é o sentido de coerência. Este corresponde a uma disposição e forma vital de ver o mundo, acreditando que este é compreensível, flexível e que possui um significado (Antonovsky, 1998a).

O sentido de coerência constitui-se como uma variável determinante para a capacidade dos indivíduos lidarem com os stressores. Pois, embora seja uma característica própria a todos os indivíduos, é diferente de indivíduo para indivíduo (Nunes, 1999).

O conceito de sentido de coerência, assim como, a identificação e especificação das características do indivíduo, que facilitam uma estratégia que permita a resolução e a gestão do stress, resultantes de acontecimentos de vida disruptivos são importantes para compreender os processos que conduzem à saúde mental e qualidade de vida, por um lado e à psicopatologia, por outro.

O diagnóstico e tratamentos efectuados para o cancro constituem acontecimentos que têm consequências determinantes no bem-estar psíquico, físico e social do indivíduo.

A identificação e descrição de factores intrínsecos ao indivíduo que contribuem para a compreensão da multiplicidade de respostas exibidas pelos sujeitos nesta situação específica, tem representado uma área de interesse empírico crescente.

Como tal, no presente capítulo, analisar-se-á o conceito de sentido de coerência, os seus componentes, a relação deste com a saúde e doença, e mais especificamente, a relação com o cancro, assim como, com a perturbação de pós-stress traumático.

Conceito de Sentido de Coerência

É recente e pouco conturbada a história do constructo sentido de coerência. Como tal não é de estranhar que, ao contrário do que acontece com outros constructos, a definição deste conceito seja uma tarefa mais simples e menos complexa.

Foi em 1979 que Antonovsky formulou a definição de sentido de coerência, verificando-se que até aos nossos dias esta tem sido dotada de aceitação universal.

De acordo com o autor, o sentido de coerência não é mais do que:

A global orientation that express the extent to witch one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by the stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement (Antonovsky, 1987, p.19).

Antonovsky (1991) assinala que a maioria dos conceitos e princípios da psicologia se debruçam sobre um aspecto singular do sujeito psicológico, enquanto o estudo do sentido de coerência implica, não só análise do indivíduo como um todo, enquanto ser bio-psico-social, mas também daquilo que o torna único e distingue dos seus congéneres.

Antonovsky (1998b) perspectiva o sentido de coerência como uma única dimensão, que no entanto é constituída por três componentes que, apesar de teoricamente poderem ser isolados, contribuem de forma complementar para o sentido de coerência. Como tal, estes componentes apresentam entre si uma relação dinâmica e de mútua influência.

Os componentes do sentido de coerência, preconizados por Antonovsky (1998a) são: a capacidade de compreensão, a capacidade de gestão e a capacidade de investimento.

Na capacidade de compreensão está implicada a dimensão cognitiva do sentido de coerência. Este componente diz respeito à tendência para perceber os acontecimentos, quer estes sejam provenientes do meio interno como externo, como ordenados, consistentes, claros, estruturados e explicáveis. O que conduz a uma maior clarificação da natureza das exigências que os acontecimentos colocam ao indivíduo (Antonovsky, 1993; Geada, 1990; Nunes, 1999; Pasikowski, Sek & Scigala, 1994).

Por sua vez, a capacidade de gestão procura avaliar a apreciação que o indivíduo efectua, dos recursos pessoais ou sociais disponíveis para satisfazer as exigências requeridas pelo acontecimento (Antonovsky, 1993; Geada, 1990; Nunes, 1999; Pasikowski, Sek & Scigala, 1994). Subjacente a este componente, encontra-se a capacidade de perceber os acontecimentos como geríveis e ultrapassáveis. Quanto mais elevada a capacidade de gestão, menos o indivíduo se percebe como vítima dos acontecimentos e menos sente que a vida tem sido injusta (Geada, 1990).

A capacidade de investimento avalia a crença do indivíduo, de que o investimento de energia e interesse na resolução da situação, se justifica do ponto de vista emocional e existencial. Desta forma, o indivíduo passa a perceber o acontecimento como um desafio que merece ser ultrapassado. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece, mas antes de considerar que os acontecimentos justificam o investimento dos recursos que estão disponíveis, de forma a que as dificuldades sejam ultrapassadas com dignidade (Antonovsky, 1998; Nunes, 1999).

O sentido de coerência assume, desta forma, um carácter marcadamente cognitivo, afectivo e informacional, permitindo ao indivíduo estruturar a aparente desordem da sua vida, ou de um determinado acontecimento, recuperando a ordem ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida (Nunes, 1999).

Em suma, a definição de sentido de coerência proposta por Antonovsky (1998a), traduz a forma como o indivíduo interpreta os acontecimentos como ordenados e com sentido, o que, determina a mobilização de determinados recursos adequados aos acontecimentos com que o indivíduo se depara. Antonovsky advoga, desta forma, a influência do sentido de coerência na relação entre acontecimentos de vida e saúde.

Origem e Desenvolvimento do Sentido de Coerência

A forma como se desenvolve o sentido de coerência, ainda não está totalmente esclarecida. Contudo, sabe-se que é a repetição de determinadas experiências de vida que possibilita a sua estruturação (Geada, 1990). Experiências estas que são denominadas por Antonovsky (1993) de recursos generalizados de resistência. Estes

correspondem a fenómenos que proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela capacidade do indivíduo intervir nas situações e alterá-las, assim como, pela possibilidade do indivíduo efectuar um balanço das suas acções.

Desta forma, os recursos generalizados de resistência promovem os três tipos de experiências fundamentais para a estruturação do sentido de coerência, ou seja, a compreensão, a gestão e o investimento face aos factores ansiogénicos a que os indivíduos são geralmente sujeitos (Geada, 1990).

Os recursos generalizados de resistência estão só potencialmente disponíveis, cabendo ao indivíduo activá-los face aos diferentes factores de stress, transformando os recursos potenciais em recursos efectivos (Vilhena, 2005).

Por outro lado, Antonovsky (1998a) salienta que os recursos de resistência têm um papel importante na promoção da saúde e adaptação, uma vez que conduzem os indivíduos a experiências de vida positivas que fortalecem o sentido de coerência. Logo, os recursos generalizados de resistência auxiliam, por um lado, a gestão da situação stressante e, por outro, o desenvolvimento do sentido de coerência.

Também Yalom (1980; cit. por White, 2004), considera que o sentido de coerência não é algo que pré-exista, mas antes algo que se desenvolve nos primeiros anos de vida e que se encontra formado na idade adulta. Destacando, desta forma, a importância do contexto social e histórico para a formação e desenvolvimento do sentido de coerência (Ibidem).

Da mesma forma Antonovsky (1998a) refere que, as particularidades contextuais do indivíduo e da sua família vão influir sobre os recursos generalizados de resistência, e é através destes que vão desempenhar um papel determinante no sentido de coerência.

Para além das questões relativas à origem do sentido de coerência vários autores têm se questionado quanto à estabilidade do sentido de coerência ao longo do ciclo de vida.

A este respeito refira-se que Antonovsky (1998a) advoga a estabilidade do sentido de coerência, contudo admite excepções à regra. Mais precisamente, Antonovsky (1998a) considera que existe continuidade e mudança no sentido de coerência no período que medeia a adolescência e a idade adulta. Para além disso admite que, mesmo posteriormente, podem ocorrer pequenas alterações no sentido de coerência em resposta a situações particulares ou em virtude de processos de psicoterapia.

Desta forma pode-se considerar que Antonovsky reconhece tanto a consistência como a mutabilidade no sentido de coerência. Trata-se de uma abordagem que sem nunca perder de vista a unicidade individual é co-extensiva à duração da vida. Legitimando, desta forma, tanto a continuidade como a mudança. Para além de que,

atende à importância da interacção entre o indivíduo e o meio para a estabilidade e para a mudança no sentido de coerência.

Contudo, Antonovsky (1998a) é peremptório ao afirmar que o sentido de coerência “...is more or less stabilized by roughly the age of 30...” (p. 16). Pela análise das palavras do autor, facilmente se reconhece, que este propõe, à semelhança do que ocorre com outras características mais estáveis da personalidade, que o indivíduo nasce com determinadas predisposições para ver o mundo como coerente e previsível, porém, fruto da consistência e da qualidade das experiências com que o indivíduo se vai confrontando ao longo do seu desenvolvimento, o sentido de coerência vai sendo ou não estimulado e desenvolvido. Ou seja, o sentido de coerência é perspectivado como um constructo que determina as adaptações características do indivíduo e, como tal, influencia a biografia subjectiva deste.

Antonovsky (1998a) considera que para a maioria dos indivíduos adultos, não ocorrem nas suas vidas, acontecimentos suficientemente significativos ou reestruturantes, que impliquem mudanças que afectem o sentido de coerência. O indivíduo que chega à idade adulta inserido num contexto social reforçante, irá manter o seu nível de sentido de coerência.

Com isto, Antonovsky, não quer afirmar que as vivências, na idade adulta, são estáticas. Pelo contrário, o indivíduo irá, ao longo do seu ciclo de vida, confrontar-se com diversos acontecimentos stressantes, tanto de carácter normativo como inesperado, assim como, mudanças macro-sociais. Contudo, sempre que um indivíduo com um forte sentido de coerência se confronta com estas situações, irá articular esforços no sentido de ser bem sucedido, e de encontrar recursos que lhe permitam a adaptação e o reforço do seu sentido de coerência. Já os indivíduos, cujas experiências de vida vão no sentido da incoerência e de um fraco sentido de coerência, a forma como enfrentam e lidam com as situações com que se confrontam, irá promover o enfraquecimento do sentido de coerência (Vilhena, 2005).

Pressupostos teóricos que vão ao encontro dos dados empíricos. De facto, Margalit (1997) e Antonovsky (1998a), referem que, os poucos estudos efectuados até ao momento, sugerem que o sentido de coerência e os seus componentes revelam pouca mudança durante a idade adulta, contudo ocorrem mudanças desenvolvimentais importantes até cerca dos 30 anos.

Em conclusão, os estudos empíricos apresentam um quadro claro de estabilidade do sentido de coerência ao longo do ciclo de vida do adulto.

Contudo, Nunes (1999), tendo em consideração os resultados emanados das várias investigações efectuadas por Antonovsky em diferentes fases do ciclo de vida, particularmente na idade adulta e velhice, sugere que a etapa do ciclo de vida em que o indivíduo se encontra também se reveste de significado aquando da avaliação dos

efeitos do sentido de coerência na funcionalidade do indivíduo ao longo do ciclo de vida.

Em suma, a resposta que se impõe à questão da estabilidade ou mudança do sentido de coerência é: estabilidade e mudança. Embora o volume de dados de índole empírica e teórica a favor da primeira, seja mais impressionante, não são de menosprezar os indícios a favor da mudança, principalmente aquela que ocorre nas primeiras décadas de vida. Estabelecida a realidade da estabilidade e da mudança no sentido de coerência, a tarefa que se impõe futuramente será a de determinar como e porquê uma e outra se verificam.

Modelo de Análise do Sentido de Coerência

O constructo sentido de coerência surge alicerçado ao paradigma salutogénico. Este irrompe por oposição ao paradigma patogénico, este último acentua o disfuncional e como tal, o alvo das investigações é a doença e não a saúde. O modelo patogénico parte do pressuposto de que as doenças são causadas por agentes físicos, bioquímicos, microbiológicos, sociais e psicológicos (Nunes, 1999).

O paradigma patogénico assenta no conceito de homeostase. Cannon (1939), referido por Nunes (1999), salienta que o conceito de homeostase parte do pressuposto de que o organismo humano se mantém numa condição relativamente estável, pela acção de vários mecanismos de regulação.

Contudo, por acção de patógenos e stressores que inviabilizam a acção dos mecanismos de regulação a homeostase do organismo pode ser comprometida, dando-se origem a uma situação de doença. Já a cura equivale ao restabelecimento da estabilidade perdida. O estudo das situações e dos factores de risco deriva desta noção de homeostasia fundamental (Geada, 1990).

Mais recentemente e completando a compreensão da saúde e da doença proposta pelo paradigma patogénico, emerge o paradigma salutogénico. De acordo com este último as investigações devem examinar os factores responsáveis pela manutenção da saúde, não obstante as condições desfavoráveis ou as agressões do meio físico e social. Daí a designação salutogénico, que decorre do latim *salus* que significa saúde e da palavra grega *genesis* que expressa origem (Antonovsky, 1998a).

Nesta perspectiva, a saúde e a doença não são entendidas como duas entidades distintas, mas como um espaço num contínuo com dois limites, o disfuncional e o funcional (Horsburgh, 2000).

Contrariamente ao que ocorre no paradigma patogénico, a concepção de saúde e doença do paradigma salutogénico, não assenta na concepção de homeostase, mas

na concepção de heteroestase. Considerada esta como uma condição inerente ao ser humano em que a saúde é o resultado da acção concertada dos recursos internos do indivíduo no esforço negentrópico de diminuir o caos (Ibidem).

Desta forma, o modelo destaca a importância das predisposições do indivíduo que, associadas aos recursos generalizados de resistência, são responsáveis pela regulação face às perturbações que podem conduzir à doença (Nunes, 1999).

Decorrendo desta nova perspectiva, nas últimas décadas, têm surgido propostas empíricas que procuram determinar que variáveis medeiam a relação entre stress e adaptação. Estas variáveis têm sido, usualmente, denominadas de variáveis mediadoras do stress, e sob esta designação incluem-se: o sentido de coerência proposto por Antonovsky (1998a), a auto-eficácia determinada por Bandura (1977), o conceito de *hardiness* preconizado por Kobasa (1979), o *locus* de controlo enunciado por Rotter (1966) e o optimismo definido por Rosembaum (1988).

Como salienta Antonovsky (1998a; 1991) todos estes constructos são teoricamente semelhantes, uma vez que todos eles focam “...on explanations of successful resolution of stressors and maintenance of or return to health” (p. 69).

Como tal, não é de estranhar que algumas investigações apontem para a existência de correlações significativas entre os níveis de auto-eficácia, *hardiness*, *locus* de controlo e os níveis de sentido de coerência relatados pelos indivíduos.

De facto, Antonovsky (1987) faz prova deste facto, ao determinar que os indivíduos com um *locus* de controlo predominantemente interno apresentam valores de sentido de coerência superiores aqueles que são exibidos por indivíduos com um *locus* de controlo predominantemente externo.

Da mesma forma que existem semelhanças teóricas entre a auto-eficácia, o *hardiness*, o *locus* de controlo, o optimismo e o sentido de coerência, existem variáveis psicológicas que do ponto de vista teórico são antagónicas do sentido de coerência, como é o caso das estratégias de *coping*.

Indubitavelmente, sentido de coerência e estratégias de *coping* são constructos teoricamente distintos. Tal deve-se ao facto de o conceito *coping* se alicerçar no paradigma patogénico, logo, o principal objectivo das investigações efectuadas sobre o mesmo é determinar quais as estratégias de *coping* que conduzem à patologia. Enquanto o constructo sentido de coerência está subjacente ao paradigma salutogénico, como tal, associado a investigações que procuram esclarecer como perante as mesmas circunstâncias alguns indivíduos adoecem e outros não (Antonovsky, 1991).

Na tentativa de diferenciar o sentido de coerência das estratégias de *coping*, Antonovsky (1991) salienta que, como orientação global que é, o sentido de coerência revelado numa determinada situação, ao contrário do que ocorre com as estratégias de

coping, permite prever a capacidade do indivíduo ver o mundo como compreensível, flexível e com significado, perante futuras adversidades.

O que se deve ao facto, do sentido de coerência ser um constructo mais amplo que o *coping*. Uma vez que, os indivíduos se confrontam permanentemente com diferentes factores stressantes, é natural, que não exista uma estratégia de *coping* ideal para fazer frente a todas as situações (Ibidem).

Contudo, um indivíduo com um elevado sentido de coerência terá a flexibilidade que lhe irá permitir escolher a estratégia de *coping* que avalia como mais adequada, de acordo com os constrangimentos situacionais e culturais vigentes (Ibidem).

Pelo que anteriormente foi referido, verifica-se, não raras vezes, a existência de uma relação entre os níveis de sentido de coerência e as estratégias de *coping* utilizadas.

Mais especificamente, algumas investigações têm dado conta da existência de correlações, estatisticamente significativas, entre as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo e o sentido de coerência do mesmo. Verificando-se que, quanto mais elevado o sentido de coerência do indivíduo mais este recorre a estratégias de *coping* orientadas para a acção e menos a estratégias de *coping* orientadas para a emoção (Jelonkiewicz & Kosinska-Dec, 1999).

Para além da existência destas correlações, os dados indicam a existência de uma relação de causalidade entre a estratégia de *coping* que se traduz na procura de distração através do contacto social e o sentido de coerência. Uma vez que, segundo Jelonkiewicz e Kosinska-Dec (1999), esta estratégia de *coping* aumenta o sentido de coerência.

Ou seja, apesar de teoricamente distintos, os constructos sentido de coerência e estratégias de *coping* revelam, não só que se correlacionam como que existe uma relação de causalidade entre ambos.

Por último, refira-se que o modelo salutogénico proposto por Antonovsky (1987) salienta, a importância e necessidade de se investigarem os factores presentes nos casos desviantes. Ou seja, determinar o que faz com que alguns indivíduos sejam saudáveis, enquanto outros nas mesmas circunstâncias adoecem. Ao analisarem-se os casos desviantes é necessário entrar em linha de conta com a história pessoal do indivíduo e todo o seu meio envolvente. Sem essa compreensão torna-se particularmente difícil aceder aos factores psicológicos e psicossociológicos, que determinam o estado de saúde ou de doença (Geada, 1990).

Sumariamente Geada (1990) define o modelo salutogénico preconizado por Antonovsky como um modelo que se centra nos factores do bem-estar físico e psíquico, e não na doença.

Sentido de Coerência e Doença Crônica

Como se procurou desenvolver na descrição supra, vários têm sido os contributos que emergiram nos últimos anos dotando de valor acrescentado a compreensão da relação conceptual e empírica entre sentido de coerência, adaptação, saúde e doença.

Para além de ser teoricamente advogado por Antonovsky (1998), vários estudos têm demonstrado a associação entre sentido de coerência, bem-estar geral (Pallant & Lae, 2002) e saúde (Carmel e col., 1991).

Como foi comprovado no estudo longitudinal, desenvolvido em Norfolk no Reino Unido, em que se demonstrou a existência de uma relação entre o nível de sentido de coerência, a longevidade e a mortalidade (Surtees, Wainwright, Luben, Khaw & Day, 2003).

Também Milanesi, Colby, Cesario, Mishra, Kennedy e Yousefi (1998), numa investigação sobre a influência do sentido de coerência na saúde de mulheres com mais de 60 anos de idade a residir na Califórnia, encontraram uma correlação positiva entre o sentido de coerência e a saúde e uma correlação negativa entre o nível de sentido de coerência e o número de queixas físicas. Resultados que, segundo os autores, indicam que o sentido de coerência torna os indivíduos resilientes ao desenvolvimento de múltiplas patologias.

Já Lindfors, Lundberg e Lundberg (2005), desenvolveram uma investigação com o intuito de esclarecer, de que forma o sentido de coerência influencia a saúde do indivíduo. Os dados obtidos indicam que quanto mais elevado o sentido de coerência mais baixos são os níveis de colesterol e pressão sanguínea. Com base nestes resultados, os autores concluem que o impacto do sentido de coerência na saúde é mediado pelas repercussões deste nos níveis de colesterol e pressão sanguínea dos indivíduos.

Milanesi, Colby, Cesario, Mishra, Kennedy e Yousefi (1998), por seu turno, verificaram que o sentido de coerência se correlaciona positivamente e significativamente com os níveis de imunoglobulina. Contudo, não foi encontrada qualquer relação entre o sentido de coerência e os níveis de cortisol. Segundo, os autores deste estudo, os dados encontrados parecem confirmar a ideia de que o sentido de coerência pode determinar o funcionamento do sistema imunitário e é através deste que o sentido de coerência influi na saúde dos indivíduos.

Adoptando outra perspectiva Pasikowski, Sek e Scigala (1994), assim como, Sek e Pasikowski (1998), identificaram que um baixo sentido de coerência está associado a uma menor rede de apoio, insatisfação com a vida, uma percepção de

menor controlo sobre a doença, assim como, uma menor qualidade de vida, independentemente da precariedade das condições de vida do indivíduo.

Já Kosinska-Dec e Jelonkiewicz (1999) verificaram, numa população de jovens, que o sentido de coerência correlaciona-se negativamente com o consumo de álcool entre os indivíduos do sexo masculino; e entre os indivíduos do sexo feminino detecta-se a existência de uma correlação negativa entre a capacidade de investimento e o consumo de álcool. Dados que indiciam a importância do sentido de coerência ou de alguns dos seus componentes nos comportamentos de risco para a saúde.

Comungando da perspectiva de Neves e Pais-Ribeiro (2000), que advogam que as doenças que mais contribuem para a mortalidade e morbidade são de etiologia comportamental, parece pertinente considerar que o sentido de coerência determina a saúde dos indivíduos, também, através da relação que apresenta com a exibição de comportamentos de risco para a saúde.

Segundo Antonovsky (1991) o sentido de coerência desempenha um papel central na etiologia da doença, uma vez que se trata de uma variável mediadora do stress, conseguindo, desta forma, proteger o indivíduo contra os efeitos adversos deste último.

Enquanto variável mediadora da percepção de controlo sobre a doença, o sentido de coerência constitui-se como um factor que permite a diminuição do sentimento de ameaça e stress vinculado à doença, facilitando a adaptação psicológica à mesma.

Adoptando outra linha de investigação, Cederfjall, Langius-Eklof, Lindman e Wredling (2002) avaliaram a relação entre sentido de coerência e adesão às prescrições médicas. Com base neste resultado, pode-se depreender que o sentido de coerência influencia o decurso da doença, uma vez que, determina a motivação do indivíduo para cumprir as recomendações médicas.

No mesmo sentido foram os resultados obtidos por Cohen e Kanter (2004), estes autores avaliaram a relação entre sentido de coerência e a toma de insulina em doentes com diabetes. Também nesta investigação os dados indicam que o sentido de coerência se correlaciona positivamente com o comportamento de adesão.

Como já foi referido, em capítulos anteriores, o processo da doença crónica é contínuo, verificando-se que as exigências desta variam ao longo das suas diferentes fases. Embora não seja unânime, alguns estudos indicam que a importância do sentido de coerência para a adaptação psicológica à doença varia consoante a fase da mesma.

Neste sentido, vão os dados obtidos por Nilsson, Holmgren, Stegmayr e Westman (2003), assim como, Caap-Ahlgren e Dehlin (2004). Estes autores verificaram, por um lado, que o papel mediador do sentido de coerência é mais significativo nas fases da doença em que há um maior comprometimento da funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo e por outro lado, que há uma

diminuição do nível de sentido de coerência à medida que há uma deterioração funcional devido há doença, contudo este fenómeno só ocorre entre os indivíduos que apresentam baixos níveis de sentido de coerência.

Estes resultados, parecem indicar que em diferentes momentos da mesma situação problemática, distintos componentes do sentido de coerência estão envolvidos no processo de adaptação. Pelo exposto, é fácil concluir a importância de estudos que determinem o sentido de coerência dos indivíduos com diferentes patologias e o modo como o sentido de coerência afecta a evolução e adaptação a esta.

Markstrom, Sundell, Andersson, Schedin e Klang (2002), numa investigação com indivíduos com doença de Parkinson, encontraram uma correlação positiva entre a qualidade de vida dos doentes e o sentido de coerência.

Também Kattainen, Merilainen e Sintonen (2005), numa investigação efectuada em indivíduos submetidos a tratamento devido a doença cardiovascular, verificaram que o sentido de coerência relaciona-se positivamente com a qualidade de vida.

Igualmente, num estudo empírico desenvolvido com doentes cardiovasculares, Szerszen-Motyka, Bogutyn, Ogorzaly-Skupniewicz e Piotrowski (1999) encontraram uma relação entre o sentido de coerência e a adaptação à doença. Verificando-se que quanto mais elevado o sentido de coerência maior a adaptação do indivíduo às contingências da doença.

Estes dados estão contudo em desacordo com os de Maida, Katz, Wolcott, Ladsverk e colaboradores (1991), que num estudo efectuada com doentes renais verificaram, que o sentido de coerência não se relaciona, de forma significativa, com a adaptação à doença.

Por seu turno, Birdwell (2003) não encontrou qualquer relação entre o sentido de coerência e a presença de depressão entre doentes psiquiátricos hospitalizados.

Como corolário, pode referir-se que os dados empíricos, salvo algumas excepções, parecem demonstrar que o senso de que os acontecimentos são compreensíveis, flexíveis e possuem um significado, tem um efeito moderador, no impacto produzido pela doença por um lado, e por outro diminui a probabilidade dos indivíduos virem a adoecer.

Sentido de Coerência e Cancro

Ao analisar-se o panorama científico e após efectuarem-se levantamentos bibliográficos de várias proveniências, verificou-se que a vinculação científica entre sentido de coerência e doença oncológica, é deveras imatura.

Desde longa data, que o estudo das variáveis psicológicas que influenciam a adaptação ao cancro se tem debruçado sobre a pertinência de variados constructos. Contudo, só recentemente, o sentido de coerência começou a fazer parte do conjunto de constructos psicossociais investigados quanto ao seu papel na adaptação à doença oncológica.

Por outro lado, é igualmente notória, alguma desatenção, por parte dos investigadores interessados no constructo sentido de coerência, nomeadamente no que diz respeito à importância deste para a saúde mental após o diagnóstico de cancro. Numa breve retrospectiva, constata-se que, na área do sentido de coerência, tem havido uma maior preocupação em averiguar se o sentido de coerência pode ser considerado um factor etiológico do cancro do que em determinar o papel que este desempenha na adaptação ao cancro.

Perante os dados apresentados, não é de estranhar o distanciamento a que o sentido de coerência e a sua importância para a adaptação psicológica ao cancro tem estado votadas. Deste modo, também não constitui surpresa a verificação de que o resultado de uma cuidada pesquisa bibliográfica, se tenha resumido a menos de meia dúzia de investigações subordinadas ao papel do sentido de coerência na adaptação psicológica ao cancro.

Uma das tentativas com vista a avaliar a relação entre estas duas variáveis é da autoria de Curtis e data de 2001. O autor avaliou a relação entre o sentido de coerência e o *distress* em doentes com cancro da próstata. Os dados indicam que o sentido de coerência é um forte preditor do *distress* relatado por estes doentes. Mas também, que a espiritualidade é um preditor do sentido de coerência.

Por sua vez, Thome e Hallberg (2004), verificaram, num grupo de indivíduos com mais de setenta e cinco anos de idade e com cancro, que o sentido de coerência relaciona-se positivamente com a qualidade de vida, assim como, com a situação económica e os recursos sociais percebidos.

No mesmo sentido vão os resultados obtidos por Wettergren, Bjorkholm, Axdorph e Langius-Eklof (2004). Estes investigadores constataram que, num grupo de doentes com linfoma de Hodgkin, o sentido de coerência correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida, mas também, que o sentido de coerência determina a auto-percepção de saúde física e mental.

Também Gotay, Isaacs e Pagano (2004) demonstraram que o sentido de coerência se relaciona positivamente com a qualidade de vida em sobreviventes de cancro. Os autores verificaram ainda, que entre os sobreviventes de cancro, o sentido de coerência relaciona-se negativamente com os níveis de depressão e stress. Saliente-se que outro dado revelado por este estudo, refere-se ao facto de os sobreviventes de cancro apresentarem um sentido de coerência mais elevado, comparativamente ao que é relatado pela população em geral.

Este resultado coloca a questão de saber-se se o sentido de coerência é um dos muitos factores que determina a possibilidade de sobrevivência dos indivíduos a quem é efectuado o diagnóstico de cancro, ou se pelo contrário é o facto de o indivíduo experienciar uma doença potencialmente letal como esta que promove alterações no sentido de coerência. Ou seja, existem dois eixos explicativos possíveis: um que perspectiva o sentido de coerência como um constructo que determina as adaptações características do indivíduo e o outro que toma o diagnóstico e tratamento do cancro como acontecimentos reestruturantes do sentido de coerência.

Muito embora, em termos empíricos não seja possível responder de forma inequívoca a esta questão, refira-se que os dados quer de carácter experimental, como bibliográfico sustentam primordialmente a primeira tentativa explicativa do fenómeno, salientando-se os dados obtidos na investigação abaixo indicada.

Seguindo uma linha de investigação que analisa tanto variáveis psicológicas, como serológicas, Post-White (1998) avaliou, numa amostra de 38 doentes com cancro em diferentes estádios, a relação entre qualidade de vida, resposta imunitária e sentido de coerência.

Os resultados desta investigação revelam a existência de uma relação negativa entre o sentido de coerência e o estádio da doença. Por outro lado, os dados indicam que o sentido de coerência é um bom preditor do funcionamento imunitário e da qualidade de vida. Verificando-se que quanto mais elevado é o sentido de coerência, melhor é a qualidade de vida e melhor funciona o sistema imunitário. Além disso, este estudo indicia que o sentido de coerência relaciona-se negativamente com a fadiga e as náuseas relatadas pelos indivíduos (Ibidem).

Em suma, podemos considerar que os resultados obtidos nas investigações, indicam que o sentido de coerência deve ser uma variável a considerar quando se procura avaliar os determinantes psicossociais envolvidos na adaptação à doença oncológica.

Sentido de Coerência e Perturbação de Pós-Stress Traumático

Embora, seja consensual, o efeito benéfico que o sentido de coerência exerce no bem-estar geral, assim como, na saúde física e psíquica dos sujeitos, poucos são os trabalhos que têm focado a influência deste na perturbação de pós-stress traumático.

Nos poucos estudos efectuados, o sentido de coerência tem mostrado ter uma acção moderadora no desenvolvimento de distúrbios de ansiedade, e mais especificamente, no desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

Várias investigações têm indicado que o sentido de coerência está associado a uma menor vulnerabilidade psicológica. O que segundo Antonovsky e Sagy (1986), assim como, Amirkhan e Greaves (2003), se pode dever ao facto de os indivíduos com um elevado sentido de coerência, terem uma menor tendência para percepcionarem os acontecimentos como ameaçadores e stressantes, comparativamente aos indivíduos com um baixo nível de sentido de coerência.

Como foi comprovado empiricamente por Amirkhan e Greaves (2003). Estes autores efectuaram um estudo onde avaliaram a influência do sentido de coerência nos níveis de ansiedade relatados pelos indivíduos. Foi utilizada como medida de ansiedade um questionário que permite avaliar a ansiedade-traço e a ansiedade-estado. Os dados obtidos indicam que quanto mais elevado o sentido de coerência, mais baixa é a ansiedade-traço. No que concerne à ansiedade-estado, os autores verificaram que em situações de stress não agudo, quanto mais elevado o sentido de coerência menor é a ansiedade-estado.

Outro aspecto a considerar no estudo anteriormente mencionado, diz respeito à relação entre o sentido de coerência e a ansiedade estado, perante situações de stress agudo. Os resultados indicam que não existe qualquer relação entre o sentido de coerência e os níveis de ansiedade-estado, nessas situações específicas.

Os autores consideram que estes resultados se devem ao facto de, em situações de stress agudo, aspectos específicos da situação poderem determinar de forma decisiva as reacções do indivíduo, de tal forma que a influência do sentido de coerência não é detectável. Ou seja, perante situações de stress extremo, as características ameaçadoras da situação são de tal forma influentes, que não são mediadas pelo sentido de coerência do indivíduo.

Estes dados estão no entanto em desacordo com os obtidos por Fuglsang, Moergeli, Hepp-Beg e Schnyder (2002), num estudo desenvolvido com o objectivo de determinar a influência do sentido de coerência nos níveis de transtorno de stress agudo, numa amostra de 323 vítimas de acidentes de viação graves. Os investigadores obtiveram dados que indicam que o sentido de coerência é um bom preditor do transtorno de stress agudo, entre estes indivíduos. Além disso, este estudo indicou que existe uma relação negativa entre o sentido de coerência e os níveis de transtorno de stress agudo.

Também Vilhena (2005), num estudo com militares portugueses, encontrou uma relação negativa entre o sentido de coerência e a ansiedade-traço.

Estes resultados parecem indicar que os indivíduos que acreditam que os acontecimentos são geríveis e que têm confiança nas suas capacidades para lidar com as situações com que se confrontam experimentam menores níveis de ansiedade.

A autora verificou ainda, que existe uma correlação positiva entre o sentido de coerência e o bem-estar geral, este dado sugere que a percepção atribuída à situação

se encontra relacionada com a adaptação do indivíduo, influenciando-a. Se o sentido de coerência se refere à percepção global atribuída à situação, a influência do sentido de coerência no bem-estar geral, poderá ser reflexo da activação dos recursos disponíveis, traduzindo-se numa percepção menos ameaçadora da situação, logo numa menor ansiedade-traço.

Estes dados, aparentemente paradoxais, encontram a sua explicação no facto de estes estudos terem sido efectuados com amostras que apresentam características distintas umas das outras, os acontecimentos ou situações que desencadeiam a reacção ansiosa serem dispare, para além de que foram usados critérios e instrumentos igualmente distintos e no caso do estudo desenvolvido por Amirkhan e Greaves (2003) a amostra ser constituída por um número reduzido de indivíduos.

Desenhos experimentais, que envolvam amostras mais significativas e uma utilização mais homogénea dos instrumentos que permitem avaliar a ansiedade, poderão contribuir para uma melhor compreensão das questões relativas à influência do sentido de coerência nos distúrbios de ansiedade.

No que tange, à possibilidade evocada por Amirkhan e Greaves (2003), de que perante acontecimentos extremamente stressantes a função mediadora do sentido de coerência se extinguir, refira-se que num estudo desenvolvido por Ying, Akutsu, Zhang e Huang (1997), com 2234 refugiados do sudoeste asiático, foi encontrada uma correlação negativa e altamente significativa entre sentido de coerência e depressão, ansiedade, assim como, disfunção psicossocial.

Os resultados obtidos neste estudo, mais concordantes com os resultados obtidos por Fugslang, Moergeli, Hepp-Beg e Schnyder (2002), assim como, por Vilhena (2005), indicam que mesmo perante acontecimentos tão stressantes, como são aqueles que caracterizam o quotidiano de um refugiado, o sentido de coerência continua a ter um efeito moderador no desenvolvimento de distúrbios psicológicos de vária ordem.

No que respeita concretamente à perturbação de pós-stress traumático, alvo da presente investigação, um estudo desenvolvido por Frommberger (*undated*), com o objectivo de avaliar a influência do sentido de coerência nos níveis de perturbação de pós-stress traumático entre vítimas de acidentes de viação, foram obtidos dados que indicam que, o sentido de coerência se relaciona negativamente e significativamente com os níveis de perturbação de pós-stress traumático.

O autor verificou ainda que, a gravidade das lesões físicas decorrentes do acidente não se correlacionam significativamente com o sentido de coerência. Contudo, a expectativa do indivíduo, de que as sequelas físicas que sofreu serão negativas para o seu bem-estar correlaciona-se negativamente e significativamente com o sentido de coerência. Os dados indicam também, que o sentido de coerência apresenta uma correlação positiva com o optimismo e a tolerância à frustração (*Ibidem*).

Parece plausível afirmar que os resultados auferidos nesta investigação indiciam que os indivíduos com um sentido de coerência elevado crêem que têm recursos que lhes permitem ultrapassar as situações, encarando as situações com um maior optimismo. Para além de que, estes indivíduos, comparativamente ao que ocorre com os indivíduos com um baixo sentido de coerência, avaliam as situações com que se deparam como menos traumatizantes e stressantes, apresentando, desta forma, uma maior resistência à frustração causada pela situação traumática.

Deve-se, igualmente, equacionar a possibilidade de não ser apenas o sentido de coerência que influencia o optimismo e a resistência à frustração mas, também que o optimismo e a resistência à frustração terão influencia na forma como o indivíduo percepçiona os acontecimentos como compreensíveis, flexíveis e dotados de um significado. Supondo-se, desta forma, uma inter-influência entre estas variáveis.

Em síntese, constata-se pelos resultados das investigações supra citadas que, muito embora os resultados não sejam unânimes, na generalidade o sentido de coerência apresenta-se como uma variável que influi na resposta dos indivíduos aos acontecimentos extremos. Desta forma, os indivíduos com um sentido de coerência elevado, têm uma menor tendência para percepçionarem as situações como ameaçadoras e indutoras de stress, e mais especificamente, de stress traumático, comparativamente aos indivíduos com um sentido de coerência menos elevado.

Considerações Finais

A crise em que o indivíduo se encontra depois do diagnóstico de uma doença oncológica deve-se, ao facto de o indivíduo ter de lidar com: uma doença grave à qual está associado o mito da desfiguração devido aos tratamentos, uma diversidade de sintomas inerentes tanto à própria doença como aos tratamentos, o temor face à impotência perante o sofrimento, à cronicidade com deterioração progressiva, assim como, o confronto com a possibilidade da morte.

A forma como a situação é vivida e o impacto que tem no indivíduo depende das características tanto intrínsecas quanto extrínsecas deste.

O interesse pelo estudo do sentido de coerência advém do facto deste se constituir como uma variável interna do indivíduo, que possui uma certa estabilidade e que influencia tanto a percepção e significado atribuído aos acontecimentos, como a resposta do indivíduo a este.

Mais especificamente, e de acordo com a perspectiva salutogénica de Antonovsky (1998a), a coerência, corresponde a uma disposição e forma vital de ver o mundo, em que se crê que este é compreensível, flexível e possui um significado.

Perspectivando-se que, os indivíduos que têm elevados níveis de sentido de coerência, perante situações adversas, apresentam recursos mais eficazes, logo níveis superiores de adaptação, comparativamente aos indivíduos que apresentam baixos níveis de sentido de coerência.

Ficou patente nas diferentes apresentações teóricas e empíricas versadas no presente capítulo, a existência de evidências que sustentam a importância e pertinência da variável sentido de coerência para a compreensão dos diferentes níveis de afecção que atingem os indivíduos a quem foi diagnosticado cancro. Assim como, de que o sentido de coerência é uma característica intrínseca ao indivíduo que influencia a percepção e significado atribuído à situação traumática e como tal, o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

MÉTODOS

Introdução

Este capítulo, assim como, o seguinte, dedica-se ao estudo empírico sobre o tema da perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro da mama e da influência das estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência para o desenvolvimento da referida perturbação.

O presente capítulo, incide sobre a exposição do problema, dos objectivos e hipóteses, bem como sobre a descrição da amostra, instrumentos e metodologia seguida. Engloba, ainda a exposição e justificação dos procedimentos estatísticos utilizados para alcançar os objectivos delineados.

Enunciado do Problema

O facto de se considerar na revisão da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association*, 2000) que o diagnóstico de uma doença ameaçadora para a vida é um acontecimento capaz de causar perturbação de pós-stress traumático, promoveu a realização de várias investigações cujo objectivo foi determinar a frequência e severidade desta perturbação em indivíduos a quem foram diagnosticadas doenças que coloquem em risco a vida, como é o caso do cancro da mama.

Os estudos efectuados nesta população demonstram, tal como acontece noutras populações expostas a eventos traumáticos, que a maioria dos indivíduos não desenvolve perturbação de pós-stress traumático.

Contudo à que salientar que uma breve análise do cariz metodológico dos estudos efectuados no domínio das sequelas psicológicas do diagnóstico e tratamento do cancro da mama, adoptando a perspectiva pós-traumática, permite verificar que, a grande maioria destas investigações, foram efectuadas em amostras compostas por

mulheres que haviam terminado os tratamentos há pelo menos quatro meses, o que significa que na maioria dos estudos não se têm efectuado avaliações desta perturbação no momento em que provavelmente, um maior número de mulheres vai apresentar patologia e sintomatologia pós-traumática.

Para além de que, como se tornou óbvio pelos estudos empíricos citados em capítulos anteriores, existe uma escassez de material empírico sobre, quais os factores que se relacionam com o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático em indivíduos a quem foi diagnosticado cancro da mama e as poucas investigações realizadas neste domínio, têm privilegiado a análise de variáveis relacionadas ou com a doença, ou com questões sócio-demográficas, em detrimento das variáveis psicológicas.

É pois necessária a realização de estudos adicionais, que contribuam para o esclarecimento da importância das variáveis psicológicas na perturbação de pós-stress traumático entre mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Objectivos

Tendo como ponto de partida a revisão de literatura realizada, pretendeu-se, com o presente estudo, examinar a presença de perturbação de pós-stress traumático em mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Complementarmente, procurou-se contribuir para o esclarecimento das relações entre as variáveis psicológicas: estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência e o desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático numa amostra de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Do objectivo geral atrás referenciado decorrem sete objectivos específicos, abaixo enunciados:

- 1) Descrever a perturbação de pós-stress traumático, as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência numa amostra de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.
- 2) Relacionar as variáveis estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência.
- 3) Determinar a prevalência de perturbação de pós-stress traumático numa amostra de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.
- 4) Avaliar a relação entre as variáveis estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social, assim como, sentido de coerência e o nível de perturbação de pós-stress traumático exibido.

- 5) Avaliar a relação entre variáveis demográficas como a idade, escolaridade, estado civil, assim como, número de filhos e o nível de perturbação de pós-stress traumático exibido.
- 6) Avaliar a relação entre variáveis clínicas como o tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo de cirurgia, assim como, estatuto clínico e o nível de perturbação de pós-stress traumático exibido.
- 7) Determinar em que medida as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência explicam a variação nos níveis de perturbação de pós-stress traumático.

Para alcançar os objectivos referidos, desenhou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal.

Participantes

A população alvo desta investigação foram mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Tratou-se de uma amostra de conveniência, composta por sujeitos disponíveis, cujos critérios de inclusão foram:

- 1) Diagnóstico de cancro da mama efectuado à pelo menos um mês;
- 2) Idade superior a 18 anos;
- 3) Nível de instrução que lhes permitisse compreender as questões colocadas;
- 4) Indivíduos que não tivessem sido expostos a nenhum evento stressor capaz de desencadear perturbação de pós-stress traumático, para além do diagnóstico de cancro da mama.

Foram recolhidos, ao todo, 89 protocolos de investigação que, após verificados quanto ao preenchimento, tiveram algumas exclusões. Sendo considerados apenas, os que estavam totalmente preenchidos.

A amostra ficou, então, composta por 84 mulheres a quem foi efectuado o diagnóstico de cancro da mama, que eram seguidas no Hospital de São João situado na cidade do Porto ($n=25$; 29,76%), na Maternidade Alfredo da Costa situada na cidade de Lisboa ($n=58$; 69,05%) e no Centro de Saúde da Cova da Piedade situado no concelho de Almada ($n=1$; 1,19%).

De seguida passamos a analisar os dados referentes às principais variáveis sócio-demográficas.

Com relação à idade, 51 mulheres (60,71%) tinham idades compreendidas entre os 47 e os 66 anos, as restantes tinham idades situadas entre os 16 e os 46 anos. A média de idades encontrada foi de 47,86 anos ($dp=9,28$).

Relativamente ao estado civil, a maioria das mulheres com cancro da mama que constituíram a amostra, eram casadas ($n=62$; 73,8%).

Quanto ao nível de escolaridade, 31 (36,9%), das mulheres que compuseram a amostra, frequentaram o primeiro ciclo, 9 (10,7%) o segundo ciclo, 11 (13,1%) o terceiro ciclo, 16 (19%) frequentaram o ensino secundário e 17 (20,2%) completaram o ensino superior - universitário ou politécnico. A respeito da contabilização do nível de escolaridade, refira-se que o quarto ano do primeiro ciclo, embora englobado na categoria denominada primeiro ciclo, surgiu como o ano de escolaridade mais frequente, com 26 ocorrências registadas.

No que concerne aos filhos verificou-se, que a maioria, das mulheres que compuseram a amostra, tinham dois filhos ($n=31$; 36,9%).

Para além do número de filhos procedeu-se ao levantamento da idade dos mesmos. Verificando-se que das mulheres que tinham filhos ($n=67$; 79,8%) 27 (40%) tinham pelos menos um filho menor de idade.

Passamos a descrever os dados referentes à condição clínica das mulheres que constituíram a amostra.

No que concerne à data em que foi efectuado o diagnóstico, constatou-se que a 30 (35,7%) destas mulheres, o diagnóstico foi efectuado em 2003, a 25 (29,8%) em 2004 e para as restantes o diagnóstico foi efectuado entre 1995 e 2002.

Relativamente aos tratamentos efectuados para o cancro da mama, verificou-se que 38 (45,2%) ainda estavam a efectuar tratamentos e 46 (54,8%) já haviam terminado os mesmos.

No que concerne, especificamente à quimioterapia constatou-se que 68 (81%) das mulheres que participaram no estudo haviam efectuado ou ainda estavam a efectuar este tipo de tratamento. Verificando-se que, no momento em que foi efectuada esta investigação, 24 (28,6%) dos indivíduos ainda estavam a fazer quimioterapia como tratamento para o cancro da mama.

No que diz respeito à radioterapia, 52 (61,9%) efectuaram ou estavam a efectuar este tipo de tratamento. Sendo, que 18 (21,4%) estavam a fazer radioterapia no momento em que foi efectuada a investigação.

Constatou-se que 10 (11,9%) efectuou outro tipo de tratamentos, especificamente 8 (9,5%) efectuaram hormonoterapia, 1 (1,2%) fisioterapia e 1 (1,2%) recorreu à medicina alternativa.

No que diz respeito à cirurgia. Todas as mulheres que compuseram a amostra foram submetidas a cirurgia devido à doença. Quanto ao tipo de cirurgia efectuado, 47 (56%) realizou mastectomia a uma das mamas, 35 (41,7%) realizaram cirurgias mais conservadoras, como a mastectomia parcial e a lumpectomia e 2 (2,4%) realizaram mastectomia a ambas as mamas.

Relativamente ao tempo decorrido desde que foi realizada a cirurgia procurou-se construir uma pequena grelha passível de devolver uma leitura quantitativa e clara quanto ao tempo transcorrido desde o acto cirúrgico, no quadro 1 apresentam-se os dados relativos a esta questão. Com base nos dados abaixo indicados, constata-se que 24 (28,6%) das mulheres realizou a cirurgia há mais de 24 meses.

Quadro 1 – Distribuição, em frequência e percentagem, dos dados referentes ao tempo decorrido desde a cirurgia (N=84)

Cirurgia	N	%
1 mês	5	6,0
2 meses	3	3,6
3 meses	7	8,3
4 meses	3	3,6
5 meses	9	10,7
6 meses	7	8,3
Entre 6 e 12 meses	15	17,9
Entre 12 e 24 meses	11	13,1
Há mais de 24 meses	24	28,6

Descritas que estão as variáveis demográficas e clínicas inerentes à caracterização da amostra dos 84 indivíduos a quem foi diagnosticado cancro da mama, importa agora conhecer os instrumentos utilizados no protocolo de investigação.

Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado, que se apresenta em anexo, é constituído por: Questionário de Identificação; Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS (Ribeiro, 1999); *Impact of Event Scale* – IES (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979); Questionário de Orientação para a Vida - QOV (Nunes, 1999), Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro – Mini MAC (Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) e *PTSD Checklist Civilian Version* – PCL-C (Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995).

Questionário de Identificação

Trata-se de um questionário que permitiu a recolha de dados sócio-demográficos e dados clínicos necessários para a selecção e caracterização da amostra, assim como, obter informação sobre factores considerados relevantes para a investigação em curso. Os dados foram recolhidos na forma de auto-preenchimento.

Este instrumento permitiu o acesso a informação relativa à idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, idade dos filhos, se já haviam contactado com alguém com cancro, data em que foi efectuado o diagnóstico, data da alta médica e tratamentos efectuados. Por fim, solicitou-se que os participantes identificassem acontecimentos de vida que tinham tido um impacto negativo. Esta questão permitiu identificar se entre a amostra existiam indivíduos que já haviam experienciado acontecimentos, identificados na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 2002*), como capazes de originar perturbação de pós-stress traumático; para além do diagnóstico de cancro da mama.

A estruturação do questionário objectivou a fácil recolha dos dados, assim como, a fácil quantificação dos mesmos.

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é uma escala que se destina à avaliação do suporte social percebido. Foi desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro em 1999.

Trata-se de uma escala auto-administrada, de fácil e rápido preenchimento. É constituída por 15 itens, distribuídos por 4 subescalas que cobrem a dimensão satisfação com as amizades, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais. Para além das 4 subescalas é possível determinar o valor total da escala, que traduz o grau de satisfação do indivíduo com o suporte social. No quadro 2 são apresentados os elementos avaliados por cada subescala da ESSS e o número de itens que a formam.

Quadro 2 – Designação e descrição das subescalas da ESSS

Subescala	Descrição
Satisfação com Amizades (5 itens)	Mede a satisfação com os amigos que tem. Inclui o grau de satisfação em relação ao número de vezes que se é procurado pelos amigos, quantidade de amigos, quantidade de tempo disponível para se estar com os amigos e tipo de amigos.
Satisfação com Amizades (5 itens)	Mede a satisfação com os amigos que tem. Inclui o grau de satisfação em relação ao número de vezes que se é procurado pelos amigos, quantidade de amigos, quantidade de tempo disponível para se estar com os amigos e tipo de amigos.
Intimidade (4 itens)	Avalia a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui a satisfação com o apoio que se têm disponível, ter alguém disponível para desabafar, ter alguém a quem recorrer quando algo de embaraçoso ocorre, ter alguém verdadeiramente íntimo.
Satisfação com a Família (3 itens)	Avalia a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui a satisfação com o relacionamento mantido com a família, quantidade de tempo disponível para se estar com a família, assim como, as actividades realizadas em conjunto com a família.

Quadro 2 (continuação)

Subescala	Descrição
Actividades Sociais (3 itens)	Mede a satisfação com as actividades sociais realizadas. Inclui a satisfação com o número de vezes que se sai com os amigos, actividades sociais satisfatórias, participação em actividades de organizações.

Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de Likert de cinco pontos. Na cotação final das subescalas, há itens que precisam ser recodificados (invertidos), ou seja, os itens que por razões técnicas de construção foram formulados pela negativa, tiveram as suas respostas codificadas em sentido positivo. A pontuação de cada subescala traduz o somatório dos itens que a integram. O valor total da escala é obtido através do somatório dos resultados auferidos nas 4 subescalas. Saliente-se que níveis mais elevados, traduzem uma maior satisfação com o suporte social.

Os estudos de validação da ESSS, levados a efeito pelo autor da mesma, revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas. Nomeadamente, no que concerne aos coeficientes de consistência interna das subescalas e escala total (*alpha* de Cronbach), apesar de algumas subescalas terem um número reduzido de itens.

Refira-se que Pestana e Gageiro (2003) advogam, no que respeita aos índices de consistência interna, que se considera um coeficiente fraco quando os valores do *alpha* se encontram entre 0.6 e 0.7, razoável entre 0.7 e 0.8, bom entre 0.8 e 0.9 e muito bom para valores superiores a 0.9.

Como pode ser observado no quadro 3, apenas a subescala satisfação com a família apresenta um coeficiente inferior a 0,7. Para além dos coeficientes de consistência interna das subescalas também foi calculado o valor da escala total que é de 0,85, valor que excede os padrões de aceitabilidade usualmente utilizados.

Quadro 3 – Coeficientes *alpha* das subescalas da ESSS (N=609)

Subescala	Consistência interna (<i>Alpha</i> de Cronbach)
Satisfação com as Amizades	0.83
Intimidade	0.74
Satisfação com a Família	0.64
Actividades Sociais	0.85
Escala Total	0.85

Fonte: Pais-Ribeiro (1999)

Para além disso, conforme Pais-Ribeiro (1999), tomou-se como critério para apreciar a validade externa, outras provas, nomeadamente medidas de saúde, bem-estar e medidas de mal-estar. Como seria de esperar, encontraram-se níveis mais elevados de correlação entre a escala total, assim como, as subescalas da ESSS e as variáveis de critério que mais se aproximam do conteúdo ou da significação psicológica de cada medida. Como se pode observar pelos dados encontrados por Pais-Ribeiro em 1999 (Quadro 4), existem correlações fortes entre quase todas as dimensões da subescala, assim como, a escala total e todas as variáveis critério estabelecidas pelo autor. Com excepção da subescala da ESSS: actividades sociais e a variável critério: gravidade dos acontecimentos, uma vez que o nível de significância associado à correlação entre estas duas variáveis permite concluir que esta não é estatisticamente significativa.

Quadro 4 – Correlações entre as variáveis critério e as subescalas da ESSS

Variável Critério	Satisfação Amizades	Intimidade	Satisfação Família	Actividades Sociais	Escala Total
Auto-conceito	.41***	.44***	.29***	.35***	.51***
Gravidade Acontecimentos	-.12**	-.14*	.28***	n.s.	-.21**
Acontecimentos	-.11*	-.13**	-.23***	-.11*	-.19***
Auto Eficácia	.38***	.43***	.25***	.27***	.46***
Saúde	.18***	.14***	.10*	.15***	.19***
Mal-estar	-.18***	-.25***	-.28***	-.18***	-.30***
Saúde Mental	.40***	.50***	.34***	.36***	.55***
Percepção de Saúde	.21***	.25***	.21***	.17***	.29***

n.s.: não significativa; * $p < 0.05$; ** $p < 0.005$; *** $p < 0.0001$

Fonte: Pais-Ribeiro (1999)

Com a amostra que compôs o presente estudo efectuou-se a estatística descritiva da escala ESSS. O quadro 5 mostra os resultados por item e por subescala, assim como, a consistência interna de cada uma destas e da escala total.

Refira-se que para além dos pressupostos de Pestana e Gageiro (2003) já enunciados, Pais-Ribeiro (1999c) considera que valores mais baixos de *alpha* de Cronbach se justificam quando as escalas têm um número de itens muito baixo. Note-se que a subescala actividades sociais é a que apresenta um valor mais baixo ($\alpha=0.54$), contudo é composta apenas por três itens, seguida da subescala intimidade ($\alpha=0.71$). As demais subescalas, apresentam valores acima de 0.80, incluindo a escala total ($\alpha=0.87$).

Quadro 5 – Estatística descritiva dos resultados por item e subescala da ESSS (N=84)

Subescalas/Itens	M	DP	Limites	α
Satisfação com as Amizades				0.84
3 – ser procurado pelos amigos	3.44	1.35	1-5	
12 – quantidade de amigos	4.18	1.04	1-5	
13 – quantidade de tempo despendido com os amigos	3.69	1.29	1-5	
14 – actividades desenvolvidas com os amigos	3.60	1.34	1-5	
15 – tipo de amigos	4.20	1.05	1-5	
Intimidade				0.71
1 – sentir-se só e sem apoio	3.57	1.40	1-5	
4 – alguém com quem desabafar	3.90	1.28	1-5	
5 – mesmo nas situações embaraçosas ter a quem recorrer	4.01	1.19	1-5	
6 – alguém íntimo com quem desabafar	3.08	1.53	1-5	
Satisfação com a Família				0.83
9 – relacionamento com a família	4.23	1.09	1-5	
10 – quantidade de tempo despendido com a família	3.77	1.24	1-5	
11 – actividades com a família	4.07	0.98	1-5	
Actividades Sociais				0.54
2 – saídas com os amigos	3.04	1.37	1-5	
7 – actividades sociais	3.39	1.32	1-5	
8 – participação em actividades de organizações	3.55	1.51	1-5	
Escala de Satisfação com o Suporte Social				0.87

De seguida, efectuou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre as diferentes subescalas que compõem a ESSS (Quadro 6). A inspecção das correlações entre a ESSS e as suas dimensões, mostrou que todas as subescalas apresentam uma correlação elevada com a escala total. As correlações mais saturadas encontram-se entre a escala total e as subescalas: satisfação com as amizades, intimidade e actividades sociais.

Quadro 6 – Correlações entre as subescalas da ESSS (N=84)

	Total	Satisfação Amizades	Intimidade	Satisfação Família
Satisfação Amizades	.88**			
Intimidade	.84**	.66**		
Satisfação Família	.63**	.45**	.34**	
Actividades Sociais	.71**	.46**	.51**	.29**

** $p < 0.01$

Impact of Event Scale

Traduzida por Patrão (2002) para a língua portuguesa, a partir da escala desenvolvida por Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) é um questionário de auto-resposta que permite avaliar o mal-estar psicológico relacionado com um determinado evento, resulte este ou não em perturbação de pós-stress traumático. O valor total da escala é obtido através da soma dos resultados obtidos em cada item. Os autores da escala advogam que resultados superiores a 30 no valor total da escala, indicam uma possível perturbação de pós-stress traumático. Contudo a escala não apresenta itens que remetam para todos os sintomas associados à perturbação de pós-stress traumático.

Este instrumento foi utilizado, no presente estudo, apenas com o objectivo de avaliar a validade concorrente, através do cálculo do coeficiente de validade de critério, dos dados obtidos com a versão traduzida da *PTSD Checklist Civilian Version*.

Questionário Orientação para a Vida

Aferido por Nunes (1999) para Portugal, a partir da escala desenvolvida por Antonovsky (1987). O Questionário Orientação para a Vida é um questionário de auto-resposta, que inclui 29 itens, que permitem avaliar o sentido de coerência, distribuído por três componentes, a saber: capacidade de investimento, capacidade de gestão e capacidade de compreensão. No quadro 7 são apresentados os elementos avaliados por cada componente do QOV e o número de itens que o formam.

Quadro 7 – Designação e descrição dos componentes do QOV

Componente	Descrição
Capacidade de Investimento (8 itens)	Avalia o quão o indivíduo encara os estímulos emanados dos meios interno e externo como estruturados, predictíveis e explicáveis.
Capacidade de Gestão (10 itens)	Avalia o quão o indivíduo encara que tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas pelos estímulos externos e internos.
Capacidade de Compreensão (11 itens)	Avalia o quão o indivíduo encara que as exigências que lhe são colocadas são desafios capazes de catalisar o seu investimento e empenho.

A resposta a cada item é dada numa escala de diferencial semântico de sete pontos, posicionados entre duas frases de referência. A pontuação de cada uma das subescalas é obtida através da soma dos itens respectivos. O valor de sentido de coerência é o resultado da soma de todos os itens. Contudo, antes efectua-se a recodificação (inversão) de 13 dos 29 itens.

Foi medida a fidelidade, através do *alpha* de Cronbach, e a validade de constructo através de correlações com medidas de referência, nomeadamente: o *locus*

de controlo, avaliação subjectiva de saúde, teste de ansiedade, isolamento e traço de stress (Nunes, 1999). Os resultados indicam que a consistência interna situa-se entre 0.83 e 0.90 para os *alpha*, e que as correlações com as medidas de comparação exibem associações estatisticamente significativas, aproximando-se dos instrumentos que é suposto aproximar-se e afastando-se dos que é suposto afastar-se, não havendo redundância de medidas, dado que as correlações são modestas.

Com a amostra que compôs o presente estudo efectuou-se a estatística descritiva do QOV. No quadro 8 são apresentados os resultados por item e por subescala, assim como, a consistência interna de cada uma destas e da escala total. Como se pode observar, pelo quadro abaixo, a subescala capacidade de gestão é a que apresenta um valor de *alpha* mais baixo ($\alpha=0.74$), seguida da subescala capacidade de compreensão ($\alpha=0.79$), a subescala capacidade de investimento apresenta um *alpha* de 0.83 e a escala total de 0.91. Dado estes valores pode-se considerar que as medidas de consistência interna do QOV variam entre o razoável e o muito bom.

Quadro 8 – Estatística descritiva dos resultados por item e subescala do QOV (N=84)

Itens/Subescala	M	DP	Limites	α
Capacidade de Compreensão				0.79
1 – ter a sensação que não é compreendido	5.13	1.65	1-7	
3 – sensação de que não conhece as pessoas	4.90	1.55	1-7	
5 – ficar surpreendido com o comportamento dos outros	3.42	1.41	1-7	
10 – a vida é cheia de mudança e difícil de prever	3.44	1.62	1-7	
12 – sentir que se encontra numa situação pouco habitual	3.74	1.75	1-7	
15 – escolher a solução de um problema é confuso e difícil	3.85	1.53	1-7	
17 – no futuro a vida será cheia de mudança e imprevisível	3.48	1.62	1-7	
19 – ter sentimentos e ideias muito confusas	4.50	2.02	1-7	
21 – ter sentimentos de que gostaria não ter	3.94	2.10	1-7	
24 – não saber o que irá acontecer	3.15	1.79	1-7	
26 – geralmente avalia mal a importância dos problemas	4.64	1.55	1-7	
Capacidade de Gestão				0.74
2 – em cooperação sente que as coisas não vão ser feitas	4.52	1.85	1-7	
6 – sentir-se desapontado com quem contava	4.11	1.68	1-7	
9 – sente que não é tratado com justiça	4.90	1.99	1-7	
13 – consegue sempre encontrar uma solução	5.33	1.31	1-7	
18 – tende a afundar-se nos problemas	5.27	1.82	1-7	
20 – sente que as coisas que lhe dão prazer vão perdurar	4.73	1.56	1-7	
23 – sente que tem sempre com quem contar	5.75	1.41	1-7	
25 – sentir que é um falhado	5.00	1.69	1-7	
27 – sente que consegue ultrapassar as dificuldades	5.01	1.67	1-7	
29 – ter sentimentos que não consegue controlar	5.05	1.76	1-7	

Quadro 8 (continuação)

Itens/Subescala	M	DP	Limites	α
Capacidade de Investimento				0.83
4 – não se interessar pelo que se passa à sua volta	5.00	2.04	1-7	
7 – a vida é cheia de interesse	4.49	2.03	1-7	
11 – as coisas que irá fazer no futuro serão fascinantes	4.42	1.27	1-7	
14 – sente quão bom é viver	5.05	1.66	1-7	
16 – o dia-a-dia é uma fonte de satisfação e prazer	4.64	1.43	1-7	
22 – a vida pessoal não terá sentido nem objectivo	5.05	1.64	1-7	
28 – o dia-a-dia tem pouco sentido	4.88	1.86	1-7	
Questionário Orientação para a Vida				0.91

Foi realizado ainda, o estudo de correlações de Pearson entre as diferentes subescalas e a escala total, cujo resultado pode ser visualizado no quadro 9. Como se pode observar, todas as subescalas apresentam correlações muito elevadas e estatisticamente significativas com o sentido de coerência total, o que significa que os diferentes componentes (subescalas) e o sentido de coerência, se referem a uma mesma realidade. Verificou-se ainda, que as subescalas apresentam entre si correlações significativas e elevadas. Pode-se observar que a correlação mais saturada ocorre entre a capacidade de gestão e o sentido de coerência, enquanto a correlação menos saturada ocorre entre a capacidade de investimento e a capacidade de compreensão.

Quadro 9 – Correlações entre as subescalas do QOV (N=84)

	Sentido de Coerência	Cap. de Compreensão	Cap. de Gestão
Capacidade de Compreensão	.91*		
Capacidade de Gestão	.92*	.77*	
Capacidade de Investimento	.89*	.68*	.75*

* $p < 0.01$

Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro

Validada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) para Portugal, a partir da escala desenvolvida por Watson e colaboradores (1988). Permite analisar a forma como os sujeitos fazem face ao diagnóstico e tratamento do cancro.

Esta escala auto-administrada é constituída por 29 itens, distribuídos por cinco subescalas que cobrem a dimensão desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, espírito de luta, evitamento cognitivo e fatalismo. No quadro 10 são apresentados os elementos avaliados por cada subescala da Mini-MAC e o número de itens que a formam.

Quadro 10 – Designação e descrição das subescalas da Mini-MAC

Subescala	Descrição
Desânimo/Fraqueza (8 itens)	Estratégia caracterizada pelo pessimismo, assim como, pela ausência de estratégias de combate activo da doença, o doente encara a doença como uma perda.
Preocupação Ansiosa (8 itens)	Estratégia marcada por uma ansiedade persistente, o doente procura informação de forma compulsiva mas tende a interpretá-la de forma pessimista.
Espírito de Luta (4 itens)	Caracteriza-se por uma atitude optimista, em que a doença é encarada como um desafio e existe a crença de que existe algum controlo sobre o percurso da doença.
Evitamento Cognitivo (4 itens)	Remete para a recusa do diagnóstico, ou então há admissão do diagnóstico, mas o doente nega a gravidade da mesma.
Fatalismo (5 itens)	Inclui a aceitação passiva e serenidade quanto aos resultados.

Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de Likert de quatro pontos. A pontuação de cada subescala traduz o somatório dos itens que a integram.

Os estudos de validação da Mini-MAC revelaram que o instrumento apresenta qualidades psicométricas satisfatórias, para a maioria das subescalas, com excepção da subescala fatalismo, como pode ser observado no quadro 11.

Quadro 11 – Coeficientes *alpha* das subescalas da Mini-MAC (N=60)

Subescala	Consistência interna (<i>Alpha</i> de Cronbach)
Desânimo/Fraqueza	0,79
Preocupação Ansiosa	0,88
Espírito de Luta	0,72
Evitamento Cognitivo	0,84
Fatalismo	0,28

Fonte: Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003)

Com o intuito de apreciar a validade externa, foi tomado como critério para apreciar a validade externa, outra prova psicológica, mais especificamente a Escala de Qualidade de Vida (Pais-Ribeiro, Ramos e Samico, 2003).

Como era esperado, verificaram-se níveis mais elevados de correlação entre as subescalas da Mini-MAC e as variáveis de critério que mais se aproximam do conteúdo ou da significação psicológica de cada medida, como se pode observar pelos dados apresentados no quadro 12.

Quadro 12 – Correlações entre as variáveis critério e as subescalas da Mini-MAC

Subescala	Bem-estar Físico	Bem-estar Social e Familiar	Bem-estar Emocional	Bem-estar Funcional	Preocupações Adicionais
Desânimo/Fraqueza	.45**	-.32*	.69***	-.55***	
Preocupação Ansiosa	.36**	n.s.	.68***	-.38**	.31*
Espírito de luta	n.s.	.29*	-.36**	.57***	.27*
Evitamento Cognitivo	n.s.	.29*	-.28*	.44**	.38**
Fatalismo	n.s.	.37**	n.s.	.57**	

n.s.: não significativa; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Fonte: Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003)

No quadro 13 são apresentados os resultados obtidos, com a amostra que compôs o presente trabalho empírico, na estatística descritiva dos itens e das subescalas da Mini-MAC, nomeadamente a média, o desvio-padrão, os limites e os coeficientes de *alpha*.

Como se pode observar, no que respeita aos índices de consistência interna as subescalas espírito de luta, evitamento cognitivo e fatalismo apresentam valores baixos. Contudo note-se que estas também são as subescalas que têm menos itens. Como já foi referido anteriormente, segundo Pais-Ribeiro (1999) são admissíveis baixos níveis de *alpha* sempre que estes se referirem a subescalas compostas por um número diminuto de itens. Refira-se ainda que, no que concerne à subescala fatalismo o valor de *alpha* ($\alpha=0.49$) encontrado na amostra do presente estudo é consideravelmente superior ao encontrado no estudo original de validação para a população portuguesa, onde se obteve o valor *alpha* de 0.28. As demais subescalas, apresentam valores acima de 0.80.

Quadro 13 – Estatística descritiva dos resultados por item e subescala da Mini-MAC (N=84)

Itens/Subescala	M	DP	Limites	α
Desânimo/Fraqueza				0.89
1 – sinto que a minha vida não tem esperança	1.74	0.82	1-4	
2 – não consigo controlar isto	2.01	0.75	1-4	
6 – não consigo lidar com isto	1.95	0.68	1-3	
13 – não há nada que eu possa fazer que me ajude	1.94	0.80	1-4	
16 – não tenho muita esperança no futuro	1.88	0.84	1-4	
18 – apetece-me desistir	1.64	0.77	1-4	
22 – sinto-me completamente perdida sem saber o que fazer	1.95	0.86	1-4	
28 – penso que isto é como se o mundo tivesse acabado	1.86	0.76	1-4	

Quadro 13 (continuação)

Itens/Subescala	M	DP	Limites	α
Preocupação Ansiosa				0.86
8 – estou preocupada com a minha doença	3.19	0.75	1-4	
10 – estou preocupada que a doença volte a aparecer	3.35	0.63	1-4	
12 – estou um pouco assustada	3.01	0.81	1-4	
14 – tenho dificuldade em acreditar que isto me aconteceu	2.46	0.96	1-4	
15 – sofro de grande ansiedade por causa disto	2.58	0.81	1-4	
23 – sinto-me zangada com o que aconteceu	2.17	0.89	1-4	
27 – estou apreensiva	2.77	0.68	1-4	
29 – sinto-me arrasada	1.90	0.79	1-4	
Espírito de Luta				0.57
3 – estou determinada a vencer a minha doença	3.38	0.73	1-4	
19 – sinto-me optimista	2.93	0.78	1-4	
20 – encaro a minha doença como um desafio	2.70	0.86	1-4	
26 – tento combater a doença	3.52	0.53	1-4	
Evitamento Cognitivo				0.53
4 – faço um esforço positivo para não pensar na doença	3.23	0.77	1-4	
9 – esforço-me para me distrair	2.92	0.81	1-4	
21 – não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto	2.71	0.80	1-4	
24 – empurro os pensamentos sobre a doença para longe	2.77	0.87	1-4	
Fatalismo				0.49
5 – percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la	3.24	0.74	1-4	
7 – entreguei-me nas mãos de Deus	3.14	0.89	1-4	
11 – tive uma vida boa e o que vier é bem-vindo	2.80	0.89	1-4	
17 – vivo um dia de cada vez	3.15	0.75	1-4	
25 – dou valor às coisas boas que me aconteceram	3.33	0.73	1-4	

No quadro 14 apresenta-se o estudo de correlações de Pearson entre as diferentes subescalas, efectuado com a amostra que constitui o presente estudo. Note-se que não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre a subescala fatalismo com as subescalas desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo, assim como, entre esta última e a subescala espírito de luta.

Observam-se correlações positivas entre a estratégia desânimo/fraqueza e as estratégias preocupação ansiosa e evitamento cognitivo, assim como, entre as estratégias preocupação ansiosa e evitamento cognitivo e por fim, entre as estratégias espírito de luta e fatalismo. Verifica-se a existência de correlações negativas entre a estratégia espírito de luta e as estratégias desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa. As correlações mais saturadas encontram-se entre as estratégias desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa, assim como, entre as estratégias desânimo/fraqueza e espírito de luta. Os dados obtidos permitem concluir que, as diferentes subescalas avaliam aspectos distintos.

Quadro 14 – Correlações entre as subescalas da Mini-MAC (N=84)

	Desânimo/ Fraqueza	Preocupação Ansiosa	Espírito de Luta	Evitamento Cognitivo
Preocupação Ansiosa	.68**			
Espírito de Luta	-.61**	-.31**		
Evitamento Cognitivo	.23*	.39**	n.s	
Fatalismo	n.s	n.s	.56**	n.s

n.s.: não significativa; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Pelo facto da escala Mini-MAC não possuir uma nota total do teste, para além, do cálculo das correlações de Pearson entre as diferentes subescalas, procedeu-se ao cálculo das correlações de Pearson entre os itens e as subescalas (Quadro 15). Como era de esperar, quase todos os itens apresentam uma correlação com a escala a que pertencem mais elevada do que a correlação que apresentam com as outras escalas, o que atesta a boa validade convergente-discriminante dos itens que compõem a escala Mini-MAC. Com excepção dos itens 25 e 29 que apresentam valores de correlação muito semelhantes com duas subescalas.

Quadro 15 – Correlações entre os itens e as subescalas da Mini-MAC (N=84)

Ítems/Subescala	D/F	P.A	E.L.	Evit.	Fat.
Desânimo/Fraqueza					
1 – sinto que a minha vida não tem esperança	.77**	.53**	-.39**	.22*	n.s.
2 – não consigo controlar isto	.82**	.70**	-.39**	.22*	n.s.
6 – não consigo lidar com isto	.86**	.65**	-.57**	.22*	n.s.
13 – não há nada que eu possa fazer que me ajude	.63**	.27*	-.32**	n.s.	n.s.
16 – não tenho muita esperança no futuro	.68**	.35**	-.54**	n.s.	-.32**
18 – apetece-me desistir	.65**	.28*	-.49**	n.s.	n.s.
22 – sinto-me completamente perdida sem saber o que fazer	.79**	.60**	-.46**	n.s.	n.s.
28 – penso que isto é como se o mundo tivesse acabado	.81**	.71**	-.52**	.26*	n.s.
Preocupação Ansiosa					
8 – estou preocupada com a minha doença	.44**	.69**	n.s.	.25*	n.s.
10 – estou preocupada que a doença volte a aparecer	.39**	.70**	n.s.	.32**	n.s.
12 – estou um pouco assustada	.46**	.79**	-.26*	.40**	n.s.
14 – tenho dificuldade em acreditar que isto me aconteceu	.46**	.70**	n.s.	.22*	n.s.
15 – sofro de grande ansiedade por causa disto	.54**	.75**	-.23*	n.s.	n.s.
23 – sinto-me zangada com o que aconteceu	.42**	.65**	-.29**	.31**	n.s.
27 – estou apreensiva	.33**	.69**	n.s.	.35**	n.s.
29 – sinto-me arrasada	.70**	.71**	-.47	n.s.	n.s.

Quadro 15 (continuação)

Itens/Subescala	D/F	P.A	E.L.	Evit.	Fat.
Espírito de Luta					
3 – estou determinada a vencer a minha doença	-.35**	n.s.	.56**	n.s.	.47**
19 – sinto-me optimista	-.42**	-.25*	.76**	n.s.	.45**
20 – encaro a minha doença como um desafio	-.56**	-.42**	.72**	n.s.	.28*
26 – tento combater a doença	-.23*	n.s.	.60**	n.s.	.29**
Evitamento Cognitivo					
4 – faço um esforço positivo para não pensar na doença	n.s.	n.s.	n.s.	.62**	.27*
9 – esforço-me para me distrair	.27*	.36**	n.s.	.67**	n.s.
21 – não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto	.31**	.22*	-.23*	.67**	n.s.
24 – empurro os pensamentos sobre a doença para longe	n.s.	.31**	n.s.	.62**	n.s.
Fatalismo					
5 – percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la	n.s.	n.s.	.35**	n.s.	.70**
7 – entreguei-me nas mãos de Deus	.29**	.25*	n.s.	n.s.	.46**
11 – tive uma vida boa e o que vier é bem-vindo	-.28*	n.s.	.37**	n.s.	.50**
17 – vivo um dia de cada vez	n.s.	.245*	.23*	n.s.	.64**
25 – dou valor às coisas boas que me aconteceram	-.41**	n.s.	.60**	n.s.	.60**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; n.s. - não significativo; D/F – Desânimo / fraqueza; P.A – Preocupação ansiosa; E.L. – Espírito de luta; Evit. – Evitamento cognitivo; Fat. – Fatalismo.

PTSD Checklist Civilian Version

Desenvolvida por Weathers, Huska e Keane (1991). Trata-se de uma medida auto-administrada, que permite analisar o índice de perturbação de pós-stress traumático em indivíduos expostos a eventos traumáticos de natureza civil. É constituída por 19 itens que remetem para os sintomas de perturbação de pós-stress traumático enunciados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Posteriormente, a escala que foi desenvolvida para avaliar a perturbação de pós-stress traumático na população civil, foi alterada e adaptada de forma a avaliar a perturbação de pós-stress traumático entre indivíduos a quem tivesse sido efectuado o diagnóstico de cancro, sendo o diagnóstico considerado o evento traumático. Esta adaptação foi efectuada por Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan e Redd em 1995.

Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de Likert de cinco pontos. A cotação da escala é obtida através do somatório dos itens. Sendo que, a níveis mais elevados está associada uma maior severidade de perturbação de pós-stress traumático.

A escala permite ainda, aceder aos sintomas associados a esta perturbação, através da soma dos itens que remetem para cada tipo de sintomatologia.

Para além de, possibilitar a avaliação da severidade de perturbação de pós-stress traumático, permite efectuar o diagnóstico desta perturbação, uma vez que

através do método de *cutoff*, se considera que para pontuações iguais ou superiores a 50 valores, se está perante uma situação de perturbação de pós-stress traumático.

Os estudos de validação da versão da PCL-C específica para doentes com cancro, efectuados por Cordova e colaboradores (1995; Leiderman-Cerniglia, 2002) revelaram que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas. Nomeadamente, no que concerne ao estudo da fidelidade do instrumento. Como se pode observar pelos dados apresentados no quadro 16. A avaliação da fidelidade da PCL-C feita pelos autores, através do método *split-half*, forneceu um índice de fidelidade de 0.96. Já a avaliação da consistência interna dos itens traduziu-se num coeficiente *alpha* de 0.97.

Quadro 16 – Estudo psicométrico da PCL-C: Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
<i>PTSD Checklist Civilian Version</i>	Fidelidade	<i>Split-half</i>	.96 (Coef. de correlação de Spearman)
		Consistência interna	.97 (<i>Alpha</i> de Cronbach)

Fonte: Leiderman-Cerniglia (2002)

No que tange ao estudo da validade da PCL-C, efectuada quer pelos autores da versão original, como pelos autores da versão adaptada para doentes com cancro, obtiveram-se valores de validade por referência a um critério, que indicam que a escala apresenta elevados níveis de correlação com outros instrumentos que medem o mesmo conteúdo (Quadro 17).

Mais especificamente, Weathers e colaboradores (1991) verificaram que a *PTSD Checklist Civilian Version* apresentava uma correlação com a *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD* de 0.93 e com a *Minnesota Multiphasic Personality Inventory PTSD Scale* de 0.77.

Já Cordova e colaboradores (1995) avaliaram a validade externa da escala através do estudo da correlação dos resultados desta com a *Impact Event Scale*, tendo obtido uma correlação de 0.88 ($p < 0.05$).

Quadro 17 – Estudo psicométrico da PCL-C: Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
PTSD Checklist Civilian Version	Validade concorrente	Coefficiente de validade de critério (<i>Mississippi Scale for Combat-Related PTSD</i>)	.93
		Coefficiente de validade de critério (<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory PTSD Scale</i>)	.77
		Coefficiente de validade de critério (<i>Impact Event Scale</i>)	.88

Fontes: Weathers, Huska e Keane (1991); Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan e Redd (1995)

Dado que, no momento em que foi realizado o presente estudo, não havia sido efectuada nenhuma adaptação para Portugal da versão da PCL-C específica para doentes com cancro, foi necessário proceder à adaptação transcultural da escala.

Para tal foi solicitado a Andrykowski autorização para usar a escala, assim como, para a traduzir. Andrykowski atendeu positivamente ao solicitado (ver anexo).

A validação transcultural da escala, em versão adaptada para utilização com doentes portugueses, passou: pela tradução para português dos itens que compõe a escala original e pela sua retradução para inglês, respectivamente por uma tradutora de nacionalidade sul-africana e por um psicólogo que efectuou os seus estudos pós-graduados em Inglaterra, ambos fluentemente bilingues.

A validade do conteúdo da versão final foi verificada por uma médica e por uma psicóloga, assim como, por três doentes que participaram no estudo piloto. As críticas apresentadas desencadearam um novo processo de verificação, até que se alcançou uma versão considerada aceitável, de que se analisaram as propriedades psicométricas, nomeadamente os resultados dos estudos de fidelidade, de validade interna e de validade externa.

Ao proceder-se à validação transcultural de uma escala é imperioso avaliar a fidelidade, estabilidade ou consistência nos resultados desta, uma vez que é esta análise que permite averiguar se a escala providencia uma boa medida daquilo que se propõe avaliar. Ou seja, o estudo da fidelidade de um instrumento consiste em estimar quanto na variabilidade dos resultados é devido a erros de medida – factores aleatórios ou situacionais – e quanto se deve a diferenças reais nas características dos sujeitos que o instrumento pretende avaliar.

Existem diversos métodos para estimar a fidelidade de um instrumento. No presente estudo optou-se por inspeccionar a fidelidade da PCL-C traduzida para

português através dos métodos teste-reteste, *split-half* e análise da consistência interna.

Para avaliar a fidelidade através do método teste-reteste é necessário administrar o instrumento duas vezes, o que permite avaliar o grau de consistência nos resultados, este é obtido através do estudo da correlação entre os resultados obtidos na primeira e na segunda administração. A avaliação da fidelidade teste-reteste refere-se assim, à estabilidade dos resultados ao longo do tempo. Quando a fidelidade teste-reteste é alta pode-se, para além do mais, concluir que as características que a prova avalia são relativamente estáveis (Friedenberg, 1995).

Quando se utiliza este método, deve-se ter em consideração que a segunda administração do teste deve ocorrer depois de um intervalo de tempo apropriado, que pode ir de várias semanas a alguns meses. Verificando-se que o coeficiente de fidelidade tende a ser tanto menor quanto maiores forem os intervalos de tempo entre as sucessivas administrações, já que tais intervalos fazem aumentar as variações susceptíveis de serem observadas nas características analisadas (Friedenberg, 1995).

O coeficiente de correlação utilizado no cálculo da fidelidade teste-reteste foi o coeficiente de correlação de Pearson, que forneceu um índice da estabilidade dos resultados associada à administração do instrumento, aos mesmos indivíduos, em dois momentos diferentes.

O estudo da fidelidade da versão traduzida da PCL-C, analisada através do método de teste-reteste, permitiu a obtenção de um coeficiente de correlação de 0.65 ($N=14$), calculado entre os resultados obtidos nas duas administrações da escala, que ocorreram com um mês de diferença uma da outra (Quadro 25).

Avaliou-se ainda, a consistência nos resultados da prova através do estudo da correlação entre os resultados obtidos na primeira e na segunda metade da prova, este método é denominado de *split-half* ou método da divisão em duas partes; os itens do teste são divididos em dois meios testes e os resultados obtidos nessas duas metades são correlacionados através do coeficiente de correlação de Spearman.

Por fim, procedeu-se à avaliação da fidelidade do instrumento através do método de análise da consistência interna dos itens. Este método refere-se ao estudo da homogeneidade dos itens do instrumento através da análise das intercorrelações entre todos os itens da escala (Pais-Ribeiro, 1999c). Se esta tiver consistência interna é porque todos os itens do teste se referem ao mesmo domínio (Friedenberg, 1995), ou seja referem-se a uma mesma realidade.

No presente estudo empírico, optou-se por utilizar-se como método de análise da consistência interna, o coeficiente *alpha* de Cronbach, uma vez que este é considerado o melhor indicador da consistência interna de um instrumento, pois compara a realização do indivíduo em cada um dos itens com a realização do indivíduo em todos os outros itens da prova (Cronbach, 1985).

Com a avaliação da fidelidade da escala, obteve-se os valores de 0.79 ($N=84$) para a fidelidade avaliada através do método *split-half* e de 0.93 ($N=84$) para a consistência interna dos itens da escala, avaliada através do coeficiente *alpha* (Quadro 25).

Os indicadores de fidelidade encontrados no estudo elaborado com a versão traduzida da PCL-C, mencionados no quadro 18 podem ser considerados significativos, dado que são superiores a 0.60 e garantem a estabilidade e a consistência interna dos resultados que a escala providencia.

Quadro 18 – Estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C: Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
<i>PTSD Checklist Civilian Version</i>	Fidelidade	Teste-reteste	.65* ($N=14$) (Coef. de correlação de Pearson)
		<i>Split-half</i>	.79** ($N=84$) (Coef. de correlação de Spearman)
		Consistência interna	.93 ($N=84$) (<i>Alpha</i> de Cronbach)

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

A fidelidade dos resultados da versão traduzida da PCL-C foi igualmente estudada através do cálculo da consistência interna, através do coeficiente *alpha* de Cronbach, de cada tipo de sintomas de perturbação de pós-stress traumático (Quadro 19). Note-se que o sintoma activação aumentada é o que apresenta um valor de *alpha* mais baixo ($\alpha=0.79$), valor que é considerado como razoável. Os demais sintomas, apresentam valores acima de 0.80, valor que é tido como bom.

Quadro 19 – *Alpha* de Cronbach do tipo de sintomas acedidos através da PCL-C ($N=84$)

Instrumento	Método	Sintoma	Resultado
<i>PTSD Checklist Civilian Version</i>	Consistência interna	Reexperiência (6 itens)	.85 (<i>Alpha</i> de Cronbach)
		Evitamento (7 itens)	.87 (<i>Alpha</i> de Cronbach)
		Activação aumentada (6 itens)	.79 (<i>Alpha</i> de Cronbach)

O estudo efectuado da versão traduzida da escala inclui igualmente uma estimativa da validade da mesma.

Pois, enquanto a análise da fidelidade indica a competência do instrumento para produzir resultados consistentes, a análise da sua validade permite saber se o

instrumento mede ou não aquilo que pretende medir. Assim sendo, a tarefa de estimar a validade de um instrumento, ou seja, de averiguar se este mede ou não aquilo que se propõe medir e até que ponto o faz é a segunda tarefa que se coloca para que a sua utilização seja possível.

Existem diferentes tipos de validade – a validade de conteúdo, a validade de constructo, a validade concorrente e a validade preditiva. Cada tipo de validade comporta uma questão distinta a respeito do significado dos resultados do instrumento e pode ser analisada a partir de uma estratégia diferente, utilizada para avaliar a validade desse instrumento.

Com efeito, a validade de conteúdo e a validade de constructo referem-se à questão de saber se o instrumento providencia uma medida válida do atributo em estudo. Já a validade concorrente e a validade preditiva examinam a validade das decisões e das predições que se podem efectuar com base nos resultados providenciados pelo instrumento.

Examinar o conteúdo de um instrumento é uma forma de avaliar a validade das medidas que ele proporciona e assim, estabelecer a sua validade de conteúdo. Processo este, que consiste em demonstrar que os comportamentos presentes no instrumento são um conjunto representativo dos atributos que se pretendem avaliar. Não existe estatística que permita estimar a validade de conteúdo de uma prova, trata-se de um trabalho qualitativo, nomeadamente de revisão teórica.

No que concerne à PCL-C cada um dos itens que a compõe remete para um dos sintomas de perturbação de pós-stress traumático, tal como estes são enunciados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.

Para além disso, procedeu-se à análise da validade das decisões que se podem tomar a partir dos resultados obtidos com a PCL-C, ou seja, foi calculada a validade concorrente.

Este tipo de análise tem por base a noção de que a correlação existente entre os resultados de uma prova e uma medida obtida num critério determinado, providencia uma estimativa quantitativa da validade das decisões que se podem tomar com base nos resultados do teste, sendo indicadora da validade de critério do mesmo.

Deste modo, a validade de critério refere-se à habilidade do teste para estimar ou prever a realização do indivíduo numa outra medida ou critério. A validade, no que se refere à validade de critério, pode pois ser concorrente quando a avaliação no instrumento e no critério é simultânea, ou preditiva, quando os resultados no preditor e no critério são obtidos em momentos diferentes no tempo (Friedenberg, 1995).

Para tal, é necessário calcular o coeficiente de validade de critério que indica a relação dos resultados no teste e no critério, sendo que o quadrado desse coeficiente nos indica a extensão em que os resultados no teste predizem os resultados no critério e portanto, a proporção da variação nos resultados do teste que se deve a diferenças

em características dos indivíduos relevantes para o critério. Habitualmente, consideram-se suficientes os coeficientes de correlação iguais ou superiores a 0.50.

No presente estudo, a validade concorrente da versão traduzida da PCL-C foi estudada a partir da correlação entre o resultado do sujeito na escala e o resultado do sujeito no critério que foi escolhido, a *Impact Event Scale*. Encontrou-se uma correlação de 0.67 ($p < 0.01$) ($N=84$) entre os resultados obtidos através das duas medidas consideradas. Dado que a correlação é positiva e significativa, podemos considerar que a versão traduzida da PCL-C mostra boa validade externa (Quadro 20).

Com base nos resultados obtidos na análise da validade concorrente concluiu-se, que se podem tomar decisões seguras a respeito da perturbação de pós-stress traumático tendo por base os dados recolhidos através da PCL-C, uma vez que a validade externa da versão traduzida foi garantida.

A validade de constructo refere-se, à questão de determinar se os resultados proporcionados por um dado instrumento providenciam ou não uma boa medida para um constructo específico, neste caso a perturbação de pós-stress traumático.

Para apreciar a validade de constructo do instrumento utilizou-se o método das percentagens de acerto, que permite verificar se dois grupos de sujeitos que supostamente se devem comportar de modo diferente na resposta ao instrumento, se comportam de facto e obtêm resultados significativamente diferentes.

A análise da validade de constructo através do método das percentagens de acerto, permitiu verificar que as mulheres com perturbação de pós-stress traumático respondem ao questionário de um modo significativamente diferente das mulheres sem perturbação de pós-stress traumático.

Para avaliar o significado estatístico dessas diferenças utilizou-se o teste *t* de *student*, tendo-se verificado que estas são significativas ($t=-13.44$; $p < 0.01$). Dados, que permitem concluir que a versão traduzida da escala fornece resultados que providenciam uma boa medida do constructo que a escala se propõe avaliar – a perturbação de pós-stress traumático (Quadro 20).

Para estimar a validade de constructo optou-se ainda, por efectuar a análise factorial dos resultados encontrados na administração do mesmo, pois a análise factorial é um procedimento estatístico que pode ser usado para o estudo da estrutura interna do instrumento, uma vez que fornece indicações sobre a validade de constructo, visto que o padrão das correlações dos itens pode servir para determinar diferentes factores ou características avaliadas pelo mesmo instrumento.

Antes de iniciar a estimação dos pesos dos factores, realizou-se a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), onde se obteve um valor de 0.838, que indica que a análise factorial tem validade para as variáveis escolhidas, dado que foi confirmado pela análise de esfericidade de Bartlett cuja análise do nível de

significância ($p < 0.000$) prova que as variáveis são correlacionáveis. Desta forma este tipo de análise pode ser utilizado para verificar a validade de constructo.

Deste modo, a análise factorial (com rotação varimax), permitiu encontrar uma estrutura assente em três factores, que juntos explicam 63% da variância nos resultados da administração da versão traduzida da PCL-C ($N=84$).

Deste modo foi assegurada a validade de constructo da versão traduzida da escala, como se pode ver no quadro 20.

Quadro 20 – Estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C: Validade ($N=84$)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
<i>PTSD Checklist Civilian Version</i>	Validade concorrente	Coeficiente de validade de critério (<i>Impact Event Scale</i>)	.67** (Coef. de Correlação de Pearson)
	Validade de constructo	Método das percentagens de acerto	T=-13.44** (Teste T de Student)
		Análise factorial	3 factores que explicam 63% da variância

** $p < 0,01$

Dado que as características dos itens afectam a qualidade do instrumento impõe-se, sempre que possível, na avaliação psicométrica do instrumento, uma análise dos itens respectivos. A qual se questiona a respeito da apropriação, da utilidade, do papel e do lugar de cada item no contexto do instrumento do qual faz parte. São exemplos deste tipo de análise o estudo do poder distractor do item, que se refere ao estudo do padrão das respostas no item; a análise do poder discriminante do item, que se refere à questão de saber se as respostas dadas ao item se relacionam com as respostas dadas no instrumento; enquanto a análise da dificuldade do item questiona-se a respeito da dificuldade de cada item.

Analisando o poder discriminante dos itens da versão traduzida da escala, verificou-se uma correlação positiva - variando entre 0.41 para os itens 11 e 14a e 0.78 para o item 1a – entre o resultado dos sujeitos em cada item da escala e o resultado total obtido na mesma (Quadro 21).

Uma vez, que os coeficientes de correlação variam globalmente entre 0.50 e 0.70, pode dizer-se que o poder discriminante dos itens da escala situa-se entre o que pode ser considerado bom e o que pode ser considerado muito bom, donde se conclui que a cotação do sujeito no item se relaciona com o resultado total obtido no instrumento e que item e instrumento se reportam à mesma característica avaliada. Logo, os dados indicam que todos os itens que compõem a escala, são úteis e

apropriados para a questão a avaliar, neste caso a perturbação de pós-stress traumático em indivíduos a quem foi diagnosticado cancro.

A correlação item-escala total indica ainda, a habilidade dos itens predizerem o resultado obtido pelo sujeito quando o instrumento é tomado como um todo, os dados obtidos no estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C indicam que o item 1a é aquele que prediz melhor o resultado obtido na PCL-C:

Quadro 21 – Estudo psicométrico da versão traduzida da PCL-C: Análise dos itens (N=84)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado	
			Item	R
<i>PTSD Checklist Civilian Version</i>	Poder discriminante dos itens	Correlação item-escala (Coef. de Correlação de Pearson)	1a	0.78**
			1b	0.68**
			2	0.64**
			3	0.70**
			4	0.68**
			5	0.75**
			6	0.42**
			7	0.75**
			8	0.70**
			9	0.67**
			10	0.73**
			11	0.41**
			12	0.74**
			13	0.71**
			14a	0.41**
			14b	0.59**
			15	0.77**
16	0.69**			
17	0.76**			

**p<0,01

Do estudo elaborado das características da versão traduzida da PCL-C, pode-se concluir que estamos em presença de uma versão com boas qualidades de fidelidade, consistência interna e validade.

Procedimento

Após a apresentação dos objectivos do estudo junto dos coordenadores de cada Unidade Médica e obtida a devida autorização para contactar os doentes, procedeu-se ao contacto destes através de carta.

Estes foram informados sobre o objectivo do estudo, sobre a confidencialidade das suas respostas, assim como, de estarem a participar num acto voluntário.

O protocolo de investigação foi enviado por correio e junto a este seguia um envelope para que fosse possível o retorno do mesmo.

A ordem de apresentação dos instrumentos foi previamente estipulada e respeitada. Desta forma, a seguir à carta de apresentação onde os objectivos do estudo eram expostos, onde era garantida a confidencialidade dos dados, assim como, o anonimato; exposta a forma de proceder caso concordasse participar na investigação e como enviar o questionário, formulado o respectivo agradecimento prévio e efectuada a identificação do responsável pela recolha de dados, surge o questionário de identificação, seguido da Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSI, da *Impact of Event Scale* – IES, do Questionário de Orientação para a Vida - QOV, da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro – Mini MAC e por fim o *PTSD Checklist Civilian Version* – PCL-C. Cada um dos instrumentos era precedido das respectivas instruções de preenchimento.

A sequência pela qual os instrumentos foram apresentados pretendeu, em primeiro lugar relaxar o participante e em segundo lugar, não permitir que este pudesse estabelecer relações entre as respostas aos diversos instrumentos.

Efectuou-se um estudo piloto com três sujeitos, para verificar se havia alterações a introduzir no protocolo de investigação. Para tal foi pedido a cada um dos sujeitos que lê-se o questionário em voz alta e explicá-se o significado do que acabara de ler. As dúvidas e reflexões efectuadas foram anotadas a fim de posteriormente se avaliar a necessidade de reformular o protocolo de investigação.

Em seguida, foram efectuados os contactos com os restantes sujeitos que vieram a compor a amostra.

Para o estudo de estabilidade temporal dos resultados, procedeu-se ao convite, por carta, de 30 doentes que eram ou haviam sido acompanhadas na Maternidade Alfredo da Costa situada na cidade de Lisboa ou no Centro de Saúde da Cova da Piedade situado no concelho de Almada, já contactadas para o estudo principal nos 30 dias anteriores, destas só 14 participaram no estudo de repetibilidade.

De uma forma geral, verificou-se uma boa adesão dos indivíduos contactados na colaboração ao estudo, tendo havido referências quanto à importância de estudos nesta população.

No total 89 indivíduos preencheram e devolveram o protocolo de investigação. Contudo quando se procedeu à verificação do seu preenchimento 5 foram excluídos. Tendo-se considerado válidos apenas, os protocolos de investigação que estavam totalmente preenchidos.

De seguida, foi elaborada uma base de dados onde foram introduzidos os dados, estes foram analisados com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 11.

Antes de se proceder à análise estatística, foram calculados os valores de cada escala e das subescalas que as constituem (seguindo as instruções e recomendações dos autores das escalas).

Convém ressaltar que na ESSS e no QOV, alguns itens necessitaram ser recodificados. Foram ainda inspeccionadas as qualidades psicométricas das escalas.

Para determinar quais os procedimentos estatísticos a utilizar foi necessário, em primeiro lugar, determinar qual a estatística adequada a utilizar (paramétrica/não paramétrica). Tendo em consideração que as variáveis em estudo eram ordinais, a estatística adequada seria a não paramétrica.

Porém, de acordo com Pais-Ribeiro (1999) caso se esteja em presença de medidas ordinais de boa qualidade, chega-se aos mesmos resultados quer se utilize estatística não paramétrica ou paramétrica.

Por outro lado, dado o tamanho da amostra, decidiu-se assumir que esta apresenta uma distribuição próxima da normalidade (Maroco, 2003), desta forma, optou-se pela utilização de estatística paramétrica.

Os procedimentos estatísticos utilizados foram, escolhidos de acordo com os objectivos a testar.

Desta forma, com o intuito de caracterizar as variáveis em estudo foram calculadas as medidas de tendência central e as medidas de dispersão destas, para avaliar o significado estatístico das diferenças entre as médias obtidas para cada variável, utilizou-se o teste t de *student* para amostras emparelhadas, que permite comparar duas variáveis numa mesma amostra.

De seguida, procedeu-se à análise de cada uma das classes da variável em estudo. Os testes mais frequentemente utilizados para testar proporções em amostras independentes, são o teste binomial, o teste do Qui-Quadrado e o teste de Fisher. Dadas as características da variável em estudo, utilizou-se o teste binomial, uma vez que este é adequado para testar a ocorrência de uma, das duas realizações de uma variável dicotómica (Maroco, 2003).

Sempre que se pretendeu comparar os resultados relativos a dois grupos onde os sujeitos foram distribuídos de forma independente, utilizou-se o teste paramétrico t de *student*. Teste que permitiu avaliar se os resultados das duas amostras independentes eram significativamente diferentes.

Sabendo-se que quando se pretende comparar, simultaneamente, os resultados de três ou mais grupos, é aconselhável a utilização da análise de variância (ANOVA), assim como, que o teste F permite saber se estas duas estimativas da variância são ou não são iguais, dentro dos limites das flutuações devidas ao acaso e que quando a

razão F e o *p-value* permitem considerar que as diferenças são significativas é necessário determinar qual ou quais os pares de médias são diferentes, procedimento que é efectuado depois de se determinar que existem diferenças, daí denominarem-se de teste *post-hoc* e que dos vários testes *post-hoc* de comparações múltiplas de médias o teste de Tuckey é o mais robusto a desvios à normalidade e homogeneidade das variâncias para amostras grandes (Maroco, 2003), optou por calcular-se a ANOVA e o teste de Tuckey, como teste *post-hoc*, sempre que era adequado.

Assinale-se que se utilizaram os testes estatísticos t de *student*, ANOVA e teste de Tuckey, por estarem garantidos os requisitos de utilização dos mesmos, a saber: existir uma variável independente com dois níveis, cada elemento da amostra ser referido apenas num dos dois grupos, os níveis das variáveis independentes consideradas diferirem qualitativamente ou quantitativamente; os sujeitos terem sido distribuídos aleatoriamente pelos grupos.

Sempre que se pretendeu testar associação entre duas variáveis, foi utilizada estatística que possibilitou avaliar a intensidade e a direcção da associação. O coeficiente de correlação utilizado foi o de Pearson, que permitiu encontrar um índice que admitiu averiguar qual o tipo de relação entre duas variáveis.

Para a análise de possíveis preditores, recorreu-se à análise de regressão linear. O propósito foi estabelecer a relação funcional entre a variável independente e a variável dependente, de modo a que sabendo o valor da variável independente se pudesse estabelecer o valor da variável dependente. Através da regressão foi possível determinar o valor de B (coeficiente de regressão parcial), que se refere à estimação da mudança na variável dependente que pode ser atribuída a uma mudança na variável independente, assim como, o valor de R^2 (coeficiente de correlação múltipla), que é a proporção da variância da variável dependente explicável pelas variáveis independentes; assim como, o valor de S^2 (erro *standart* de estimativa); que é a variação na variável independente que não é explicada pela intervenção da variável preditora.

Assinale-se que se consideraram como estatisticamente significativos os testes estatísticos que tiveram articulados um valor de $p < 0.05$, de $p < 0.01$ ou de $p < 0.001$.

Posto isto, os resultados serão apresentados no capítulo seguinte, tendo em consideração os objectivos em estudo, a discussão obedecerá aos mesmos critérios.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Introdução

Este capítulo é dedicado à apresentação e análise estatística dos resultados obtidos no estudo empírico cujos objectivos, metodologia e instrumentos foram descritos no capítulo anterior.

Dado que já se introduziram e justificaram os procedimentos estatísticos a utilizar, os resultados empíricos são agora directamente apresentados e analisados do ponto de vista estatístico, à luz dos objectivos então estabelecidos.

Cada objectivo é considerado e testado separadamente e os resultados são discutidos apenas no seu significado estatístico. Estes só serão discutidos do ponto de vista conceptual e da revisão bibliográfica já elaborada, na parte final desta tese.

Estudo Estatístico dos Objectivos

Para alcançar o primeiro objectivo, que foi descrever a perturbação de pós-stress traumático, as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência numa amostra de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, efectuou-se o cálculo das médias, desvios padrões e índices de distribuição dos resultados obtidos nas diferentes medidas psicológicas em estudo ($N=84$), para avaliar o significado estatístico das diferenças entre as médias, utilizou-se o teste t de *student* para amostras emparelhadas.

Os resultados obtidos são apresentados pormenorizadamente e separadamente nos quadros 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29.

Como se pode observar, no quadro 22, a severidade da perturbação de pós-stress traumático nas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama e que compõem a amostra do presente estudo, apresenta uma média de 38.89 ($dp=14.88$).

Atendendo ao facto de os autores da escala terem advogado que, para pontuações iguais ou superiores a 50 valores, se poder efectuar o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático, os valores da média e do desvio-padrão indiciam que entre a amostra existem sujeitos com este tipo de perturbação.

No que concerne aos itens que remetem para o reexperienciar do evento traumático, a média obtida foi de 12.09 ($dp=5.26$), sendo que a amplitude de resposta possível para este sintoma ia do valor 6 ao valor 30.

Já o sintoma de evitamento apresentou uma média de 14.56 ($DP=6.51$), com uma amplitude de resposta que se situava entre o valor 7 e o valor 35.

Enquanto o sintoma de activação aumentada apresentou uma média de 12.29 ($dp=4.82$), com uma amplitude de resposta na escala que ia do valor 6 ao valor 30.

Quadro 22 – Estatística descritiva dos dados obtidos na PCL-C ($N=84$)

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Variação	Limites
PTSD total	38.89	14.88	19-77	19-95
Reexperiência	12.09	5.26	6-25	6-30
Evitamento	14.56	6.51	7-31	7-35
Activação Aumentada	12.29	4.82	6-27	6-30

Buscou-se ainda definir, quais os sintomas de perturbação de pós-stress traumático mais exibidos pelos sujeitos a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Verificou-se que os valores das médias dos diferentes sintomas, característicos da perturbação de pós-stress traumático, são muito semelhantes; sendo que os sintomas mais exibidos são a reexperiência do evento traumático em simultâneo com o sintoma activação aumentada (Quadro 23).

Quadro 23 – Diferenças de médias entre os sintomas de perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

Variáveis	<i>t</i>	Sig.
Reexperiência Evitamento	-5.42	0.000
Reexperiência Activação Aumentada	-0.60	0.550
Evitamento Activação Aumentada	3.99	0.000

De seguida procedeu-se ao cálculo da estatística descritiva dos resultados relativos às estratégias de *coping* (Quadro 24).

Quadro 24 – Estatística descritiva dos dados obtidos na Mini-MAC (N=84)

Variável	M	DP	Variação	Limites
Desânimo/Fraqueza	1.87	0.59	1-3.50	1-4
Preocupação Ansiosa	2.68	0.56	1-4	1-4
Espírito de Luta	3.13	0.48	2.25-4	1-4
Evitamento Cognitivo	2.90	0.52	1.25-4	1-4
Fatalismo	3.13	0.45	2-4	1-4

O estudo estatístico das diferenças entre as médias indicou que, as estratégias de *coping* mais utilizadas, pelas mulheres que compuseram a amostra, foram quer a estratégia espírito de luta como a estratégia fatalismo, seguindo-se as estratégias evitamento cognitivo e preocupação ansiosa. Os dados obtidos indicaram ainda que a estratégia de *coping* menos utilizada foi a estratégia desânimo/fraqueza (Quadro 25).

Quadro 25 – Diferenças de médias entre as estratégias de *coping* (N=84)

Variáveis	t	Sig.
Desânimo/Fraqueza	-15.99	0.000
Preocupação Ansiosa	-12.03	0.000
Desânimo/Fraqueza	-13.70	0.000
Evitamento Cognitivo	-14.56	0.000
Desânimo/Fraqueza	-4.94	0.000
Fatalismo	-3.49	0.001
Preocupação Ansiosa	-5.94	0.000
Espírito de Luta	2.83	0.006
Evitamento Cognitivo	0.01	0.990
Fatalismo	-3.19	0.002

Ao analisarem-se os dados relativos à satisfação com o suporte social, verificou-se que as mulheres que compuseram a amostra, na globalidade, estavam satisfeitas com o suporte social de que dispunham, uma vez que a média obtida na escala total foi de 55.73 ($dp=11.39$), sendo que a amplitude de resposta possível variava entre o valor 15 e o valor 75 (Quadro 26).

No que respeita aos diferentes prestadores de suporte, verificou-se que a satisfação com as amigas apresentava uma média de 19.11 ($dp=4.72$) e uma possibilidade de variabilidade que ia do valor 5 ao valor 25. Enquanto a satisfação com as relações íntimas exibiu uma média de 14.57 ($dp=3.95$), permitindo a subescala uma

variação entre os valores 4 e 20. Já a satisfação com os familiares apresentou uma média de 12.07 ($dp=2.84$), podendo esta variar entre o valor 3 e o valor 15. Por fim, a subescala que avaliou a satisfação com as actividades sociais apresentou uma média de 9.98 ($dp=3.01$), permitindo a escala que esta variasse entre os valores 3 e 15.

Quadro 26 – Estatística descritiva dos dados obtidos na ESSS (N=84)

Variável	M	DP	Variação	Limites
Satisf. Suporte Social	55.73	11.39	29-75	15-75
Satisf. Amizades	19.11	4.724	5-25	5-25
Intimidade	14.57	3.95	4-20	4-20
Satis. Família	12.07	2.84	3-15	3-15
Actividades Sociais	9.98	3.01	3-15	3-15

Atendendo aos valores das médias, à variabilidade de respostas e aos valores obtidos na análise estatística das diferenças entre as médias de cada dimensão da satisfação com o suporte social, constatou-se que as mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama e que compuseram a amostra deste estudo, se mostraram mais satisfeitas com o suporte que lhes era providenciado pelos familiares, logo seguido do suporte prestado pelos amigos, sucedendo-se a satisfação com as relações de intimidade.

Os dados obtidos indicaram ainda, que era com as actividades sociais em que estavam envolvidas que, as mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, estavam menos satisfeitas (Quadro 27).

Quadro 27 – Diferenças de médias entre as dimensões da satisfação com o suporte social (N=84)

Variáveis	t	Sig.
Satisfação com as amizades Intimidade	11.32	0.000
Satisfação com as amizades Satisfação com a família	15.03	0.000
Satisfação com as amizades Actividades sociais	19.62	0.000
Intimidade Satisfação com a família	5.76	0.000
Intimidade Actividades sociais	11.88	0.000
Satisfação com as amizades Actividades sociais	5.51	0.000

Por último, procedeu-se ao cálculo da estatística descritiva do sentido de coerência. O valor médio de sentido de coerência foi de 132.93 ($DP=26.25$), considerando que o questionário impunha como limites os valores situados entre 29 e 203, concluiu-se que os sujeitos que compunham a amostra apresentavam um razoável sentido de coerência (Quadro 28).

Quadro 28 – Estatística descritiva dos dados obtidos no QOV (N=84)

Variável	M	DP	Variação	Limites
Sentido coerência	132.93	26.25	71-189	29-203
Cap. compreensão	44.19	10.64	20-70	11-77
Cap. gestão	49.68	9.27	24-68	10-70
Cap. investimento	39.06	9.04	14-56	8-56

Pelos resultados obtidos no estudo estatístico das diferenças entre as médias de cada dimensão do sentido de coerência (Quadro 29), analisando as médias dos diferentes componentes do sentido de coerência e atendendo às possibilidades de variação dos dados, verificou-se que as mulheres, que participaram na investigação, apresentavam uma maior capacidade de investimento ($M=39.06$, $DP=9.04$) e uma menor capacidade de gestão ($M=49.68$; $DP=9.27$).

Quadro 29 – Diferenças de médias entre as dimensões do sentido de coerência (N=84)

Variável	T	Sig.
Capacidade de compreensão	-7.27	0.000
Capacidade de gestão		
Capacidade de compreensão	5.86	0.000
Capacidade de investimento		
Capacidade de gestão	15.13	0.000
Capacidade de investimento		

O segundo objectivo do estudo empírico agora exposto foi relacionar as variáveis: estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência.

Para atingir este objectivo, foram realizadas correlações de Pearson entre as diferentes medidas.

Como se pode constatar pelos resultados apresentados no quadro 30, os resultados revelaram associações, estatisticamente significativas, entre grande parte das variáveis.

Mais precisamente, demonstraram a existência de correlações significativas entre a estratégia desânimo/fraqueza, a estratégia preocupação ansiosa ($r=.67$; $p<0,001$), a estratégia espírito de luta ($r=-.61$, $p<0,001$), a satisfação com o suporte social ($r=-.35$, $p<0,001$), satisfação com as amizades ($r=-.31$, $p<0,01$), satisfação com a intimidade das relações sociais ($r=-.32$, $p<0,01$) e satisfação com as actividades sociais ($r=-.32$, $p<0,01$), assim como, com o sentido de coerência ($r=-.67$, $p<0,01$), capacidade de compreensão ($r=-.53$, $p<0,01$), capacidade de gestão ($r=-.62$, $p<0,01$) e capacidade de investimento ($r=-.69$, $p<0,01$).

Foi ainda possível encontrar correlações significativas entre a estratégia preocupação ansiosa, a estratégia espírito de luta ($r=-.30$, $p<0,05$), a estratégia evitamento cognitivo ($r=.39$, $p<0,001$) e o sentido de coerência ($r=-.53$, $p<0,001$).

No que concerne à estratégia espírito de luta verificou-se que esta apresenta correlações estatisticamente significativas com a estratégia fatalismo ($r=.56, p<0.001$), a satisfação com o suporte social ($r=.32, p<0.01$) e o sentido de coerência ($r=.56, p<0.001$).

Relativamente à estratégia fatalismo, os dados indicaram que esta apresentava uma correlação positiva, com significância estatística, com a satisfação com as relações de intimidade ($r=.26, p<0.01$).

No que tange à satisfação com o suporte social constatou-se, que esta se relaciona positivamente com o sentido de coerência ($r=.45, p<0.001$), assim como, com os componentes do sentido de coerência.

Para além de que se relaciona negativamente com a estratégia desânimo/fraqueza ($r=-.35, p<0.01$) e positivamente com a estratégia espírito de luta ($r=.32, p<0.01$).

Quadro 30 – Correlações de Pearson entre as medidas psicológicas (N=84)

	D/F	P.A	E.L	Evit.	Fat.	S.S.S	S.A.	Int.	S.F.	A.S.	S.C.	C.C.	C.G.
P.A	.67***												
E.L	-.61***	-.30*											
Evit.	n.s.	.39***	n.s.										
Fat.	n.s.	n.s.	.56***	n.s.									
S.S.S	-.35***	n.s.	.32**	n.s.	n.s.								
S.A.	-.31**	n.s.	.28**	n.s.	n.s.	.88**							
Int.	-.32**	n.s.	.43**	n.s.	.26*	.84**	.66**						
S.F.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.63**	.45**	.35**					
A.S.	-.32**	-.28*	n.s.	n.s.	n.s.	.71**	.46**	.51**	.29**				
S.C.	-.67***	-.53***	.56***	-.22*	n.s.	.45**	.33**	.51**	n.s.	.47**			
C.C.	-.53**	-.50**	.47**	n.s.	n.s.	.44**	.35**	.47**	n.s.	.48**	.91**		
C.G.	-.62**	-.39**	.53**	n.s.	n.s.	.48**	.37**	.53**	n.s.	.48**	.92**	.77**	
C.I.	-.69**	-.54**	.53**	-.28**	n.s.	.30**	.22*	.39**	n.s.	.29**	.89**	.68**	.75**

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$; n.s. - não significativo; D/F – Desânimo / fraqueza; P.A – Preocupação ansiosa; E.L – Espírito de luta; Evit. – Evitamento cognitivo; Fat. –Fatalismo; S.S.S. – Satisfação com o suporte social; S.A.- Satisfação com as amigas; Int. – Intimidade; S.F.- Satisfação com a família; A.S.- Actividades sociais; S.C. – Sentido de coerência; C.C. – Capacidade de compreensão; C.G._ Capacidade de gestão; C. I. – Capacidade

O terceiro objectivo que se procurou alcançar foi, determinar a prevalência de perturbação de pós-stress traumático numa amostra de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Para alcançar este objectivo calculou-se a frequência de mulheres que apresentavam valores de perturbação de pós-stress traumático iguais ou superiores a 50 na PCL-C.

Como se pode observar pelos dados expostos no quadro 31, encontraram-se mulheres entre a amostra, que preenchem os critérios que permitiam o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático.

Nomeadamente, verificou-se que a prevalência desta perturbação entre a amostra era de 25% ($n=21$).

Quadro 31 – Frequência e percentagem relativa ao diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

Diagnóstico	<i>n</i>	%
Sem PTSD (valores inferiores 50)	63	75
Com PTSD (valores iguais/superiores 50)	21	25

O próximo passo foi verificar se, a diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa. Para tal, realizou-se uma comparação de proporções, através do teste binomial, com aproximação da binomial à normal, uma vez que a dimensão da amostra o permite, o resultado que foi obtido é apresentado detalhadamente no quadro 32.

Os dados auferidos indicam que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) entre a proporção de mulheres com perturbação de pós-stress traumático e a proporção de mulheres sem perturbação de pós-stress traumático.

Quadro 32 – Diferença de proporções relativamente ao diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

Instrumento	Método	Grupo	<i>n</i>	Proporção Observada	Proporção Testada	Sig.
PTSD Checklist Civilian Version	Teste Binomial	1 (Sem PTSD)	63	.75	.50	.000
		2 (Com PTSD)	21	.25		

O quarto objectivo que se almejou alcançar foi, analisar a relação entre a perturbação de pós-stress traumático e as variáveis: estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência.

Para alcançar este objectivo calcularam-se as correlações de Pearson entre as estratégias de *coping* e a perturbação de pós-stress traumático, cujos resultados se apresentam no quadro 33.

Como consta do quadro abaixo, o cálculo da correlação de Pearson, entre a estratégia desânimo/fraqueza e a perturbação de pós-stress traumático, indicou uma correlação positiva ($r = .67$; $p<0,01$). Quando se considerou a estratégia preocupação ansiosa, constatou-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($r = .76$; $p<0,01$) com a perturbação de pós-stress traumático. No que concerne à estratégia espírito de luta, encontrou-se uma correlação negativa ($r = -.28$; $p<0,01$) desta com a perturbação de pós-stress traumático. Os dados demonstraram ainda, a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a

estratégia evitamento cognitivo e a perturbação de pós-stress traumático ($r = .26$; $p < 0,05$). Por fim, no que respeita à estratégia fatalismo não se encontrou uma correlação significativa entre esta e a perturbação de pós-stress traumático.

Quadro 33 – Correlações de Pearson entre estratégias de *coping* e perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

	D/F	P.A	E.L	Evit.	Fat.
P.P.S.T	.67**	.76**	-.28**	.26*	n.s.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; n.s. - não significativo; P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático; D/F – Desânimo / fraqueza; P.A – Preocupação ansiosa; E.L – Espírito de luta; Evit. – Evitamento cognitivo; Fat. – Fatalismo

De seguida, calcularam-se as correlações de Pearson entre a satisfação com o suporte social, assim como, das suas dimensões e a perturbação de pós-stress traumático (Quadro 34).

Os resultados indicaram a existência de uma correlação negativa ($r = -.27$; $p < 0,05$) entre a satisfação com o suporte social e o relato de sintomas de perturbação de pós-stress traumático. Ao efectuar-se a análise das dimensões da satisfação com o suporte social, verificou-se que as dimensões satisfação com as amizades ($r = -.23$; $p < 0,05$) e actividades sociais ($r = -.40$; $p < 0,01$) apresentaram correlações significativas e negativas com a perturbação de pós-stress traumático. De registar ainda que, as dimensões intimidade e satisfação com a família não apresentaram uma relação significativa com a perturbação de pós-stress traumático.

Quadro 34 – Correlações de Pearson entre suporte social e perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

	S.S.S	Satisf. Amiz.	Intimidade	Satisf. Família	Act. Sociais
P.P.S.T	-.27*	-.23*	n.s.	n.s.	-.40**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; n.s. - não significativo; P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático; S.S.S. – Satisfação com o suporte social; Satisf. Amizades – Satisfação com as amizades; Satisf. Família – Satisfação com a família; Act. Sociais – Actividades sociais

Ao proceder-se ao estudo das correlações entre o sentido de coerência, os seus componentes e o nível de perturbação de pós-stress traumático relatado pelas mulheres que compunham a amostra, encontraram-se correlações negativas e bastante significativas (Quadro 35).

Os resultados obtidos nesta análise indicaram que quanto maior o sentido de coerência ($r = -.47$; $p < 0,01$), a capacidade de compreensão ($r = -.43$; $p < 0,01$), a capacidade de gestão ($r = -.35$; $p < 0,01$) e a capacidade de investimento ($r = -.50$; $p < 0,01$) menor o nível de perturbação de pós-stress traumático relatado pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Quadro 35 – Correlações de Pearson entre sentido de coerência e perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

	S.C.	C. Comp.	C. Gest.	C. Inv.
P.P.S.T	-.47**	-.43**	-.35**	-.50**

** $p<0,01$; P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático; S.C. – Sentido de coerência; C. Comp. – Capacidade de compreensão; C. Gest. – Capacidade de gestão; C. Inv. – Capacidade de investimento

O quinto objectivo do estudo foi verificar como a perturbação de pós-stress traumático se correlaciona ou está distribuída em função das variáveis demográficas: idade, escolaridade, estado civil e número de filhos.

Para alcançar este objectivo, procedeu-se ao cálculo de correlações de Pearson para a idade, escolaridade e número de filhos e análise de variância (ANOVA) a um factor (*one-way*) para o estado civil.

No quadro 36 apresentam-se os resultados das correlações (Pearson) da perturbação de pós-stress traumático com as variáveis idade, escolaridade e número de filhos. Os dados obtidos revelaram que não ocorrem correlações estatisticamente significativas entre a perturbação de pós-stress traumático e as variáveis idade e escolaridade. No que respeita à variável número de filhos, verificou-se que esta se correlaciona negativamente com a perturbação de pós-stress traumático ($r= - 0.22$, $p<0.05$). Ou seja, os dados obtidos neste estudo indicam que quanto maior número de filhos menor o nível de perturbação de pós-stress traumático relatado.

Quadro 36 – Correlações de Pearson entre idade, escolaridade, número de filhos e perturbação de pós-stress traumático ($N=84$)

	Idade	Escolaridade	N.º de Filhos
P.P.S.T	n.s.	n.s.	-.22*

n.s. : não significativo; * $p<0.05$; P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático

Num segundo momento, buscou-se estudar como se distribui a perturbação de pós-stress traumático em função do estado civil. Para tal, efectuou-se o estudo da análise de variância (ANOVA), cujos resultados são apresentados no quadro 37.

Como se pode observar, relativamente ao estado civil os resultados da ANOVA indicam que não existem diferenças significativas nos níveis de perturbação de pós-stress traumático exibidos.

Quadro 37 – Diferenças de médias (ANOVA) na perturbação de pós-stress traumático em função do estado civil ($N=84$)

Função	Método	Variável	F	Sig.
Estado Civil	ANOVA	P.P.S.T.	0.80	0.50

P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático

Os dados obtidos neste estudo sugeriram que a perturbação de pós-stress traumático se correlaciona negativamente e de forma estatisticamente significativa com o número de filhos que, as mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama possuem. Contudo, não se correlaciona de forma estatisticamente significativamente, nem com a idade, nem com o nível de escolaridade destas mulheres. Assim como, indicou que não existem diferenças significativas nos níveis de perturbação de pós-stress traumático quando se compararam as mulheres de acordo com o seu estado civil.

O sexto objectivo em estudo foi, verificar como a perturbação de pós-stress traumático se correlaciona ou está distribuída em função das variáveis clínicas: tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo de cirurgia e estatuto clínico. Para alcançar este objectivo, procedeu-se ao cálculo de correlações de Pearson para o tempo decorrido desde o diagnóstico e comparação de médias através do teste t de *student* para o tipo de cirurgia e estatuto clínico.

No que respeita, ao tempo decorrido desde que foi efectuado o diagnóstico de cancro da mama, não se encontraram correlações significativas entre este e a perturbação de pós-stress traumático. De seguida analisou-se o efeito do tipo de cirurgia nos níveis de perturbação de pós-stress traumático exibidos, isto é, procurou determinar-se se havia diferenças no nível de perturbação de pós-stress traumático exibido, quando se comparavam mulheres que haviam realizado mastectomia radical com mulheres que haviam realizado mastectomia conservadora (Quadro 38).

Os resultados encontrados indicam que não existem diferenças significativas, no que concerne, aos níveis de perturbação de pós-stress traumático relatados pelos dois grupos de mulheres.

Quadro 38 – Diferenças de médias na perturbação de pós-stress traumático em função do tipo de cirurgia (N=84)

	Média (Desvio Padrão)		T	Sig.
	Radical	Conservadora		
P.P.S.T.	36.43 (15.67)	40.79 (14.32)	-1.32	.191

P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático

O próximo passo foi verificar como o nível de perturbação de pós-stress traumático se encontra distribuído em função do estatuto clínico, isto é, se há diferenças nos níveis de perturbação de pós-stress traumático, quando se comparam as mulheres que ainda estavam a efectuar tratamentos e as que já haviam terminado os tratamentos. Para tal, realizou-se a comparação de médias através do t de *student*.

Como se observa, não se encontraram diferenças, no que respeita aos níveis de perturbação de pós-stress traumático exibidos, quando se compararam mulheres com diferentes estatutos clínicos (Quadro 39).

Quadro 39 – Diferenças de médias na perturbação de pós-stress traumático em função do estatuto clínico (N=84)

	Média (Desvio Padrão)		T	Sig.
	Tratamento em Curso	Terminou Tratamento		
P.P.S.T.	36.74 (12.21)	40.67 (16.70)	-1.21	0.230

P.P.S.T – Perturbação de pós-stress traumático

Note-se finalmente, que ao estudar-se a relação das variáveis clínicas com a perturbação de pós-stress traumático se verificou, que não ocorria uma correlação significativa entre a perturbação de pós-stress traumático e o tempo decorrido desde que foi efectuado o diagnóstico, assim como, não se encontraram diferenças significativas nos níveis de perturbação de pós-stress traumático quando se compararam mulheres que fizeram mastectomia radical com mulheres que efectuaram mastectomia conservadora, nem quando se compararam aquelas que estavam a efectuar tratamento com as que já haviam terminado.

O sétimo e último objectivo do estudo empírico que aqui se apresenta foi, determinar em que medida as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência explicam as variações detectadas nos níveis de perturbação de pós-stress traumático exibidos pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama e que compuseram a amostra.

Os dados que se passam a apresentar, referem-se aos resultados da análise de regressão que se levou a efeito, com o intuito de determinarem-se os preditores significativos da variável dependente em estudo - perturbação de pós-stress traumático. Considerando em simultâneo, todas as variáveis psicológicas (regressão linear múltipla) que podiam de algum modo contribuir para a variância observada na variável dependente. Para que fosse possível a utilização do modelo de regressão linear com objectivos de estimação e de inferência das relações funcionais entre a variável dependente (perturbação de pós-stress traumático) e as variáveis independentes (estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência) foi necessária a validação de um conjunto de pressupostos.

Para avaliação destes efectuou-se a análise de resíduos, recorrendo-se ao procedimento gráfico disponível no *Statistical Package for Social Sciences*, que permitiu verificar esta condição. Tendo-se verificado que a variância dos resíduos é constante e a relação encontrada era de tipo linear.

A análise gráfica dos resíduos permitiu identificar os *outliers*, estes tratam-se de observações extremas, não-características, que apresentam resíduos que são consideravelmente superiores aos resíduos das outras observações, nomeadamente mais de dois desvios-padrões relativamente à média. Uma vez que, o local onde se encontra o *outlier* determina a severidade da sua influência sobre a estimação dos coeficientes de regressão, procedeu-se à remoção das observações *outliers* que se

encontravam nos limites do domínio das observações. Desta forma eliminaram-se 14 das observações efectuadas, se esta remoção não fosse efectuada os resultados obtidos através da regressão linear seriam inconsistentes (Maroco, 2003).

Por fim, procedeu-se ao estudo da multicolinearidade. Uma vez, que se verifica que nas situações em que as variáveis independentes consideradas estão fortemente correlacionadas entre si, condição denominada de multicolinearidade, a análise do modelo de regressão pode ser desprovida de significado.

Para efectuar o diagnóstico de multicolinearidade calculou-se o factor de inflação da variância, definido como *variance inflation factor* (VIF), e do grau de tolerância (T), cujos resultados são apresentados no quadro 40.

Os dados obtidos permitiram concluir, que as variáveis predictoras das variações observadas na perturbação de pós-stress traumático não estão fortemente correlacionadas entre si, ou seja não existe multicolinearidade.

Uma vez que os valores *VIF* são todos eles inferiores ao valor cinco (*VIF* preocupação ansiosa = 1.513; *VIF* actividades sociais = 1.028; *VIF* desânimo/fraqueza = 1.500) e os valores de tolerância se afastam do valor 0 (T preocupação ansiosa = 0.661; T actividades sociais = 0.973; T desânimo/fraqueza = 0.667).

Quadro 40 – Diagnóstico de multicolinearidade nas variáveis predictoras (N=69)

Objectivo	Método	Variável	T	VIF
Validação do Modelo de Regressão Linear	Diagnóstico de Multicolinearidade	Preocupação Ansiosa	.661	1.513
		Actividades Sociais	.973	1.028
		Desânimo Fraqueza	.667	1.500

Após a validação do conjunto de pressupostos que garantiram que os dados obtidos através do modelo de regressão linear podem ser utilizado com objectivos de estimação e de inferência. Procedeu-se à análise de regressão linear através do método *stepwise*, o que permitiu avaliar a importância das variáveis em estudo na determinação do nível de perturbação de pós-stress traumático.

Os resultados que se apresentam em baixo indicam a importância das estratégias de *coping*, da satisfação com o suporte social e do sentido de coerência na explicação da perturbação de pós-stress traumático (Quadro 41).

A análise de regressão múltipla, levada a efeito para identificar os preditores da perturbação de pós-stress traumático, permitiu apurar um modelo que inclui três das variáveis psicológicas consideradas.

Sendo que estas três variáveis independentes são conjuntamente responsáveis por aproximadamente 50% da variância nos resultados de perturbação de pós-stress traumático (*Adjusted R*² = 0.4999; *p* < 0.001).

Quando as variáveis preditoras; estratégia preocupação ansiosa, actividades sociais e estratégia de desânimo/fraqueza são consideradas, nenhuma das restantes variáveis em estudo – estratégia espírito de luta, estratégia evitamento cognitivo, estratégia fatalismo, satisfação com o suporte social, satisfação com as amizades, intimidade, satisfação com a família, sentido de coerência, capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento – é susceptível de introduzir qualquer variação significativa nos resultados relativos à perturbação de pós-stress traumático.

O modelo ajustado encontrado foi: $y = 9.117 + 9.245 x_1 - 1.102 x_2 + 8.286 x_3$, onde: *y* = perturbação de pós-stress traumático; *x*₁ = preocupação ansiosa; *x*₂ = actividades sociais; *x*₃ = desânimo/fraqueza.

Saliente-se, que através da análise dos valores beta standardizados, obtidos para cada uma das variáveis preditoras, se verificou que o melhor preditor é a variável preocupação ansiosa, seguida da variável actividades sociais e por último da variável desânimo/fraqueza.

Quadro 41 – Modelo para prever o nível de perturbação de pós-stress traumático: Regressão múltipla método *stepwise* (*N*=69)

<i>Adj. R</i> ²	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>df</i>	Variável independente	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig. t</i>
0.499	23.592	.000	3	Preocupação Ansiosa	0.371	3.518	.001
				Actividades Sociais	-0.282	-3.247	.002
				Desânimo Fraqueza	0.327	3.113	.003

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Introdução

A investigação que foi realizada e cujos resultados serão discutidos ao longo deste capítulo teve por objectivo primordial, estudar a perturbação de pós-stress traumático nas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Enquadrando-se a compreensão desta perturbação no contexto dos recursos internos e externos disponíveis, nomeadamente das estratégias de *coping*, da satisfação com o suporte social e do sentido de coerência.

Assim, os resultados empíricos apresentados no anterior capítulo vão ser de seguida analisados e discutidos à luz dos objectivos estabelecidos, tendo em consideração a revisão conceptual que foi levada a efeito.

Sintomas de Perturbação de Pós-Stress Traumático; Estratégias de *Coping*, Satisfação com o Suporte Social e Sentido de Coerência

Nas últimas décadas assistiu-se à diminuição da taxa de mortalidade devido a cancro da mama, muito embora a incidência desta patologia tenha aumentado (Costa, 2004). Concomitantemente ao facto de haver mais sobreviventes de cancro da mama, registam-se cada vez mais indivíduos que apresentam dificuldades no ajustamento psicológico e social à doença. Verificando-se que o diagnóstico, o tratamento, assim como, a recuperação e a sobrevivência envolvem stressores que determinam a elevada morbidade psicológica dos indivíduos a quem foi diagnosticado cancro da mama (Moyer, 2000).

Nomeadamente, a presença de distúrbios de ansiedade e depressivos (Cameron, Leventhal & Love, 1998; Compas e col., 1999; Dosik, Hoffman, Massie, Payne & Theodoulou, 1999; Williamson, 2000), modificações na imagem corporal

(Meyerowitz, 1980), alterações nas relações com os pares, amigos e família, assim como, sintomatologia característica da perturbação de pós-stress traumático (Cella & Tross, 1986; Alter e col., 1993; Andrykowski e col., 1995, Green e col., 1996; Tjemsland e col., 1996; Jacobsen e col., 1998, Khalid & Gul, 2000; Naidich & Motta, 2000).

Como se pode observar pela leitura dos resultados obtidos no presente estudo empírico, os sintomas de perturbação de pós-stress traumático mais relatados pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, são a reexperiência do evento traumático e a activação aumentada.

O reexperienciar do acontecimento traumático é o sintoma que caracteriza e distingue a perturbação de pós-stress traumático de outras patologias (*American Psychiatric Association*, 2000; Serra, 2003; Ventura, 1997).

Este sintoma refere-se, à sensação de estar a reviver o acontecimento pelo qual se passou, através de *flashbacks*, pesadelos e memórias intrusivas, que podem surgir sob a forma de imagens, pensamentos, sonhos ou percepções (Serra, 2003). A reexperiência do acontecimento traumático é vivida de forma extremamente penosa, podendo induzir medo e ansiedade, fazendo com que estas mulheres se sintam incapacitadas para lidar com as recordações que possuem da sua doença de forma adaptada, o que as impossibilita de investir no presente.

Este sintoma pode ser despertado por indícios externos evocadores do momento em que lhes foi diagnosticado o cancro da mama, assim como, evocadores das experiências vividas durante os tratamentos para o mesmo. Mas também pode ser desencadeado por pistas internas, que simbolizem ou se assemelhem a aspectos relacionados com o diagnóstico, tratamento ou reabilitação do cancro da mama.

No que concerne aos sintomas persistentes de aumento de activação, refira-se que estes são específicos das perturbações mediadas pela ansiedade. Caracterizando-se pela existência de dificuldades em adormecer ou em permanecer a dormir, pela irritabilidade, pelos acessos de cólera, pelas dificuldades de concentração, pela resposta de alarme exagerada, assim como, pela hipervigilância, nomeadamente no que se refere a manifestações corporais (Andrykowski e col., 1995; Cella & Tross, 1986; *American Psychiatric Association*, 2000).

Os dados obtidos nesta e noutras investigações indicam que, embora o número de mulheres que preenchem os critérios que permitem o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático seja diminuto, um número considerável de mulheres exhibe pelo menos um dos sintomas desta perturbação. Sendo que os sintomas mais exibidos pelos doentes com cancro da mama pressupõem a presença penosa e repetitiva de pensamentos e sonhos relacionados com a doença, nomeadamente náuseas e vômitos que ocorrem em resposta a lembranças do tratamento de quimioterapia (Kornblith e col., 1992) hiperactivação fisiológica persistente, dificuldades em adormecer, assim como, uma excessiva atenção para com as sensações físicas e alterações corporais,

associada ao medo e preocupação relativos às alterações corporais detectadas (Cella & Tross, 1986; Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995; Komblith, Andersons, Cella, Tross e col., 1990).

Resultados que indicam que o diagnóstico de cancro da mama é um acontecimento indutor de sintomatologia pós-traumática. Como acontecimento traumático que é, importa perceber de que forma as mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama respondem ao diagnóstico, nomeadamente que estratégias de *coping* adoptam nesta situação específica, qual a satisfação com os recursos externos de que dispõem e de que forma percebem o diagnóstico de cancro da mama como um acontecimento compreensível, flexível e com significado.

O *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que estão em permanente mudança e que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas, ou como estando para além dos recursos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

O diagnóstico de cancro da mama é um acontecimento que requer a adopção de estratégias de *coping*, de forma a lidar com os diferentes estádios da doença e com os desafios específicos inerentes à mesma.

As investigações realizadas entre doentes com cancro indicam que as estratégias de *coping* são um importante indicador de bem-estar emocional (Baer, Friedman, Lane, Nelson & Smith, 1988, 1991, 1994; Bliss, Gorman, Greer, Robertson, Rowden, Tunmore & Watson, 1991) e que estão associadas à sobrevivência na população com cancro da mama (Greer, Haybittle, Morris & Pettingale, 1985, 1990).

Com o intuito de determinar quais as respostas cognitivas e comportamentais que fazem parte do processo de ajustamento destas mulheres a esta situação particular, procedeu-se à determinação das estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama e que participaram no presente estudo.

Os dados encontrados indicam que as estratégias mais utilizadas são: as estratégias espírito de luta e fatalismo. Estratégias estas que permitem a adaptação à situação de forma completamente distinta, uma vez que a estratégia espírito de luta é considerada uma estratégia de *coping* focada na resolução do problema, enquanto a estratégia fatalismo é classificada como sendo uma estratégia de *coping* focada na emoção. Um dado a salientar é o facto de não existirem diferenças significativas entre a utilização destas duas estratégias, por parte das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

A estratégia espírito de luta está associada à tentativa de resolver o problema, sendo a doença encarada como um desafio que pode ser ultrapassado, havendo por parte das mulheres com cancro da mama a mobilização de esforços que visam responder às problemáticas relacionadas com a doença e com as suas consequências,

de forma realista (Weisman & Worden, 1977). Já na estratégia fatalismo a doença é perspectivada como uma ameaça menor, crença que decorre da aceitação da doença. Esta estratégia permite a redução da tensão gerada (Vinay, Esparbés-Pistre e Tap, 2000) pelo diagnóstico e tratamento do cancro da mama, facilitando o reequilíbrio emocional.

Os resultados obtidos vão ao encontro dos que foram obtidos por Carver, Clark, Harris, Ketcham, Moffat, Noriega, Pozo, Robinson e Scheier (1993), que verificaram que a estratégia mais utilizada pelas mulheres com cancro da mama é a aceitação. Tendo estes autores verificado ainda, que a estratégia aceitação se correlaciona negativamente com o *distress* emocional, o que indica que o recurso a esta estratégia permite à mulher com cancro da mama lidar com as repercussões emocionais decorrentes da mesma.

Os resultados encontrados no presente estudo indiciam que, muito embora as estratégias de *coping* possam ser perspectivadas como focadas na resolução do problema ou na emoção, elas não são mutuamente exclusivas (Rowland, 1989). Ambas têm como objectivo diminuir os efeitos negativos do acontecimento sobre o equilíbrio e bem-estar global, permitindo que a mulher alcance um novo equilíbrio com acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes (Canavarro, 2001).

A utilização em simultâneo de uma estratégia de *coping* focada na resolução do problema, mais especificamente o espírito de luta, e uma estratégia de *coping* focada na emoção, neste caso o fatalismo, possibilita à mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama lidar com os aspectos físicos do problema, estar alerta para a necessidade de procurar cuidados médicos aquando do surgimento de nova sintomatologia ou aquando da exacerbação da existente, ajuda-as a antecipar os stressores associados à doença, a mobilizar formas de resolução dos problemas associados a esta, assim como, a lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, o que permite a manutenção do stress em níveis toleráveis, manter a auto-estima (Kann, 1995), conservar as relações com pessoas significativas e ampliar as perspectivas de recuperação das funções corporais (Rowland, 1989).

Logo, as estratégias de *coping* não devem ser consideradas em si mesmas como adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, o ajustamento psicológico à doença oncológica deve ser entendido como um processo dinâmico, que implica a utilização de estratégias que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a situação, o que lhes possibilita, posteriormente, recorrer a estratégias que visam a resolução do problema.

No que concerne à satisfação, das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, com o suporte social, os resultados obtidos indicam que o tipo de suporte social com que as mulheres se mostram mais satisfeitas é aquele que lhes é prestado pelos familiares, logo seguido do suporte que lhes é fornecido pelos amigos.

Verificando-se, que apesar do diagnóstico de cancro da mama ser um momento de crise que implica a necessidade de reorganização e adaptação da mulher a uma nova realidade (Holland, 1999), o facto de se acreditar que os outros estão disponíveis para prestarem conforto emocional, assistência prática e informacional neste momento é benéfico. Particularmente quando este suporte é prestado por aqueles que são próximos das doentes (Pinheiro & Ferreira, 2002).

Atendendo aos resultados obtidos por Henderson, Davison, Pennebaker, Gatchel e Baum (2002), que verificaram que os parceiros sociais mais procurados pelos indivíduos para falar sobre o cancro, são a família, os amigos e os profissionais de saúde, pode-se considerar que as mulheres da amostra obtêm um suporte social satisfatório por parte daqueles que elas procuram para falar sobre a sua doença.

Um dos factores identificados como determinante para a mobilização das respostas perante situações extremas é o sentido de coerência. Este corresponde a uma disposição e forma vital de ver o mundo, acreditando que este é compreensível, flexível e que possui um significado (Antonovsky, 1998a). No que tange ao sentido de coerência das mulheres da amostra, os resultados obtidos permitem considerar que estas apresentam um razoável sentido de coerência.

Desta forma conclui-se, que apesar da aparente desordem na vida, motivada pelo diagnóstico de uma neoplasia mamária, as mulheres que participaram no presente estudo revelam, possuir a capacidade de recuperar a ordem uma vez que integram o diagnóstico de cancro da mama na sua experiência de vida (Nunes, 1999).

Em suma, os resultados indicam que as mulheres interpretam o diagnóstico de cancro como um acontecimento ordenado e com sentido. O que poderá facilitar a mobilização de recursos adequados aos acontecimentos com que estas se irão deparar ao longo do processo de tratamento e recuperação. Influenciando desta forma, os índices de mortalidade e morbidade entre as mulheres com cancro da mama. Uma vez que tem sido evidenciado por vários estudos empíricos a existência de uma relação entre o sentido de coerência, o bem-estar geral (Vilhena, 2005), a qualidade de vida, a percepção de controlo sobre a doença (Pasikowski, Sek & Scigala, 1994), os níveis de stress (Gotay, Isaacs & Pagano, 2004), assim como, a adesão às recomendações e prescrições médicas (Cohen & Kanter, 2004).

Desta forma, considera-se que o sentido de coerência é uma variável mediadora da percepção de controlo sobre a doença, constituindo-se como um factor

que permite a diminuição do sentimento de ameaça e stress vinculado a esta, facilitando a adaptação psicológica, assim como, a adopção de comportamentos que auxiliam a recuperação e a reabilitação.

No que tange aos componentes do sentido de coerência, verifica-se que aquele que apresenta uma maior representatividade entre as mulheres que participaram na investigação é a capacidade de investimento.

A capacidade de investimento refere-se à crença, que estas mulheres possuem, de que o investimento de energia e interesse na cura e recuperação da sua doença, se justifica do ponto de vista emocional e existencial (Antonovsky, 1998a). Uma vez que estas percebem que a sua doença é um desafio que merece ser ultrapassado, justificando a utilização dos recursos de que dispõem, de forma a ultrapassar a doença com dignidade (Antonovsky, 1998a; Nunes, 1999).

Da leitura do conjunto de resultados referentes à caracterização da sintomatologia pós-traumática, das estratégias de *coping*, das dimensões da satisfação com o suporte social, assim como, do sentido de coerência, destaca-se que as mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama revelam a presença de sintomatologia pós-traumática e que os sintomas mais frequente são a reexperiência do evento traumático e a activação aumentada. Para além de que, relatam estar satisfeitas com o suporte social que lhes é prestado pelos familiares e amigos. Tendo-se verificado ainda, que apresentam capacidades para investir na resolução da sua doença.

Relação entre Estratégias de *Coping*, Satisfação com o Suporte Social e Sentido de Coerência

Caracterizados que estão as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência nas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, cabe agora elevar a análise e discussão ao estudo das suas correlações. Uma vez, que uma das propostas em que se funda a presente investigação pressupõe a delimitação e compreensão das relações entre: estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social e sentido de coerência.

A análise conjunta dos dados obtidos indica que as mulheres que utilizam predominantemente a estratégia desânimo/fraqueza tendem a utilizar também a estratégia preocupação ansiosa, contudo não recorrem à estratégia espírito de luta. Verifica-se que são mulheres que estão pouco satisfeitas com o suporte social de que dispõem, nomeadamente no que diz respeito às amizades, ao grau de intimidade das suas relações e às actividades sociais que desenvolvem. No campo do sentido de coerência apresentado pelas mulheres que se caracterizam pelo recurso à estratégia

desânimo/fraqueza, constata-se que quanto maior o recurso a esta estratégia de *coping*, menor o sentido de coerência nos seus três componentes (capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento).

A estratégia desânimo/fraqueza é distinta pelo pessimismo e pela percepção de falta de controlo sobre a doença. Donde a mulher com cancro da mama que recorre a esta estratégia exhibe um comportamento que se caracteriza pela passividade em relação a todo o processo de recuperação e reabilitação da doença (Greer & Watson, 1987). Característica esta que é comum à estratégia preocupação ansiosa.

Para além da passividade, a estratégia preocupação ansiosa caracteriza-se pelo facto de a doente perceber a sua doença como uma ameaça à sua sobrevivência, o que a leva a interpretar as alterações fisiológicas como um sinal de agravamento ou recaída, da mesma forma toda a informação obtida sobre a doença e os tratamentos é interpretada de forma pessimista, daí que estas mulheres vivenciem um estado de ansiedade persistente (Greer & Watson, 1987, Greer, 1991).

A relação encontrada entre as estratégias desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa indica que quando o diagnóstico de cancro da mama é perspectivado como uma perda irreparável, induz a existência de ansiedade e pode-se considerar que esta pode determinar a ausência de estratégias que visem combater a doença de uma forma activa.

Dados que vão ao encontro dos pressupostos de Greer, Morris e Pettingale (1979) uma vez que estes autores advogam que estas estratégias estão associadas à interrupção das actividades diárias por preocupações relacionadas com o cancro e a morte iminente, o que leva a conduzir estas mulheres a apresentarem elevados níveis de *distress* emocional.

O que corrobora os resultados obtidos por Rowland (1989), Heim, Schaffner e Valach, (1997), assim como, Glimelius e Nordin (1998). Uma vez, que estes investigadores verificaram que as estratégias mais activas se revelam mais eficazes para a adaptação ao cancro do que as passivas.

Para além das repercussões emocionais, alguns estudos têm dado conta de que a estratégia desânimo/fraqueza e a estratégia preocupação ansiosa estão associadas a uma maior mortalidade e a um pior prognóstico (Greer, Morris & Pettingale, 1979; Greer, Haybittle, Morris & Pettingale, 1985; Greer, 1991; Watson, 1999).

Ainda relativamente à estratégia de *coping* desânimo/fraqueza refira-se que os dados obtidos no presente estudo indicam que quanto maior a utilização da estratégia desânimo/fraqueza menor o recurso à estratégia espírito de luta e menor o sentido de coerência. Sendo que a estratégia espírito de luta se caracteriza pela crença de que se tem controlo sobre a progressão da doença (Greer & Watson, 1987). Enquanto o sentido de coerência refere-se à crença de que o mundo é compreensível, flexível e

que possui um significado (Antonovsky, 1998a) constituindo-se como um determinante na forma e capacidade das mulheres lidarem com o diagnóstico de cancro da mama (Nunes, 1999). Resultados que vão ao encontro dos que foram obtidos por Compas e Osowiecki (1999). Pois, estes autores verificaram que existe uma correlação positiva entre o controlo percebido e o recurso a estratégias centradas na resolução do problema e que ambos estão associados a baixos níveis de ansiedade e depressão logo após o diagnóstico.

Um dado interessante a salientar é a relação inversa encontrada entre a utilização da estratégia desânimo/fraqueza e a satisfação com o suporte social, mais especificamente, a satisfação com as relações de intimidade e a satisfação com as actividades sociais desenvolvidas. Resultado que se coaduna ao modelo de *coping* adaptado à doença crónica, proposto por Leventhal, Maes e Ridder (1996). Segundo o qual, o comportamento de *coping* é determinado pela avaliação efectuada, pelos recursos internos, assim como, pelos recursos externos de que o doente dispõe.

No que respeita à estratégia de *coping* preocupação ansiosa verifica-se que esta se correlaciona positivamente com a estratégia evitamento cognitivo e negativamente com a estratégia espírito de luta e com o sentido de coerência.

Ou seja, do que é dado a observar, as mulheres da amostra que recorrem à estratégia preocupação ansiosa, recorrem também à estratégia evitamento cognitivo, mas utilizam menos a estratégia espírito de luta para lidar com as situações adversas decorrentes do diagnóstico, tratamento e recuperação do cancro da mama. Verifica-se ainda, que estas mulheres apresentam um menor sentido de coerência.

Dados que indicam, que tal como ocorre com a estratégia desânimo/fraqueza, também a estratégia preocupação ansiosa que é uma estratégia marcada pela percepção de incontrolabilidade sobre a doença e pelo não investimento em acções que objectivem a resolução das problemáticas inerentes à doença correlaciona-se negativamente com variáveis psicológicas que pressupõem a crença de que é possível alterar e determinar o curso da doença e de que as acções do próprio têm um papel decisivo sobre o processo de doença (Ogden, 1999).

A relação encontrada entre a estratégia preocupação ansiosa e a estratégia evitamento cognitivo indica que o bloqueamento, por parte da doente, de sentimentos e pensamentos sobre a doença, está associado a uma estratégia caracterizada pela ansiedade persistente. Investigações anteriores já haviam fornecido evidências sobre a relação positiva entre o evitamento e o *distress* emocional (Glimelius & Nordin, 1998).

No que concerne à estratégia espírito de luta os resultados obtidos indicam que, as mulheres cuja forma de lidar com o cancro da mama se caracteriza pelo recurso a esta estratégia de *coping*, recorrem igualmente à estratégia fatalismo, estão satisfeitas com o suporte social de que acreditam dispor e apresentam um sentido de coerência superior ao das mulheres que não utilizam a estratégia espírito de luta.

A relação entre a utilização da estratégia espírito de luta e a estratégia fatalismo indica que ao contrário do que é proposto por Greer, Morris e Pettingale (1979) o recurso à estratégia fatalismo não se traduz na aceitação passiva da doença. Os dados indicam antes que a aceitação da doença e a minimização do *distress* emocional decorrente da mesma (Carver, Clark, Harris, Ketcham, Moffat, Noriega, Pozo, Robinson e Scheier, 1993), permitem à mulher com cancro da mama encarar a sua doença como um desafio passível de ser ultrapassado, levando-a a desenvolver esforços com vista à resolução da mesma.

Dados que vão ao encontro dos obtidos por Carver, Clark, Harris, Ketcham, Moffat, Noriega, Pozo, Robinson e Scheier (1993) que verificaram que as mulheres com cancro da mama que aceitam a doença não negam a importância desta, tentando antes lidar com o problema de forma activa.

Relativamente à relação entre a estratégia espírito de luta e a satisfação com o suporte social saliente-se que, já num estudo anterior desenvolvido por Santos (2004) se verificou que o espírito de luta se relaciona com a utilização de padrões de suporte social interactivos.

Desta forma infere-se que as mulheres que têm uma atitude altamente optimista em relação à sua doença e que estão empenhadas em resolver a situação, activam os seus recursos sociais e estão satisfeitas com o apoio que lhes é prestado.

Contudo, refira-se que devemos, igualmente depreender que não será apenas a estratégia espírito de luta que influencia, por diferentes processos, a qualidade do apoio dado pelos outros mas, também, que o facto de a mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama sentir que pode contar com os que a circundam influencia a adopção desta estratégia em detrimento de outras (Krause, 1991; Leventhal, Maes & Ridder, 1996).

A relação encontrada entre a estratégia espírito de luta e o sentido de coerência indica que o sentido de coerência influencia as estratégias adoptadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Tal como, foi proposto por Nunes (1999), uma vez que este advogou que a resposta dada perante os diferentes acontecimentos de vida, depende da capacidade de mobilização dos componentes comportamentais, emocionais e cognitivos que compõem a mesma.

Os dados encontrados indicam que o facto de a mulher com cancro da mama perspectivar o diagnóstico da sua doença como um acontecimento que é compreensível, com significado e que ela pode alterar (Antonovsky, 1998a) induz a adopção de uma estratégia que permite a resolução das problemáticas inerentes ao diagnóstico de cancro da mama.

Relativamente à estratégia fatalismo, os dados indicam que esta se correlaciona positivamente com a satisfação com as relações de intimidade. Ou seja, as mulheres da

amostra que utilizam a estratégia fatalismo estão satisfeitas com o grau de intimidade das suas relações sociais.

O que indica que, saber que se pode contar com o apoio de outrem, que é merecedor de confiança e com que se pode partilhar as tarefas e responsabilidades permite às mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama utilizar os seus recursos psíquicos para ultrapassar as dificuldades inerentes à doença (Caplan, 1974), aumentando o sentimento de controlo sobre a situação (Cazals-Ferré, Llorca & Poussin, 2004), o que permite que a doença seja perspectivada como uma ameaça menor.

A análise da relação entre a satisfação com o suporte social, as estratégias de *coping* e o sentido de coerência revela que as mulheres que estão mais satisfeitas com o suporte social de que dispõem apresentam um sentido de coerência mais elevado, logo uma maior capacidade de compreensão, gestão e investimento perante as situações adversas decorrentes do diagnóstico do cancro da mama. Assim como, que as mulheres que estão satisfeitas com o suporte social que têm ao seu dispor, não lidam com as situações com desânimo/fraqueza, mas antes com espírito de luta.

Os resultados desta investigação corroboram os dados obtidos por Pais-Ribeiro (1998), assim como Chang, Chen e Deng (2001), que verificaram que o suporte social tem um impacto positivo nas manifestações psicológicas associadas à doença, nas crenças sobre a mesma e na controlabilidade desta, assim como, que o suporte social se correlaciona positivamente com as estratégias comportamentais utilizadas pelo indivíduo para fazer face à doença.

Resultados que permitem concluir que as mulheres que relatam ter um elevado suporte social, têm a capacidade de activar os seus recursos de forma a lidar com as dificuldades inerentes e decorrentes da doença e dos tratamentos para a mesma.

A relação entre suporte social e sentido de coerência já havia sido detectada por Pittman (1988), tendo o investigador verificado que o suporte social é um dos factores mais importantes na predição e explicação da variância no sentido de coerência.

Resultados semelhantes foram obtidos por Nunes (1999), tendo o autor concluído que o suporte social, tal como as ideologias e religiões, promovem no indivíduo um forte sentimento de pertença e de dedicação à sociedade, levando-o a considerar que pertence a um sistema de comunicação e de mútua obrigação, assim como, a crer que é considerado, amado, estimado e valorizado.

Os resultados obtidos nesta e noutras investigações indicam ainda, que o suporte social é um processo desenvolvimental e interactivo que se estabelece entre estas mulheres e o seu sistema de vínculos relacionais, que facilita a resolução dos vários problemas decorrentes da doença e que cria nas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama a sensação de que são compreendidas e aceites por quem lhes fornece suporte (Burlison, 1994).

Relativamente ao sentido de coerência verificou-se que este se correlaciona positivamente com a estratégia espírito de luta e negativamente com as estratégias desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo.

Resultado que vêm corroborar os dados obtidos nas investigações anteriores, cujos resultados deram conta da existência de correlações, estatisticamente significativas, entre as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo e o sentido de coerência do mesmo. Verificando-se que, quanto mais elevado o sentido de coerência do indivíduo mais este recorre a estratégias de *coping* orientadas para a acção e menos a estratégias de *coping* orientadas para a emoção (Jelonkiewicz & Kosinska-Dec, 1999).

O que indica que as mulheres com níveis superiores de sentido de coerência estão mais aptas a activar os seus recursos e a implementar estratégias de *coping* activas. Estratégias estas que se caracterizam por padrões comportamentais e cognitivos de confronto com a doença, espírito de luta e mesmo estoicismo e que vários estudos indicam estarem relacionadas com uma maior adaptação psicossocial, auto-estima elevada, satisfação com a vida, melhor qualidade de vida relacionada com a saúde e melhor adesão às indicações terapêuticas (Santos, 2004).

O sentido de coerência é tido por vários autores como uma variável relacionada com o significado atribuído à situação, na medida em que traduz a crença e o sentimento duradouro de que os acontecimentos são compreensíveis, desafiantes e passíveis de serem geridos (Antonovsky, 1998a). Desta forma, pode-se concluir que esta crença induz nas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama a percepção de que a sua doença poderá ser ultrapassada, levando-as a activar recursos que lhes permitem procurar resolver as dificuldades relacionadas com a doença e com os constrangimentos inerentes à mesma.

Os dados obtidos indicam ainda que, apesar de teoricamente distintos, os constructos sentido de coerência e estratégias de *coping* relacionam-se mutuamente.

Prevalência de Perturbação de Pós-Stress Traumático

Investigações realizadas recentemente confirmam a pertinência de avaliar o impacto do diagnóstico e tratamento do cancro, de acordo com a perspectiva da perturbação de pós-stress traumático (Alter e col., 1996; Andrykowski e col., 1998; Baidar & De-Nour, 1997; Cordova e col., 1995; Green e col., 1998; Jacobsen e col., 1998; Kelly e col., 1995; Naidich & Motta, 2000; Tjemslund e col., 1996).

Os resultados obtidos por vários investigadores sustentam empiricamente a posição adoptada, pela primeira vez na quarta edição do Manual de Diagnóstico e

Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association*, 1996), de que o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida é um acontecimento capaz de desencadear o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

Os investigadores, que estudaram o desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático após o diagnóstico de uma doença ameaçadora para a vida, mostraram que era possível detectá-la entre indivíduos que tiveram enfarte do miocárdio (Van Diel & Den Velde, 1995), que após uma cirurgia tiveram hemorragias graves (Shalev, Schreiber & Galai, 1993), que sofreram um acidente vascular cerebral (Cassidy & Lyons, 1992), queimaduras graves (Roca, Spence & Munster, 1992), que apresentam arritmia cardíaca (Hamner, Hunt, Gee, Garrell & Monroe, 1999), a quem foi detectada seropositividade ao vírus de imunodeficiência humana (Martinez, Israelski, Walker & Koopman, 2002), assim como, a quem foi diagnosticado cancro (Alter e col., 1996; Andrykowski e col., 1998; Baider & De-Nour, 1997; Cordova e col., 1995; Green e col., 1998; Jacobsen e col., 1998; Kelly e col., 1995; Naidich & Motta, 2000; Tjemslund e col., 1996).

Dada a inexistência de dados sobre a prevalência de perturbação de pós-stress traumático numa amostra de mulheres portuguesas a quem foi diagnosticado cancro da mama, um dos objectivos do presente foi efectuar essa análise.

Os resultados que foram obtidos permitem concluir que 25% ($n=21$) das mulheres que compunham a amostra preenchem os critérios que permitem o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático. Constatando-se ainda, que a diferença entre mulheres com e sem perturbação de pós-stress traumático é estatisticamente significativa.

Nesse sentido, os dados obtidos replicam as anteriores observações de diversos autores (Alter e col., 1993; Cordova e col., 1995; Green e col., 1996; Jacobsen e col., 1998; Khalid & Gul, 2000; Naidich & Motta, 2000; Tjemslund e col., 1996), uma vez que se confirma que o diagnóstico de cancro da mama é um evento capaz de desencadear, em alguns indivíduos, perturbação de pós-stress traumático.

Registe-se, a propósito da prevalência de perturbação de pós-stress traumático encontrada na presente investigação, que esta é claramente superior à que foi obtida noutras investigações.

Nomeadamente, em estudos que utilizaram o mesmo instrumento para avaliar a perturbação de pós-stress traumático. Como é o caso da investigação desenvolvida por Andrykowski e colaboradores (1998) onde os dados obtidos indicam que entre 5 a 6% das mulheres sobreviventes de cancro da mama têm perturbação de pós-stress traumático.

Resultados semelhantes foram obtidos por Cordova e colaboradores (1995), tendo os autores verificado que entre 6 a 11% da amostra do seu estudo, preenche os critérios que permitem o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático.

Dados similares foram obtidos em investigações nas quais se utilizaram outras medidas de avaliação da perturbação de pós-stress traumático que não aquela que foi utilizada no estudo empírico de que agora se discutem os resultados. Como aconteceu na investigação realizada por Andrykowski e colaboradores (1998), na qual se utilizou a *Structured Clinical Interview para o DSM-III-R nonpatient version PTSD module* desenvolvida por Spitzer e colaboradores (1990). Na qual os investigadores alcançaram resultados que indicam que é possível efectuar o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático a 6% das mulheres que compunham a amostra.

Contudo, também é possível encontrar investigações em que os níveis encontrados de perturbação de pós-stress traumático são mais elevados do que aqueles que foram obtidos na presente investigação empírica. É o caso da investigação desenvolvida por Naidich e Motta (2000), na qual para acederem aos níveis de perturbação de pós-stress traumático os autores utilizaram a *Clinician Administered PTSD Scale – Form I*, de Blake e colaboradores (1990), tendo os dados indicado que 32% das mulheres da amostra tinham perturbação de pós-stress traumático.

No que concerne; aos estudos efectuados com mulheres que ainda estão a efectuar tratamentos, os valores encontrados de perturbação de pós-stress traumático chegam a atingir os 55% (Khalid & Gul, 2000).

Estes dados, aparentemente paradoxais, encontram a sua explicação nas características da amostra e na forma como foi efectuada a recolha dos dados.

Uma vez que, a amostra da presente investigação foi composta quer por mulheres que já haviam terminado os tratamentos, assim como, por mulheres que ainda estavam a efectuar tratamentos para o cancro da mama; enquanto que a grande maioria das investigações nesta área foi efectuada com sobreviventes de cancro da mama. Este facto é relevante, na medida que várias investigações têm demonstrado que os índices de sintomatologia de perturbação de pós-stress traumático são mais elevados quanto mais perto do diagnóstico é efectuada a avaliação (Epping-Jordan, Compas & Howell, 1994; Deimling, Kahana & Schaefer, 2002).

Outra explicação, para o valor de prevalência de perturbação de pós-stress traumático encontrado ser superior ao que foi encontrado noutras investigações, prende-se com o facto de no presente estudo se ter utilizado uma medida de auto-preenchimento, enquanto que noutras investigações os indivíduos que compunham a amostra foram entrevistados. Investigadores como Leiderman-Cemiglia (2002) advogam que as medidas de auto-preenchimento podem conduzir a uma sobre-estimação do diagnóstico, uma vez que os entrevistados têm uma maior facilidade em distinguir o significado dos sintomas e o momento em que estes ocorreram.

Estratégias de *Coping*, Satisfação com o Suporte Social, Sentido de Coerência e Perturbação de Pós-Stress Traumático

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que, tal como ocorre com indivíduos expostos a outros agentes stressores, também no que concerne ao diagnóstico de cancro da mama, existem mulheres que após o diagnóstico não desenvolvem perturbação de pós-stress traumático.

O que indica que a forma como estas reagem ao diagnóstico de cancro da mama é variada e determinada por factores de natureza biológica, psicológica e social.

Um dos principais objectivos deste estudo foi determinar em que medida as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o sentido de coerência explicam as variações nos índices de perturbação de pós-stress traumático entre mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Para tal procedeu-se ao estudo da relação entre as diferentes variáveis.

Os dados encontrados indicam que a utilização das estratégias de *coping* desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, espírito de luta e evitamento por parte das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama influencia os níveis de perturbação de pós-stress traumático apresentados por estas.

Refira-se que entre as estratégias de *coping* que se verificaram estar relacionadas com o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático, aquela que apresentou uma relação mais fraca foi a estratégia evitamento.

No que tange à utilização da estratégia fatalismo não foi encontrado nenhum dado que indicasse a relação desta com o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático.

De acordo com os dados obtidos podemos considerar que a utilização de estratégias de *coping* orientadas para a resolução do problema, nomeadamente o espírito de luta, se correlaciona negativamente com o desenvolvimento de sintomatologia pós-traumática. Enquanto que a utilização de estratégias de *coping* orientadas para a emoção, mais especificamente o desânimo/fraqueza, a preocupação ansiosa e o evitamento, se correlaciona positivamente com o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático. Uma vez, que os resultados demonstram que as mulheres que utilizam predominantemente a estratégia espírito de luta para lidar com o diagnóstico e tratamentos ao cancro da mama não tendem a desenvolver perturbação de pós-stress traumático. Enquanto, as mulheres que utilizam primordialmente as estratégias desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa ou evitamento tendem a desenvolver esta perturbação.

Dados que corroboram os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Avitzur, Mikulincer e Solomon (1988), onde se encontrou uma relação negativa entre o

recurso a estratégias de *coping* orientadas para a resolução do problema e os níveis de perturbação de pós-stress traumático. Os autores deste estudo verificaram ainda a existência de uma relação positiva entre a gravidade da perturbação de pós-stress traumático e a utilização de estratégias orientadas para as emoções, num grupo de ex-combatentes.

Da mesma forma Bryant e Harvey (1995), assim como, Green, Hovanitz, Kemp e Rawlings (1995) obtiveram resultados que indicam a existência de uma correlação positiva entre a intensidade da perturbação de pós-stress traumático e a utilização de estratégias de *coping* orientadas para as emoções, como o evitamento, a culpabilidade e a responsabilização. Dados referentes a amostras de sobreviventes de acidentes de viação e mulheres vítimas de maus-tratos, respectivamente.

No mesmo sentido vão os dados encontrados por Blake, Cook e Keane (1992). Estes investigadores verificaram que os ex-combatentes com perturbação de pós-stress traumático, comparativamente com os que não apresentam perturbação de pós-stress traumático, utilizam mais estratégias orientadas para as emoções e menos estratégias orientadas para a resolução de problemas.

Relativamente aos estudos efectuados com doentes com cancro da mama, verifica-se que à semelhança dos resultados encontrados no presente estudo empírico, os dados indicam a existência de correlações positivas entre a utilização de estratégias orientadas para a emoção, como o evitamento cognitivo e a preocupação ansiosa, e os níveis de perturbação de pós-stress traumático relatados (Eckhardt, 1998; Leiderman-Cerniglia, 2002).

A relação encontrada entre a utilização de estratégias orientadas para a resolução dos problemas e perturbação de pós-stress traumático vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos efectuados com outro tipo de populações. Contudo, no que se refere ao estudo da relação da estratégia espírito de luta com a perturbação de pós-stress traumático entre a população oncológica verifica-se, que apenas no presente estudo foi encontrada uma correlação negativa e significativa desta estratégia de *coping* e os níveis de perturbação de pós-stress traumático. Uma vez que nem Eckhardt (1998), nem Leiderman-Cerniglia (2002) encontraram qualquer tipo de correlação. A inconsistência nos resultados encontrados pode dever-se a questões de carácter cultural e metodológico.

As questões culturais remetem para o facto de os estudos conduzidos por Eckhardt (1998) e Leiderman-Cerniglia (2002) terem sido realizados nos Estados Unidos da América com amostras desse mesmo país, enquanto que a presente investigação foi realizada em Portugal tendo a amostra sido recolhida neste mesmo país. O facto de as amostras serem oriundas de países distintos, poderá influenciar as estratégias de *coping* usadas e a influência destas na morbilidade psicológica após o diagnóstico de cancro. Seria pertinente, a realização de uma investigação, que

considerasse e comparasse diferentes países, uma vez que é possível que factores culturais, nomeadamente crenças e valores, possam determinar diferenças na avaliação da situação indutora de stress, na adopção de determinadas estratégias de *coping* em detrimento de outras, assim como, na eficácia das mesmas (Colten & Gore, 1991).

No que concerne às questões metodológicas explicativas das diferenças nos resultados encontrados, refira-se que no estudo efectuado por Leiderman-Cemiglia (2002) foi utilizado um instrumento para avaliar o *coping* diferente do que foi utilizado no presente estudo. No que concerne ao estudo desenvolvido por Eckhardt (1998), embora tenha sido utilizado o mesmo instrumento que foi empregue no presente estudo para avaliar as estratégias de *coping* utilizadas, os itens que remetem para a estratégia espírito de luta na versão utilizada por esta investigadora são distintos dos que compõem a estratégia espírito de luta na versão portuguesa empregue na presente investigação.

Ainda relativamente aos dados relativos à estratégia espírito de luta e à relação desta com os níveis de *distress* psicológico encontrados entre os doentes com cancro, saliente-se que vários estudos têm dado conta que a estratégia espírito de luta está relacionada com níveis inferiores de depressão, ansiedade, assim como, com menos sentimentos de culpa e hostilidade (Burgess, Morris & Pettingale, 1987; Bliss, Gorman, Greer, Watson, Robertson, Rowden & Tummore, 1991). Tendo o presente estudo contribuído para a identificação de mais uma psicopatologia que é minimizada pelo recurso à estratégia espírito de luta pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Para além de estar associada a uma menor morbilidade psicológica, a estratégia espírito de luta têm revelado estar associada a índices de sobrevivência e a um melhor prognóstico da doença oncológica (Burgess, Morris & Pettingale, 1987; Bliss, Gorman, Greer, Watson, Robertson, Rowden & Tummore, 1991).

O estudo da relação entre a satisfação com o suporte social, assim como, das suas diferentes dimensões, e os níveis de perturbação de pós-stress traumático relatados por mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, permitiu verificar que as mulheres que compunham a amostra que relataram uma maior satisfação com o suporte social apresentaram níveis mais baixos de perturbação de pós-stress traumático.

Ao determinar-se que dimensões da satisfação com o suporte social contribuíram para a existência de uma correlação negativa entre esta e os níveis de satisfação com o suporte social, constatou-se que apenas a satisfação com as amizades e a satisfação com as actividades sociais apresentaram uma relação significativa com os níveis de perturbação de pós-stress traumático, sendo direcção desta correlação negativa. Desta forma, quanto maior a satisfação com as amizades e com as actividades sociais desenvolvidas, menor o nível de perturbação de pós-stress

traumático apresentado por mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Refira-se que não foi encontrada qualquer relação entre as dimensões intimidade e satisfação com a família e os níveis de perturbação de pós-stress traumático.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos noutras populações, nomeadamente, mulheres vitimas de violência física (Kemp, Gren, Hovanitz & Rawling, 1995), prisioneiros de guerra (Dekel, Neria & Solomon, 1998) e ex-combatentes (Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; Fontana, Rosenheck & Horvath, 1997). Também entre a população com cancro foram encontrados resultados que demonstram que o suporte social se correlaciona negativamente com a gravidade da sintomatologia pós-traumática (Andrykowski & Cordova, 1998; Butler, Koopman, Classen & Spiegel, 1999; Andrykoski, Cordova, McGrath, Sloan & Kenady, 2000; Widows, Jacobsen & Fields, 2000; Leiderman-Cerniglia, 2002).

Os dados encontrados nesta e noutras investigações indicam que a satisfação com o suporte social recebido é um factor que medeia o impacto negativo dos acontecimentos traumáticos, no bem-estar das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

No que tange ao estudo da relação dos níveis de sentido de coerência e perturbação de pós-stress traumático, os resultados alcançados indicam que quanto maior o sentido de coerência, a capacidade de compreensão, a capacidade de gestão e a capacidade de investimento menor o nível de perturbação de pós-stress traumático relatado pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Dados que corroboram os resultados obtidos por Frommberger (*undated*) num estudo com vítimas de acidentes de viação e que dão conta da existência de uma correlação negativa entre sentido de coerência e perturbação de pós-stress traumático.

Muito embora seja reduzido o número de trabalhos que tenham focado a influência do sentido de coerência na perturbação de pós-stress traumático vários estudos empíricos têm demonstrado o efeito benéfico que o sentido de coerência exerce no bem-estar geral, assim como, na saúde física e psíquica dos sujeitos, revelando a sua acção moderadora no desenvolvimento de distúrbios de ansiedade (Amirkhan & Greaves, 2003; Vilhena, 2005), indicando que o sentido de coerência está associado a uma menor vulnerabilidade psicológica.

Relativamente aos estudos efectuados entre doentes com cancro da mama, os dados têm demonstrado que o sentido de coerência determina a adaptação dos doentes à sua doença, nomeadamente no que se refere aos níveis de *distress* emocional (Curtis, 2001), depressão (Gotay, Isaacs & Pagano, 2004) e qualidade de vida (Post-White, 1998; Thorne & Hallbeg, 2004).

Os resultados obtidos no estudo empírico cujos resultados agora se discutem permitem concluir que o facto de o mundo ser perspectivado como compreensível, flexível e com significado, promove a adaptação das mulheres a quem foi diagnosticado

cancro da mama às contingências da doença, logo à exibição por parte destas de níveis inferiores de perturbação de pós-stress traumático.

Variáveis Demográficas, Variáveis Clínicas e Perturbação de Pós-Stress Traumático

Para além das variáveis psicológicas estudou-se a relação entre os níveis de perturbação de pós-stress traumático e variáveis demográficas, como a idade, a escolaridade, o estado civil e o número de filhos.

Os resultados obtidos indicam que a idade, a escolaridade e o estado civil das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama não influenciam os níveis de perturbação de pós-stress traumático exibidos por estas mulheres.

Muito embora estudos anteriores tenham chegado a conclusões diferentes.

Nomeadamente, os estudos efectuados por Green e colaboradores (1998), assim como, Eckardt (1999). Uma vez, que estes autores verificaram que os índices de perturbação de pós-stress traumático eram tanto menores quanto maior a idade da mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Também Andrykowski e Córdova (1998) obtiveram resultados diferentes daqueles que foram alcançados no presente estudo, no que concerne ao nível educacional. Pois estes autores encontraram uma relação inversa entre o nível educacional dos doentes com cancro e os índices de perturbação de pós-stress traumático.

Muito embora não se tenha encontrado a existência de uma correlação entre perturbação de pós-stress traumático, idade, escolaridade e estado civil. Detectou-se a existência de uma correlação negativa entre o número de filhos e a perturbação de pós-stress traumático. Ou seja, os dados obtidos indicam que quanto maior número de filhos menor o nível de perturbação de pós-stress traumático relatado. Este dado pode dever-se ao facto de as mulheres com filhos terem de cuidar dos seus filhos e supervisionarem as actividades destes, funcionando este fenómeno como uma actividade de distracção.

Ao estudar-se a relação das variáveis clínicas com a perturbação de pós-stress traumático verificou-se, que não existem diferenças significativas nos níveis de perturbação de pós-stress traumático quando se compararam mulheres que fizeram mastectomia radical com mulheres que efectuaram mastectomia conservadora.

Estes resultados corroboram os dados obtidos nos estudos desenvolvidos por Jacobsen e colaboradores (1998), Mundy e colaboradores (2000), assim como, Roper (2000). Pois estes autores obtiveram resultados que indicam que a prevalência de

perturbação de pós-stress traumático não parece depender, muito significativamente, do tratamento médico efectuado. Quer quando se comparam mulheres que efectuaram tratamentos convencionais com aquelas que efectuaram tratamentos considerados mais agressivos e incomuns, como o *autologous bone marrow transplant* (Mundy e col., 2000). Quer quando se comparam mulheres que efectuaram diferentes tipos de cirurgia (Jacobsen e col., 1998; Roper, 2000).

Relativamente ao tempo decorrido desde que foi efectuado o diagnóstico, assim como, ao estatuto clínico das mulheres com cancro da mama, os dados obtidos indicam que estas variáveis não se relacionam com os índices de perturbação de pós-stress traumático. Uma vez que não foi encontrada nenhuma relação entre a perturbação de pós-stress traumático e o tempo decorrido desde que foi efectuado o diagnóstico, assim como, não se encontraram diferenças significativas nos níveis de perturbação de pós-stress traumático quando se compararam as mulheres que já haviam terminado os tratamentos com as mulheres que ainda estavam a efectuar tratamentos para o cancro da mama.

Refira-se contudo, que os resultados obtidos, num estudo desenvolvido por Deimling, Kahana, Bowman e Schaefer (2002) indicam que quanto mais tempo decorre, menores são os níveis de sintomatologia pós-traumática. Dados que não corroboram os obtidos no presente estudo. No entanto, esta discrepância nos resultados pode dever-se ao facto de no estudo Deimling, Kahana, Bowman e Schaefer (2002) os resultados se referirem à diminuição de sintomatologia entre indivíduos que têm perturbação de pós-stress traumático. Enquanto, que na presente investigação foram considerados indivíduos com e sem perturbação de pós-stress traumático.

Variáveis Psicológicas Predictoras de Perturbação de Pós-Stress Traumático

O último passo do presente estudo foi encontrar um modelo explicativo dos índices de perturbação de pós-stress traumático, o modelo encontrado inclui três das variáveis estudadas, a estratégia preocupação ansiosa, as actividades sociais e a estratégia desânimo/fraqueza, que explicam aproximadamente 50% da variância observada nos níveis de perturbação de pós-stress traumático.

Saliente-se, que entre estas variáveis aquela que se revelou o melhor predictor dos níveis de perturbação de pós-stress traumático foi a estratégia preocupação ansiosa.

A análise das relações destas variáveis com os níveis de perturbação de pós-stress traumático permite observar que, as estratégias preocupação ansiosa e

desânimo/fraqueza relacionam-se positivamente com a perturbação de pós-stress traumático. Dados que indicam que a utilização destas estratégias, por parte das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama, constitui-se como uma factor que está associado a uma menor adaptação ao diagnóstico do cancro e a uma maior morbidade psicológica. Refira-se que de acordo com Greer e Watson (1987), assim como, Moorey e Greer (1989) tanto a estratégia desânimo/fraqueza como a estratégia preocupação ansiosa se caracterizam pela ausência de comportamentos que visem combater a doença de forma activa e ambas são geradoras de mais stress.

Atendendo aos resultados obtidos, importa referir os pressupostos de Kann (1995). Segundo este autor o *coping* mal adaptativo, prende-se com situações em que o tratamento essencial não é seguido pelo paciente ou não é concretizável devido ao estado emocional deste; a estratégia de *coping* é geradora de mais stress que a própria doença; impedindo a realização de actividades de vida diária ou conduzindo ao abandono dos recursos habituais de gratificação pessoal; amplifica os sintomas psíquicos perdendo o papel de alerta, podendo mesmo originar sintomas físicos que tornam difícil o diagnóstico diferencial entre estes e os da doença propriamente dita.

Já a relação entre actividades sociais e perturbação de pós-stress traumático é negativa. Este facto vai ao encontro do referido na literatura, uma vez que vários autores advogam que o bem-estar psicológico dos indivíduos aumenta proporcionalmente com o aumento no grau de satisfação quanto à concretização dos seus projectos pessoais (Sarason, 1988; Emmons, 1992, cit. por Santos, 2000).

O que indica que as actividades sociais ajudam as mulheres com cancro da mama a lidar com os efeitos negativos do diagnóstico de cancro da mama. Refira-se, contudo que as actividades sociais se inserem no contexto intencional e específico de situações concretas, presumindo-se que estas variem em função das circunstâncias de vida.

A relação encontrada entre a satisfação com as actividades sociais desenvolvidas e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático pode ser explicada por características inerentes a todas as actividades sociais, nomeadamente, o facto de os comportamentos desenvolvidos nas actividades sociais serem livremente escolhidos e directamente controlados pelo indivíduo, para além de que associado às actividades sociais temos a crença de que estas são um direito, são merecidas e representam uma oportunidade para a auto-expressão. Outro fenómeno associado à dimensão actividades sociais, é o facto de estas permitirem e fomentarem as relações de amizade e companheirismo. Não menos importante é o facto de a participação em actividades sociais prazerosas permitir às mulheres com cancro da mama evitarem, tanto cognitivamente como comportamentalmente, situações desagradáveis.

Implicações e Outras Considerações Conclusivas

Pretende-se neste último subcapítulo tecer algumas considerações conclusivas, assim como, retirar algumas implicações decorrentes dos resultados obtidos na investigação efectuada.

Embora este estudo tenha um carácter exploratório, os resultados encontrados são consistentes com as referências teóricas e empíricas versadas na revisão de literatura, assim como, confirmam que tal como indicado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*American Psychiatric Association, 1996*) o diagnóstico de cancro da mama é um acontecimento capaz de desencadear o desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático.

A perturbação de pós-stress traumático é uma circunstância de risco para as mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. No presente estudo encontraram-se evidências empíricas que permitem afirmá-lo, bem como elementos que permitem compreender que assim seja.

Muito embora existam geralmente as condições suficientes para que as mulheres que passam pelo diagnóstico de cancro da mama não venham a desenvolver perturbação de pós-stress traumático, esta perturbação mostrou ser frequente o suficiente para que seja geradora de sofrimento.

Confrontados com a variabilidade humana, é razoável especular-se sobre a contribuição etiológica, directa ou indirecta, para determinadas patologias. A constatação efectiva, da existência de uma relação entre variáveis psicológicas e o desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático, contribui para a identificação dos indivíduos que integram o grupo de risco. A identificação das características psicológicas associadas ao desenvolvimento de perturbação de pós-stress traumático, assume desta forma um papel profilático. Uma vez, que permite identificar os indivíduos em risco e que como tal, podem ser alvo de acções de prevenção ou intervenção, com vista à minimização das repercussões negativas do diagnóstico de cancro da mama.

REFERÊNCIAS

- Alferi, S., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S. & Durán, R. (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* (1), 41-46.
- Alter, C., Pelcovitz, D. Axelrod (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics, 37*, 137-143.
- American Psychiatric Association (1983). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (3ª ed. Revista).
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed. Revisão de Texto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amir, M., Benjamin, J., Efroni, R., Kaplan, Z., Kotler, M. & Levine, Y. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder patients. *Personality and Individual Differences, 23* (3), 399-405.
- Andrade, T. (2000). *Escutar o mar dentro da concha: Descritores do funcionamento psicossomático oncológico*. Tese de mestrado em Psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Andrykowski, M. & Cordova, M. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress, 11* (2), 189-203.
- Andrykowski, M., Cordova, M., McGrath, P., Sloan, D. & Kenady, D. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A 1-year follow-up. *Psycho-Oncology, 9* (1), 69-78.
- Andrykowski, Cordova, Hann, Jacobsen, Studts (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress, 13*, (2), 301-319.

-
- Angell, K.; Classen, C.; Koopman, C. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15 (6), 434-437.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- Antonovsky, A. (1998a). The sense of coherence: An historical and future perspective. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resilience* (pp. 3-20). London: Sage Publications.
- Antonovsky, A. (1998b). The structure and properties of the sense of coherence scale. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resilience* (pp. 21-40). London: Sage Publications.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.). *Individual differences: Personality and stress* (pp: 67-104). New York: Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1993a). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Society of Scientific Medicine*, 36, (6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1993b). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Society of Scientific Medicine*, 37, (8), 969-981.
- Aspinwall, L. & Taylor, S. (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, 989-1003.
- Baider, L. Perry, S., Sison, A. & Holland, J. (1997). The role of psychological variables in a group of melanoma patients. *Psychosomatics*, 38, 45-53.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change, *Psychology Review*, 84, 191-215.
- Bard, M. & Sutherland, A.M. (1955). Psychological impact of cancer and its treatment: IV. Adaptation to radical mastectomy. *Cancer*, 8, (4), 656-672.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*, Basic Books, Inc., New York.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berkman, L. (s.d). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality.
- Billings, A. & Moss, R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
-

-
- Birdwell, C. (2003). The relationship between sense of coherence and depression in hospitalized patients. [CD-ROM]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (5-B): 2378. Abstract from: Silver Plater File: PsycINFO item: 0419-4217.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.
- Blank, A. (1994). Clinical detection, diagnosis and differential diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 351-383.
- Bliss, J.; Gorman, C.; Greer, S.; Robertson, B.; Rowden, L.; Tunmore, R. & Watson, M. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer, depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accomodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 1329-1338.
- Bloom, J. R., Brandt, U., Cook, M. R., Flamer, D., Folopoulos, S., Gates, C., Holland, J. C., Muenz, L. R., Murawski, B., Pee, D., Penman, D. T. & Roos, R. (1986). The impact of mastectomy on self-concept and social function: A combined cross-sectional and longitudinal study with comparasion groups. *Women and Health*, 11 (3/4), 101-130.
- Botelho, T. (2003). *Avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Boyer, B., Bubel, D., Jacobs, S., Knolls, M., Harwell, V., Goscicka, M. & Keegan, A. (2002). Posttraumatic stress in women with breast cancer and their daughters. *American Journal of Family Therapy*, 30 (4), 323-338.
- Bransfield, D. (1982). Breast cancer and sexual functioning: A review f literature and implications for future research. *International Journal of Psychiatric in Medicine*, 12, 197-211.
- Bremner, J. & Southwick, S. (1993). Child psysical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatric*, 150, 235-239.
- Breslau, N. & Davis, G. (1992). Posttraumatic stress disorder in a urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 145, 671-675.
- Bryant, R. & Harvey, A. (1995). Avoidant coping style and Post-Traumatic Stress following motor vehicle accidents. *Behavioral Research Therapy*, 33, 631-635.
- Burgess, C. Morris, T. & Pettingale, K. (1988). Psychological response to cancer diagnosis II – Evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 253-262.
-

-
- Burleson, B., Albrecht, T. & Sarason, I. (1994). *Communication of social support – Messages, terctions, relationships and community*. London: Sage Publications.
- Bumam, M., Stein, J., Golding, J., Sorenson, S., Forsythe, A. & Telles, C. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 843-850.
- Butler, Rizzi & Handwerker (1996). Brief report: The assessment of PTSD in pediatric cancer patients and survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 499-504.
- Butler, Koopman, Classen & Spiegel (1999). Traumatic stress, life events and emotional support in women with metastasic breast cancer: Cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18 (6), 555-560.
- Caap-Ahlgren, M. & Dehlin, O. (2004). Sense of coherence is a sensitive measure for changes in subjects with Parkinson's disease during 1 year [Abstract]. *Scand J Caring Sci*, 18 (2), 154-159. Retrieved January 20, 2005 from PubMed database.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. IN M. Canavarro (Org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cannon, W.B. (1939). *The wisdom of the body*. New York: Nordon.
- Carlson, J., Lewis, J. & Sperry, L. (1993). *Health counselig*. Pacific Grove, C. A.: Brooks/Cole Publishing Company.
- Carver, C., Clark, K., Harris, S., Ketcham, A., Moffat, F., Noriega, V., Pozo, C., Robinson, D. & Scheier, M. (1993). How coping mediates the effect of otimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 375-390.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Pozo, C. (1991). Conceptualising the process of coping with health problems. In H.S. Friedman (Ed.). *Hostility, coping and health* (pp.167-187). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cederfjall, C., Langius-Eklof, A., Lindman, K. & Wredling, R. (2002). Self-reported adherence to antiretroviral treatment and degree of sense of coherence in a group of HIV-infected patients [Abstract]. *AIDS Patient Care STDS*, 16 (12), 609-616. Retrieved June 6, 2004, from PsycINFO.
- Cella, D. & Holland, J. (1990). Psychological sequelae in cancer survivors. Holland, J. C. & Rowland, J. D. (Eds.). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford Univeristy Press.
- Cella, D. & Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 616-622.
-

-
- Chang, H. K.; Chen, M. L. & Deng, S. L. (2001). A comparison of the health locus of control and perceived social support between cancer and AIDS patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (1); 92-98.
- Coe, R., Romeis, J. & Hall, M. (1998). Sense of coherence and survival in the chronically ill elderly. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resilience* (pp. 265-275). London: Sage Publications.
- Coelho, M. & Pais-Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia Saúde e Doenças*, 1 (1), 73-87.
- Cohen, M. & Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes [Abstract]. *Behavioral Medicine*, 29 (4), 175-183. Retrieved January 20, 2005 from PubMed database.
- Compas, B. & Osowiecki, D. (1999). A prospective study of coping, perceived control and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 169-180.
- Conway, T. & Wortman, C. (s.d.). The Role of social support in adaptation and recovery from physical illness.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C. & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20 (3), 176-185.
- Costa, L. (2004). *O cancro também pode morrer*. Porto: Ambar
- Coyne, J. (1997). Commentaries on the utility of systems models of stress and coping for applied research: The case of cancer adaptation by Mark R. Somerfield. *Journal of Health Psychology*, 2 (2), 153-172.
- Curtis, R. (2001). *Coping with prostate cancer: The effects of family strength, sense of coherence and spiritual resources* (Doctoral dissertation, University of North Carolina, 2001). Dissertation Abstracts International, 61, 3837.
- Daly, M.; Lerman, C.; Miller, S.; Rimer, B.; Sands, C. & Schwartz, M. (1996). A randomized trial of breast cancer risk counseling: Interacting effects of counseling, educational level and coping style. *Health Psychology*, 15 (2), 75-83.
- Dean, C. (1987). Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and type of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 277-283.
- Deep, C. & Leal, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. *Actas do 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Deimling G., Kahan, B., Bowman, K. & Schaefer, M. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, 11 (6), 479-494.
-

-
- Derogatis, L. & Spencer, P. (1982). *The brief symptom inventory: Administration, scoring and procedures manual – I*. MD: Clinical Psychometric Research.
- Dias, M. (2002). Cancro da mama: a (contra) informação dos mass media?. In M. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S. & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*, (2), 79-87.
- Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., Mcpherson, L., Owen, N. et al. (2005). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*. Manuscript under editorial review. Retrieved June 25, 2005 from <http://www.interscience.wiley.com>
- Eckhardt, J. (1998). *Coping style and symptoms of post traumatic stress disorder among women with primary breast cancer (Doctoral dissertation, California University, 1998)*. Dissertation Abstracts International, 10-B.
- Eckenrode, J. & Gore, S. (1981). Stressful events and social supports: The significance of context. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Endler, N. & Parker, J. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment, 6*, (1), 50-60.
- Engdhl, B., Dikel, T., Eberly, R. & Blank, A. (1997). Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: A normative response to severe trauma. *American Journal of Psychiatry, 154*, (11), 1576-1581.
- Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt, Primo & Krag (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Process of emotional distress. *Health Psychology, 18*, (4), 315-326.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga.
- Fraczek, A. & Zwolinski, M. (1999). Some childhood predictors of the sense of coherence (SOC) in young adults. A follow-up study. *Polish Psychological Bulletin, 30* (4), 263-270.
- Fugslang, A., Moergeli, H., Hepp-Beg, S. & Schnyder, U. (2002). Who develops acute stress disorder after accidental injuries? [CD-ROM]. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71* (4), 214-222. Abstract from: Silver Plater File: PsycINFO item: 0033-3190.
- Funch, D. P. & Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast cancer. *Social Science and Medicine, 16*, 91-98.
- Geada, M. (1997). Experiências de vinculação afectiva aos pais e companheiros e aptidões de coping em heroíno dependentes e num grupo de controlo. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 251-258.
-

-
- Gold, P., Engdahl, B., Eberly, R., Blake, R., Page, W. & Frueh, B. (2000). Trauma exposure, resilience, social support and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (1), 36-42.
- Gore, S. (s.d.). Social support and styles of coping with stress.
- Gotay, C. Isaacs, P. & Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors [Abstract]. *Psycho-Oncology*, 13 (12), 882-892. Retrieved January 20, 2005 from PubMed database.
- Green, B., Hovanitz, C., Kemp, A. & Rawlings, E. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Schelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (1), 43-55.
- Green, S. & Moorey, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Green, B., Grace, M., Lindy, J., Gleser, G. & Leonard, A. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, (6), 729-733.
- Green, B., Rowland, J., Krupnick, J., Epstein, S., Stockton, P, Stern, N., Spertus, I. & Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39 (2), 102-111.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, i, 785-787.
- Greer, S., Moorey, S. & Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer. Scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, (3), 373-377.
- Greer, S. & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 439-453.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Guterres, M. C. (2001). *Estudo do suporte social e da qualidade de vida em doentes mentais crónicos a viverem em comunidade*, Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Hall, A. & Fallowfield, L. (1989). Psychological outcome of treatment for early breast cancer: A review. *Stress and Illness*, 5, 167-175.
- Hamner, M., Hunt, N., Gee, J., Garrell, R. & Monroe, R. (1999). PTSD and automatic implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics*, 40 (1), 82-85.
- Hampton, M. & Frombach, I. (2000). Womens experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Women International*, 21 (1), 67-76.
-

-
- Hobfoll, S. & Stephens, M. (1990). Social support during extreme stress: Consequences and intervention. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.) *Social support: An interactional view* (pp. 465-478). New York: John Wiley & Sons.
- Hobfoll, S.E., Banerjee, P. & Britton, P. (1994). Stress resistance resources and health: A conceptual analysis. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnson (Eds.), *International Review of Health Psychology, Vol. 3* (pp.37-63). Chichester: John Wiley & Sons.
- Hobfoll, S. & Vaux (1993). Social support: Social resources and social context. In L. Goldberger e S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 685-705). New York: Free Press.
- Holahan, C. & Moos, R. (1985). Life stress and health: Personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 739-747.
- Holland, J. C. (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology, NCCN Proceedings*, May, 113-147.
- Holland, J. C. & Jacobs, E. (1986). Psychiatric sequelae following surgical treatment of breast cancer. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 15, 109-123.
- Holland, J.C. & Mastrovito, R. (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46, (4), 1045-1052.
- Holland, J.C., Moss, R.H. & Schaefer, J.A. (1996). Coping, stress, resistance and growth: Conceptualising adaptative functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (pp.24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Horsburgh, M. (2000). Salutogenesis: Origins of health and sense of coherence. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and health implications for nursing, research, theory and practice* (pp.175-194). London: Sage Publications.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. London: Jason Aronson.
- Hughes, J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, (2), 277-283.
- Jacobsen, P., Widows, M., Hann, D., Andrykowski, M., Kronish, L. & Fields, K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 366-371.
- Jamison, K. R., Wellisch, D. K. & Pasnau, R. O. (1978). Psychological aspects of mastectomy: The woman's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135 (4), 432-436.
- Jelonkiewicz, I. & Kosinska-Dec, K. (1999). On relations between the sense of coherence (SOC) and coping styles in senior adolescents. *Polish Psychological Bulletin*, 30 (4), 281-290.
-

-
- Kann, A.M. (1995). Coping with fear and grieving. In I.M. Lubkin. *Chronic Illness: Impact and interventions* (pp.241-260). Reino Unido
- Kahn, R. (1979). Ageing and social support. *Medical Care*, 15, 47-58.
- Kahn, S., Kobasa, S. & Maddi, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kangas, M. Henry, J. & Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22 (4), 499-524.
- Kattainen, E., Merilainen, P. & Sintonen, H. (2005). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty [Abstract]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 9. Retrieved September 20, 2005 from PubMed database.
- Khalid, R. & Gul, A. (2000). Posttraumatic stress disorder like symptoms in breast cancer patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26 (1-2), 47-55.
- Kiebert, G., Haes, J. & Van de Velde (1991). The impact of breast-serving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patientes: A review. *Journal of Clinical Oncology*, 9 (6), 1059-1070.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressfull life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 707-717.
- 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, 101-111.
- Kosinska-Dec, K. & Jelonkiewicz, I. (1999). Sense of coherence (SOC) and alcohol drinking in secondary school graduates. *Polish Psychological Bulletin*, 30 (4), 303-309.
- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it: Patients experiences. *Cancer Nursing*, 14, (5), 240-245.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leiderman-Cemiglia, L. (2002). *Psychological factors associated with resistance to PTSD symptoms in women with breast cancer (Doctoral dissertation, Hofstra University, 2001)*. Dissertation Abstracts International, 62, 10-B.
- Leventhal, H., Maes, S. & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
-

- Lewis, J., Manne, S., DuHamel, K., Vicksburg, S., Bovbjerg, D., Currie, V., Winkel, G. & Redd, W. (2001). Social support, intrusive thoughts and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (3), 231-245.
- Lindfors, P., Lundberg, O. & Lundberg, U. (2005). Sense of coherence and biomarkers of health in 43-year-old women [Abstract]. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (2), 98-102. Retrieved June 2, 2005, from PsycINFO.
- Lopes, H. (2004). *Qualidade de vida, respostas emocionais e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico e da mama: Um estudo comparativo*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Maes, S., Leventhal, H. & Ridder, D, T. (1996). *Coping with chronic diseases*. In M. Zeider & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (221-321).
- McGray, N.D. (1997). Questões psicossociais e da qualidade de vida. In Shirley & Otto (Eds.). *Enfermagem em oncologia*. Lisboa: Lusociência.
- Maguire (1991). *Social support systems in practice*. Washington DC: MASW Press.
- Maguire, P. & Parle, M. (1995). Exploring relationships between cancer, coping and mental health. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 27-50.
- Maida, C., Katz, A., Wolcott, D., Landsverk, J. et al. (1991). Psychological and social adaptation of CAPD and center hemodialysis patients. [CD-ROM]. *Loss, Grief and Care*, 5 (1-2), 47-68. Abstract from: Silver Plater File: PsycINFO item: 8756-4610.
- Manne, S., Duhamel, K. & Redd, W. (2000). Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 9, 372-384.
- Margalit, M. & Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality, and family climate. *Journal of Research in Personality*, 24, 510-521.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, T. (1999). (1999). *Relação entre variáveis psicológicas: Exaustão vital, stress, fadiga e depressão*. Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Martinez, A., Israelski, D., Walker, C. & Koopman, C. (2002). Stress pós-traumático em mulheres que frequentam a consulta de VIH. *AIDS Patient Care and STDs*, 16, (6), 283-291. Consultado em 02 de Março de 2004 através de <http://www.aidsportugal.com>
- Matos, P. & Pereira, M. G. (2002). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: Pertinência e objectivos gerais. In M. G. Pereira & C. Lopes (Eds.). *O doente oncológico e a sua família* (pp.27-55). Lisboa: Climepsi Editores.

-
- Matsuoka, Y., Yamawaki, S., Inagaki, M., Akechi, T. & Uchitomi, Y. (2003). A volumetric study of amygdala in cancer survivors with intrusive recollections. *Biological Psychiatry*, 54, 736-743.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 87, (1), 108-131.
- Milanesi, L., Colby, B., Cesario, T., Mishra, S., Kennedy, S. & Yousefi, S. (1998). Sense of coherence, health and immunoglobulin M among older anglo-american and japanese-american women: An exploratory study. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resilience* (pp. 293-305). London: Sage Publications.
- Monat & Lazarus (1985). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Morano, C., Cisler, R. & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behaviour: Loss, insufficient familial support and homelessness. *Adolescence*, 28, 851-865.
- Moss, G. (1973). *Illness, immunity and social interaction*. New York: John Wiley & Sons.
- Motta, R. & Naidich, J. (2000). PTSD related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independence Practice*, 1, (1), 35-54.
- Moyer, A. (2000). Breast cancer. In G. Finck (Ed.). *Encyclopedia of Stress*. New York: Academic Press
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, (3), 284-298.
- Moyer, A. & Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125.
- Moyer, A. & Salovey, P. (1999). Predictors of social support and psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 177-191.
- Mroziak, B.; Wójtowicz, J. & Zwolinski, M. (1999) Sociodemografic concomitants of the sense of coherence (SOC) in senior adolescents. *Polish Psychological Bulletin*, 30 (4), 271-280.
- Mundy, E.; Blanchard, E., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B. & Blanchard, C. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (10), 1015-1027.
- Naidich, J. & Motta, R. (2000). PTSD related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independente Practice*, 1 (1), 35-54.
- Nakano, T., Wenner, M., Inagaki, M., Kugaya, A., Akechi, T., Matsuosa, Y., Sugahara, Y., Imoto, S., Murakami, K. & Uchitomi, Y. (2002). Relationship between distressing
-

- cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors [Abstract]. *American Journal of Psychiatry*, 159 (12), 2087-2093. Retrieved June 6, 2004, from PsycINFO.
- National Cancer Institute (1996). *Cancer: Rates and risks*. Bethesda, MD: Author.
- Neuling, S. J. & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeons. *Social Science and Medicine*, 27 (4), 385-392.
- Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B. & Westman, G. (2003). Sense of coherence - stability over time and relation to health, disease and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study [Abstract]. *Scand J Public Health*, 31 (4), 297-304. Retrieved January 20, 2005 from PubMed database.
- Nordin, K. & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer: Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognosis. *Psychooncology*, 7, 413-423.
- Northouse, L. (1988). Social support in patients and husbands adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37 (2), 91-95.
- Nunes, L. A. S. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, R. A. (1998). *Do vínculo ao suporte social*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde (1997). *Health for all for the twenty-first century: The health policy for Europe*. Copenhagen: OMS.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e saúde mental. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 263-268.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999a). *Quality of life in breast cancer*. Apresentado no «The 13th Conference of the European Health Psychology Society»: Florença, Itália.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999b). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3 (12), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., L. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica*. (pp.75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Santos, T. (2000). *Impact of radical mastectomy versus tumorectomy on the quality of life of early breast cancer*. Apresentado no XXVII «International Congress of Psychology», Estocolmo, Suécia.

-
- Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 231-247.
- Pasikowski, T., Sek, H. & Scigala, I. (1994). Sense of coherence and subjective health concepts. *Polish Psychological Bulletin*, 25 (1), 15-23.
- Payne, D, Hoffman, R., Theodoulou, M., Dosik, M. & Massie, M. (1999). Screening for anxiety d depression in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 40 (1), 64-69.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perez, S. & Galdón, M. (2002). Transtorno de estrés postraumático y cáncer. In M. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica*. (pp.493-525). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais – a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrie, K. & Brook, R. (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 293-300.
- Pierce, G. R., Sarason, I.G. & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeider & N.S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (pp.434-451). New York: John Wiley & Sons.
- Pitman, R., Lanes, D., Williston, S., Guillaume, J., Metzger, L., Gehr, G. & Orr, S. (2001). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42 (2), 133-140.
- Post-White, J. (1998). The role of sense of coherence in mediating the effects of mental imagery on immune function, cancer outcome, and quality of life. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resilience* (pp. 279-292). London: Sage Publications.
- Primo e col. (2000). Intrusive thoughts and avoidance in breast cancer: Individual differences and association with psychological distress. *Psychology and Health*, 14, 1141-1153.
- Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group (1987). Psychological response to mastectomy: A prospective comparison study. *Cancer*, 59, 189-196.
- Renneker, R. & Cutler, M. (1952). Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. *Journal of the American Medical Association*, 148, (10), 833-838.
- Rodrigues, A. (2000). *Stress e coping em estudantes do 12.º ano*. Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
-

-
- Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (5), 1097-1108.
- Roper, K. (2000). *Posttraumatic stress disorder in women breast cancer survivors treated with high-dose chemotherapy and autologous hematopoietic progenitor stem cell transplant*. (Doctoral dissertation, University of Denver, 2000). Dissertation Abstracts International, 60, 9-B.
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self-regulation. In S. Fisher & J. Reason (Eds.). *Handbook of life-stress, cognition and health* (pp.483-496). Chichester: Wiley.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (1).
- Rowland, J.H. (1989). Developmental stage and adaptation: adult model. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.). *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp.25-43). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J.H. (1989). Intrapersonal resources: coping. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.). *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp.44-57). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J. H. & Holland, J. C. (1989). Breast cancer. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp.188-207). New York: Oxford University Press.
- Royak-Schaler, R. (1991). Psychological processes in breast cancer: A review of select research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, (4), 71-89.
- Ruivo, M. (1999). *Stress, coping e qualidade de vida em indivíduos transplantados renais*. Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Sá, E. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (1999). Factors related to the development of the sense of coherence (SOC) in adolescents. A retrospective study. *Polish Psychological Bulletin*, 30 (4), 255-262.
- Santos, C. (2004). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Santos, M. (2004). *Estilos de lazer e coping: Sua relação com saúde e mal-estar*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Santos, A.M. & Castro, J.J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4, (XVI), 675-690.
-

- Santos, C, Pais-Ribeiro, J.L. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, (2), 185-204.
- Sarason, I., Sarason, B. & Shearin, E. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (4), 845-855.
- Sarason, I., Sarason, B. & Pierce, G. (1988). Social support, personality and health. In S. Mae, C. Spielber, P. Defares & I. Sarason. *Topics in health psychology* (pp. 245-256). New York: John Wiley & Sons.
- Sarafino, E.P. (1990). *Health and psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Sek, H. & Pasikowski, T. (1998). The quality of life, health and sense of coherence in social context. *Polish Psychological Bulletin*, 29 (1), 69-77.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Schmidt, J. & Andrykoski, M. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: An internet-based study. *Health Psychology*, 23 (3), 259-266.
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D., Dinur, I., Blatt, A., Metzkor, M., Golik, A., Verd, Z. & Cotter, G. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 23 (4), 215-222.
- Smith, M., Redd, W., Peyser, C. & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho-Oncology*, 8, 521-537.
- Soares, C. (2001). *Percepção e resistência ao stress e seu impacto na saúde dos jornalistas*. Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Flum, H. (1988). Negative life events, coping responses and combat-related psychopathology: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, (3), 302-307.
- Sontag, S. (1977). *A doença como metáfora*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Stroebe, M. & Stroebe, R. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Edições Piaget.
- Stuber, M., Christakis, D., Houskamp, B. & Kazak, A. (1996). Posttrauma symptoms in childhood leukemia survivors and their parents. *Psychosomatics*, 37, 254-261.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khan, K. & Day, N. (2003). Sense of coherence and mortality in men and woman in the EPIC – Norfolk United Kingdom prospective

- cohort study [Abstract]. *Am J Epidemiol*, 15. Retrieved January 20, 2005 from PubMed database.
- Szerszen-Motyka, J. Bogutyn, T., Ogorzaly-Skupniewicz, M. & Piotrowski, W. (1999). Sense of Coherence in patients after the first myocardial infarction. A preliminary report. *Polish Psychological Bulletin*, 30 (4), 343-347.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Thome, B. & Hallberg, I. (2004). Quality of life in older people with cancer: A gender perspective [Abstract]. *Eur J Cancer Care*, 13 (5), 454-463. Retrieved September 20, 2004, from PsycINFO.
- Tjemsland, L., Soreide, J. & Malt, U. (1998). Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 47, 141-151.
- Ventura, M. (1997). *O stress pós-traumático e suas sequelas nos adolescentes do sul de Angola*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga.
- Vilhena, C. (2005). *Resiliência em contexto militar*. Tese de mestrado em Consulta Psicológica e familiar, Universidade do Porto, Porto.
- Vinay, A., Esparbès-Pistre, S. & Tap, P. (2000). Attachment et strategies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 4, (1), 9-35.
- Yalom, M. (1997). *História do seio*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Ying, Y., Akutsu, P., Zhang, X. & Huang, L. (1997). Psychological dysfunction in southeast asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology*, 25 (6), 839-859.
- Wampold, B. & Freund, R. (1987). Use of multiple regression in counselling psychology research: A flexible data-analytic strategy. *Journal of Counselling Psychology*, 24 (4), 372-382.
- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population - based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1336.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rudin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 21-57). Didger: Prentice Hall.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (2), 65-80.
- Wettergren, L., Bjorkholm, M., Axdorph, U. & Langius-Eklöf, A. (2004). Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma [Abstract].

Qual Life Res, 13 (8), 1369-1379. Retrieved January 20, 2005 from PubMed database.

Widows, M., Jacobsen, P. & Fields, K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62 (6), 873-882.

Williamson, G. (2000). Extending the activity restriction model of depressed affect: Evidence from a sample of breast cancer patients. *Health Psychology*, 19, (4), 339-347.

ANEXOS

**ANEXO I – CARTA DO AUTOR, TRADUÇÃO E RE-TRADUÇÃO DA PTSD
CHECKLIST CIVILIAN VERSION – PCL-C**

De: Michael Andrykowski
<mandry@uky.edu>
Responder para: mandry@uky.edu
Enviado: terça-
feira, 31 de Maio de 2005 19:27:55
Para: amargaridavarela@hotmail.com
Assunto: Re: Ptsd Checklist Civilian Version

 [Caixa de
Entrada](#)

Hello -

I don't believe that my permission is necessary. I do not have any ownership rights to the PCL-C. I believe it is in the public domain. If it is not in the public domain, I certainly do not have any control over who uses or does not use the PCL-C.

Michael Andrykowski

PCL-C

Abaixo tem uma lista de queixas e problemas que as pessoas por vezes têm em resposta às suas stressantes experiências de vida. Especificamente, gostaria que considerasse a sua experiência com o cancro da mama. Por favor quantifique cada resposta numa escala de cinco valores.

Usando esta escala, indique por favor o quanto tem sido perturbada por estes pontos no último mês:

1a – Frequentes problemas de memória, pensamentos, ou imagens do seu tratamento contra o cancro ou experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Se 2+: Poderia descrever-me um pouco acerca dessas memórias, pensamentos, ou imagens?

1b – Frequentes, perturbadoras memórias, pensamentos, ou imagens do seu diagnóstico.

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Se 2+: Poderia dizer-me algo sobre essas memórias, pensamentos, ou imagens?

2. Frequentes, perturbadores sonhos com o tratamento do cancro ou com a sua experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Se 2+: Importar-se-ia de partilhar comigo como são esses sonhos?

3. Subitamente actuar ou sentir como se os acontecimentos relacionados com o tratamento do cancro ou com a sua experiência com o cancro estivessem a acontecer de novo?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

4. Sentir-se muito aborrecida quando alguma coisa acontecia que a fizesse lembrar-se do tratamento do cancro ou da sua experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

5. Ter reacções físicas quando algo lhe lembra do seu tratamento com o cancro ou da sua experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Se 2+: Como são essas reacções físicas?

Que tipo de pensamentos ou imagens lhe trazem essas reacções físicas?

6. Problemas em lembrar-se de importantes partes do seu tratamento contra o cancro ou outra experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

7. Perda de interesse por actividades que costumava apreciar?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

8. Sente-se distante ou desligada das outras pessoas?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

9. Sentir-se emocionalmente adormecida, ou sentir-se incapaz de amar os que lhe estão próximos?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

10. Sentir que o seu futuro será de certa forma reduzido?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

11. Problemas com o adormecer ou ficar a dormir?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

12. Sente-se irritada ou com ataques de fúria?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

13. Tem dificuldade em concentrar-se?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

14a. Sentir-se super alerta, vigilante, ou de guarda?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

14b. Sentir super alerta, vigilante, ou de guarda em relação a sintomas físicos, sensações, ou mudanças no seu corpo?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Se 2+: Poderia falar-me acerca dessa experiência?

15. Sentir-se sobressaltada ou facilmente assustada?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

16. Evita pensamentos ou sentimentos acerca do seu tratamento contra o cancro, diagnóstico ou qualquer aspecto da sua experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

17. Evita actividades ou situações porque elas lhe lembram do seu tratamento contra o cancro, diagnóstico, ou qualquer outro aspecto da sua experiência com o cancro?

1	2	3	4	5
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

PCL-C

The following is a list of problems and complains from people in relation to their experiences and stressful lives. In particular, I would like you to consider your experience with breast cancer and quantify each statement below on a scale of five points, taking into consideration what happened to you during last month.

Statements		Nothing ⁽¹⁾	A little ⁽²⁾	Median ⁽³⁾	Very much ⁽⁴⁾	Quite a lot ⁽⁵⁾
1a	Did come to mind memories, thoughts or images of cancer therapies or experiences about cancer?					
	Describe these memories, thoughts or images.	_____				
1b	Did you have sudden memories, thoughts or images of your diagnostic which you consider them disturbing?					
2	Have you having repeatable dreams about cancer therapy or about your cancer experiences that you found disturbing?					
	Tell me about those dreams.	_____				
3	Have you noticed that your behaviour felt as though was related with events related with cancer therapy or with your experience with the cancer as though it has started all over again?					
4	Did you feel very annoyed when something happened that made you remember the cancer therapy or your experience with the cancer?					
5	Did you have physical reactions when something did remind you of your cancer therapy or your experience with the cancer?					
	How were those physical reactions?	_____				
	What type of thoughts or images did those physical reactions made you think?	_____				
6	Did you have difficulty in remembering important parts					

	of your cancer therapy or some other experience with the cancer?					
7	Did you notice loss of interest for doing what you like to do?					
8	Did you feel distant and away from people?					
9	Did you feel emotionally broken off or incapable of loving those close to you?					
10	Did you feel that your future will be shorter in some way?					
11	Did you have problems in going to sleep or in keeping yourself sleeping?					
12	Did you feel irritable or with a fury attack?					
13	Did you have difficulty in concentrating?					
14 a	Did you feel very alert, vigilant or attentive?					
14 b	Did you feel very alert, vigilant or attentive in relation to physical sensations or changes in your body?					
	Tell me about that experience.	<hr/> <hr/> <hr/>				
15	Did you feel fear or frightening?					
16	Did you dismissed thoughts or feelings about your cancer therapy, diagnostic or any other aspect related to your cancer experience?					
17	Did you avoid activities or situations because they made your remember your cancer therapy, diagnostic or some other experience with the cancer?					

ANEXO II – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo insere-se numa pesquisa a decorrer no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde do ISPA, que visa conhecer melhor a realidade de quem

passou pela experiência de ter um cancro da mama. Pretende-se compreender e melhorar a forma de apoiar as mulheres que passam por esta situação.

Pede-se, assim, a sua colaboração, respondendo da forma mais espontânea e sincera possível às questões que lhe são colocadas. Não há respostas certas ou erradas, uma resposta é correcta se for verdadeira para si. Interessam apenas as suas opiniões sobre o assunto. Por favor responda a **todas** as questões.

Toda a informação que for fornecida é estritamente confidencial e será usada apenas para os objectivos do estudo. É livre de optar por não participar no estudo e pode desistir a qualquer momento.

Agradece-se desde já a sua colaboração.

Margarida Varela

-
1. Idade: _____
 2. Escolaridade: _____
 3. Estado Civil: Casada ou união de facto⁽¹⁾ Solteira⁽²⁾ Viúva⁽³⁾ Divorciada⁽⁴⁾
 4. Número de filhos: _____
 5. Idade dos filhos: _____
 6. Antes de lhe ter sido efectuado o diagnóstico, tinha contactado com alguém com cancro?
 Sim⁽¹⁾ Não⁽²⁾
 Se sim, quem? _____
 7. Data (ano) do diagnóstico: _____
 8. Se já teve alta médica (cura), refira a data (ano): _____
 9. Tratamentos efectuados:
 - 9.1. Quimioterapia Sim⁽¹⁾ Não⁽²⁾
 Se respondeu sim refira quando começou o tratamento e quando terminou: _____
 - 9.2. Radioterapia Sim⁽¹⁾ Não⁽²⁾
 Se respondeu sim refira quando começou o tratamento e quando terminou: _____
 - 9.3. Cirurgia Sim⁽¹⁾ Não⁽²⁾
 Se respondeu sim refira há quanto tempo realizou a cirurgia e se esta foi parcial ou radical: _____
 - 9.4 Outros Sim⁽¹⁾ Não⁽²⁾
 Se respondeu sim, indique quais: _____
 10. Na vida, há diferentes acontecimentos que podem ter impacto positivo ou negativo, conforme a avaliação pessoal de cada um. Por favor refira quais os acontecimentos (de forma geral) que considera que tiveram impacto negativo na sua vida:
 - a).....
 - b).....

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de 5 colunas com diferentes hipóteses de resposta. Marque uma cruz na resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por

exemplo, na primeira afirmação, se pensa que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá por a cruz na 1.ª coluna (concordo totalmente), se acha que nunca pensa nisso deverá marcar na última coluna (discordo totalmente).

	Afirmações	Concordo Totalmente ⁽¹⁾	Concordo na maior parte ⁽²⁾	Não concordo, nem discordo ⁽³⁾	Discordo na maior parte ⁽⁴⁾	Discordo Totalmente ⁽⁵⁾
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 quantas eu 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	As 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.					

A seguir encontra-se uma lista de comentários feitos por algumas pessoas depois de terem vivido um acontecimento stressante. Pense na sua doença e indique a frequência com que

experimentou, durante os últimos 7 dias, o que se descreve nos seguintes comentários. No caso de não os ter experimentado durante esse período, por favor ponha uma cruz na coluna “nunca”.

Afirmações		Nunca⁽¹⁾	Raramente⁽²⁾	Às Vezes⁽³⁾	Muitas Vezes⁽⁴⁾
1	Qualquer lembrança do que aconteceu fez-me voltar a sentir como antes me sentia.				
2	Tive dificuldades em manter-me a dormir.				
3	Houve outras coisas que me fizeram continuar a pensar no que aconteceu.				
4	Sentia-me irritada e zangada.				
5	Evitava não me alterar quando pensava ou recordava o que aconteceu, mesmo quando não o queria.				
6	Pensava no que aconteceu, mesmo quando não o queria.				
7	Senti que aconteceu não ocorreu de verdade ou não foi real.				
8	Mantive-me afastada de qualquer coisa que me lembrasse o que aconteceu.				
9	Vinham à minha mente imagens do que aconteceu.				
10	Sobressaltava-me e assustava-me com facilidade.				
11	Tentei não pensar no que aconteceu.				
12	Apesar de ter consciência do que aconteceu ainda mexer muito comigo, ainda não fui capaz de lidar com isso.				
13	Os meus sentimentos sobre o que aconteceu estiveram como que adormecidos.				
14	Dei por mim a agir ou a sentir-me como se estivesse a reviver de novo o que aconteceu.				
15	Tive problemas de conseguir adormecer.				
16	Surgiram-me sentimentos muito fortes sobre o que aconteceu.				
17	Tentei apagar o que aconteceu da minha memória.				
18	Tive problemas para me concentrar.				
19	Recordações do que aconteceu causaram-me reacções físicas como suores, problemas respiratórios, náuseas, ou palpitações.				
20	Sonhei com o que aconteceu.				
21	Senti-me em estado de alerta e em vigília.				
22	Tentei não falar sobre o que aconteceu.				

Seguem-se várias afirmações acerca do modo como as pessoas vêem a própria vida. Cada pergunta tem 7 níveis de resposta. Assinale com um círculo o número que melhor expresse

a sua resposta (apenas uma em cada pergunta). Responda espontaneamente, não perdendo muito tempo a pensar sobre cada uma das perguntas.

1	Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não a compreendem?	Nunca tenho essa impressão 1	2	3	4	5	6	Tenho sempre essa impressão 7
2	No passado, quando teve que fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que:	As coisas não iriam ser feitas 1	2	3	4	5	6	As coisas iriam ser feitas 7
3	Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente?	Como pessoas estranhas 1	2	3	4	5	6	Como pessoas que conhece muito bem 7
4	Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente não me interessa 1	2	3	4	5	6	Muito frequentemente não me interessa 7
5	Já lhe aconteceu ter ficado surpreendida com o comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?	Nunca acontece 1	2	3	4	5	6	Acontece sempre 7
6	Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida contava?	Nunca acontece 1	2	3	4	5	6	Acontece sempre 7
7	A vida é:	Cheia de interesse 1	2	3	4	5	6	Absolutamente rotineira 7
8	Até hoje, na vida:	Não consegui nem objectivos nem rumo próprio 1	2	3	4	5	6	Consegui objectivos e rumo próprio 7
9	Sente que não é tratada com justiça?	Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Raramente ou nunca 7
10	Nos últimos 10 anos a sua vida tem sido:	Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir 1	2	3	4	5	6	Completamente consistente e previsível 7
11	A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente:	Completamente fascinantes 1	2	3	4	5	6	Tremendamente aborrecidas 7
12	Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que deve fazer?	Acontece frequentemente 1	2	3	4	5	6	Nunca ou raramente acontece 7

13	Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida:	Consegue sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as situações difíceis da vida
14	Quando reflecte sobre a vida, frequentemente:	Sente quão bom é viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si própria por que razão veio ao mundo.
15	Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:	Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre fácil e sem dúvidas
16	Aquilo que faz diariamente é:	Uma fonte de profunda satisfação e prazer	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
17	A sua vida futura será provavelmente:	Cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente coerente e previsível
18	Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver" e vamos em frente
19	Tem ideias e sentimentos muito confusos?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
20	Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:	Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
21	Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente
22	Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá nem sentido nem objectivo	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e objectivo

23	Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?	Estou certa que haverá 1 2 3 4 5 6	Duvido que haja 7
24	Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?	Muito frequente mente 1 2 3 4 5 6	Muito raramente ou nunca 7
25	Muitas pessoas (mesmo as que têm um forte carácter) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	Nunca 1 2 3 4 5 6	Muitas vezes 7
26	Quando teve de enfrentar algum problema, você geralmente acabou por verificar que:	Avaliou mal a importância do problema 1 2 3 4 5 6	Avaliou correctamente a importância do problema 7
27	Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades 1 2 3 4 5 6	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades 7
28	Com que frequência sente que as coisas que faz na sua vida diária têm pouco sentido?	Muito frequente mente 1 2 3 4 5 6	Muito raramente ou nunca 7
29	Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequente mente 1 2 3 4 5 6	Muito raramente ou nunca 7

As seguintes afirmações descrevem reacções que as pessoas têm face ao cancro. Naturalmente que as pessoas respondem de formas muito diferentes a um mesmo acontecimento, mas nós queremos conhecer a sua forma pessoal de reagir. Se tiver dúvidas sobre a resposta a dar, responda de forma que considere a mais apropriada. Por favor marque uma cruz numa das opções à direita de cada afirmação, indicando até que ponto cada uma das afirmações se aplica a si. Por exemplo, se a afirmação não se aplica de modo algum a si, deve marcar uma cruz na primeira coluna.

	Afirmações	Não se aplica de modo algum a mim ⁽¹⁾	Não se aplica a mim ⁽²⁾	Aplica-se a mim ⁽³⁾	Aplica-se totalmente a mim ⁽⁴⁾
1	Sinto que a minha vida não tem esperança.				
2	Não consigo controlar isto.				
3	Estou determinada a vencer a minha doença.				
4	Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença.				
5	Desde que a minha doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível.				
6	Não consigo lidar com isto.				
7	Entreguei-me nas mão de Deus.				
8	Estou preocupada com a minha doença.				
9	Esforço-me por me distrair quando pensamentos acerca da minha doença me vêm à cabeça.				
10	Estou preocupada que a doença volte a aparecer.				
11	Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vindo.				
12	Estou um pouco assustada.				
13	Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude.				
14	Tenho dificuldade em acreditar que isto me tenha acontecido.				
15	Sofro de grande ansiedade por causa disto.				
16	Não tenho muita esperança no futuro.				
17	Neste momento vivo um dia de cada vez.				
18	Apetece-me desistir.				
19	Sinto-me muito optimista.				
20	Encaro a minha doença como um desafio.				
21	Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto.				
22	Sinto-me completamente perdida sem saber o que fazer.				
23	Sinto-me zangada com o que aconteceu.				
24	Intencionalmente empurro todos os meus pensamentos sobre a minha doença para longe.				
25	Dou valor às coisas boas que me aconteceram.				
26	Tento combater a doença.				
27	Estou apreensiva.				
28	Penso que isto é como se o mundo tivesse acabado.				
29	Sinto-me arrasada.				

Segue-se uma lista de queixas e problemas que as pessoas por vezes têm em resposta às suas experiências de vida stressantes. Especificamente, gostaria que considerasse a sua experiência com o cancro da mama e quantificasse cada resposta numa escala de cinco valores, considerando os acontecimentos do último mês.

Afirmações		Nada ⁽¹⁾	Um Pouco ⁽²⁾	Moderadamente ⁽³⁾	Bastante ⁽⁴⁾	Extremamente ⁽⁵⁾
1a	Surgiram lembranças, pensamentos, ou imagens do tratamento contra o cancro ou da experiência com o cancro?					
	Descreva essas lembranças, pensamentos, ou imagens.					
1b	Tem tido repetidamente lembranças, pensamentos ou imagens do seu diagnóstico, que considere perturbadoras?					
2	Tem tido repetidamente sonhos com o tratamento do cancro ou com a sua experiência com o cancro, que considere perturbadores?					
	Diga como foram esses sonhos.					
3	Verifica que se comportou ou sentiu como se os acontecimentos relacionados com o tratamento do cancro ou com a sua experiência com o cancro estivessem a acontecer de novo?					
4	Sentiu-se muito aborrecida quando aconteceu algo que a faz lembrar do tratamento do cancro ou da sua experiência com o cancro?					
5	Teve reacções físicas quando algo a lembrou do seu tratamento com o cancro ou da sua experiência com o cancro?					
	Como foram essas reacções físicas?					
	Que tipo de pensamentos ou imagens lhe trouxeram essas reacções físicas?					
6	Teve problemas em lembrar-se de partes importantes do seu tratamento contra o cancro ou de qualquer outra experiência com o cancro?					
7	Verificou perda de interesse por actividades de que gostava?					
8	Sentiu-se distante ou afastada das outras pessoas?					
9	Sentiu-se emocionalmente anestesiada, ou incapaz de amar os que lhe são próximos?					
10	Sentiu que o seu futuro será de certa forma reduzido?					
11	Teve problemas em adormecer ou em permanecer a dormir?					

12	Sentiu-se irritada ou com ataques de fúria?					
13	Teve dificuldade em concentrar-se?					
14a	Sentiu-se muito alerta, vigilante, ou atenta?					
14b	Sentiu-se muito alerta, vigilante, ou atenta em relação a sintomas físicos, sensações ou mudanças no seu corpo?					
	Fale-me sobre essa experiência.					
15	Sentiu-se sobressaltada ou facilmente assustável?					
16	Evitou pensamentos ou sentimentos acerca do seu tratamento contra o cancro, diagnóstico ou qualquer aspecto da sua experiência com o cancro?					
17	Evitou actividades ou situações por lhe fazerem lembrar do seu tratamento contra o cancro, o diagnóstico, ou qualquer outro aspecto da sua experiência com o cancro?					

Obrigada!