UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR PSICOLOGIA APLICADA

O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama:

Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos

Ivone A. M. Patrão

Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde

2007

Ivone
Patrão

O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama:

Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos

2007

Dissertação de doutoramento realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal e sob co-orientação do Professor Doutor João Maroco, apresentada à Universidade Nova de Lisboa e ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Aplicada, na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme o protocolo UNL/ISPA, aprovado pelo senado da UNL em 24 de Janeiro de 2002 e de acordo com o despacho nº 3744/2002, publicado no Diário da República a 19 de Fevereiro de 2002.

À Clara Abrantes

AGRADECIMENTOS

Nestes últimos 5 anos muitos são aqueles, instituições e pessoas, a quem agradeço, por terem contribuído de várias formas para a realização deste trabalho de investigação.

À Fundação Calouste Gulbenkian por me ter atribuído, em 2002, uma bolsa para realizar um estágio no estrangeiro, precisamente na área desta investigação.

À Fundação da Ciência e Tecnologia pela atribuição da bolsa de doutoramento (FCT/BD/10047/2002).

Ao ISPA, por ter sido a instituição de acolhimento na realização desta investigação.

A todos os Professores que disponibilizaram os instrumentos de avaliação das variáveis em estudo, por me terem esclarecido sempre as minhas dúvidas: ao Profº Dr. José Luís Pais Ribeiro, à Profª Dr. Maggie Watson, à Profª Dr. Cristina Canavarro e à Profª Dr. Margarida Lima.

À Maternidade Alfredo da Costa, em concreto a todos os profissionais da Consulta de Senologia, pela partilha e ensinamentos preciosos.

Ao Movimento Vencer e Viver, a todas as voluntárias e em especial à Drª Conceição Maria Matos, por todo o empenho e dedicação.

Ao Centro Hospitalar de Caldas da Rainha e ao Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche, pela facilidade de acesso e apoio na recolha da amostra.

A todos os que leram e voltaram a ler infinitamente esta tese: à Professora Conceição Coelho, à Professora Anabela Campos, à Drª Maria José Passos, à Drª Rita Neves e ao Drº Pedro Brogueira Martins. Os vossos comentários foram o motor da minha reflexão ao nível da forma e do conteúdo.

A todos os meus familiares e amigos que investiram sempre em mim e nunca na minha tese. Eu sei que há mais vida para além destas letras e que vocês são essa vida.

À Adelaide Sousa e ao Tracy Richardson por acreditarem que podemos fazer algo em prol da ajuda efectiva às mulheres com cancro da mama, de forma resiliente.

Aos meus orientadores, à Profª Dr. Isabel Leal e ao Profº Dr. João Maroco por me alertarem a cada minuto para a necessidade de transformar a minha ilusão do que era fazer investigação cientifica. Acredito que agora é que estou pronta para começar.

RESUMO

Esta investigação teve como objectivo geral o estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro da mama (estádio 1 “até chegar ao diagnóstico”, estádio 2 “da aceitação do diagnóstico ao tratamento “ e estádio 3 “dos tratamentos em diante”). Uma amostra total de 300 mulheres com cancro da mama foi avaliada, em 3 momentos, em relação: estado e controlo emocional, neuroticismo, suporte social, *coping* e qualidade de vida (QDV).

A análise das alterações nas variáveis psicossociais ao longo do ciclo psico-oncológico revelou uma trajectória que transparece um reduzido impacto psicossocial do cancro da mama, como acontecimento de vida negativo, o que indica em última análise um bom ajustamento a todos os níveis (emocional, social e físico). Para além disso, constatou-se uma alteração dos níveis de neuroticismo, que diminuem significativamente ao longo dos estádios da doença.

A resposta emocional e a influência na QDV, em cada estádio do ciclo psico-oncológico, são significativamente diferentes face ao diagnóstico (estádio 1), após a cirurgia (estádio 2) e tratamentos (estádio 3). Uma resposta emocional adaptada está associada a uma estratégia de *coping* eficaz, satisfação com o suporte social percepcionado e boa QDV a todos os níveis.

Os modelos estruturais de impacto psicossocial ajustados, em cada estádio do ciclo psico-oncológico, indicam que quando o impacto desse processo de doença é reduzido surge uma resposta emocional equilibrada, uma resposta cognitiva adaptativa e uma resposta de satisfação com o suporte social, presentes em mulheres que realizam acompanhamento psicológico durante a doença.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro da Mama, Impacto Psicossocial, Ciclo Psico-Oncológico da Mama

ABSTRACT

The main purpose of this study is to investigate the impact of psycho-oncology cycle of the breast cancer (phase 1 “diagnosis”, phase 2 “surgery”, phase 3 “treatments”). A total of 300 women diagnosed with breast cancer were evaluated, at 3 moments, in relation to: emotional state, emotional control, neuroticism, social support, *coping* and quality of life (QoL).

The analysis of the changes occurred in the psychosocial variables throughout the psycho-oncological cycle illustrated a slight impact of the breast cancer, as negative life event. This results show a good adjustment at all levels (emotional, social and physically). The levels of neuroticism indicated significant changes all the way throughout time.

The emotional, cognitive response, and the QoL in each phase of the psychosocial cycle suffered significant changes concerning diagnosis (phase 1), surgery (phase 2) and treatments (phase 3). Furthermore, results indicate that an adapted emotional response is associated to efficient coping strategy, and satisfaction with the perceived social support and good QoL at all levels.

The structural equation models of the psychosocial impact in each stage of the psycho-oncological cycle indicated that when the impact is small the emotional, cognitive and social responses are equilibrated. This is particular the case when women are under psychological intervention.

KEY-WORDS: Breast Cancer, Psychosocial Impact, Breast Psychosocial Pathway

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **1**

PRIMEIRA PARTE

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **8**

ASPECTOS CLINICOS E PSICOSSOCIAIS NO CANCRO DA MAMA: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO **8**

Caracterização Etimológica, Histórica e Clínica do Cancro da Mama 8

Os Factores de Risco Associados 12

A Influência das Variáveis Psicossociais na Origem do Cancro da Mama 13

As Directivas de Prevenção 19

As Técnicas de Rastreio e de Diagnóstico 20

O Significado dos Comportamentos de Adesão na Prevenção do Cancro da Mama 22

Incidência e Mortalidade por Cancro da Mama 24

Os Diferentes Tipos de Tratamentos 26

A Importância das Variáveis Psicossociais na Evolução do Cancro da Mama 31

AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAS **36**

Personalidade Tipo C 36

Estado Emocional 39

Estratégias de *Coping* 44

Suporte Social 47

Qualidade de Vida 49

CARACTERIZAÇÃO DO CICLO PSICO-ONCOLÓGICO NO CANCRO DA MAMA **53**

Estádio 1 – Diagnóstico 53

A Reacção Emocional ao Diagnóstico 54

A Influência da História Emocional Passada 54
Quais as Estratégias de *Coping* Eficazes? 55
A Importância do Suporte Social face ao Diagnóstico 56
O Impacto do Diagnóstico na QDV 57
Estádio 2 - Pós-Cirurgia 58
A Reacção Emocional Após a Cirurgia 59
A Importância do Tipo de Cirurgia - Conservadora vs Mastectomia 60
Diferentes Estratégias de *Coping* Após a Cirurgia 61
O Efeito Directo e Moderador do Suporte Social Após a Cirúrgia 62
O Impacto da Cirurgia na QDV 63
Estádio 3 – Pós-Tratamentos 66
A Continuidade da Resposta Emocional Após os Tratamentos 66
Qual a Influencia das Estratégias de *Coping* ? 68
Estratégias de Coping Adaptativas 68
Estratégias de Coping Negativas 69
O Contributo do Suporte Social 70
A Necessidade de Diferentes Tipos de Suporte Social 70
A Importância de uma Lei Protectora 71
A Influência dos Tratamentos na Qualidade de Vida 72

SEGUNDA PARTE

METODOLOGIA **75**

OBJECTIVOS **75**
VARIÁVEIS **77**
TIPO DE ESTUDO **78**
PARTICIPANTES **79**
Caracterização da Amostra Longitudinal 79
Caracterização das Amostras Transversais 82
MATERIAL **89**
Análise Factorial Confirmatória dos Instrumentos 99
PROCEDIMENTO **105**

RESULTADOS **113**

ESTUDO 1 **113**

Evolução Psicossocial ao longo do Ciclo Psico-Oncológico 113

ESTUDO 2 **118**

Análise Descritiva das Variáveis Psicossociais 118

Análise Inferencial das Variáveis Psicossociais, Sociodemográficas e Clínicas 120

ESTUDO 3 **139**

Modelos Estruturais dos Três Estádios do Ciclo Psico-Oncológico 139

DISCUSSÃO **150**

ESTUDO 1 **150**

ESTUDO 2 **158**

ESTUDO 3 **163**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **168**

BIBLIOGRAFIA **171**

ANEXOS **194**

Anexo 1. Requerimento de Avaliação de Incapacidade (Mod.6959/10 – 530007210)

Anexo 2. Autorização para aplicação dos Questionários QLQ-C 30 e BR 23

Anexo 3. Instrumento

Anexo 4. Outputs da Análise Factorial Confirmatória, Descritiva, Inferencial e Estrutural

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Frequências e % das Variáveis Sociodemográficas (n=30) 80
Quadro 2 Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=30) 81
Quadro 3 Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=30) 81
Quadro 4 Frequências e % das Variáveis Sociodemográficas (n=120) 82
Quadro 5 Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=120) 83
Quadro 6 Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=120) 83
Quadro 7 Frequências e % das Variáveis Sociodemograficas (n=120) 84
Quadro 8 Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=120) 85
Quadro 9 Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=120) 85
Quadro 10 Frequências e % das Variáveis Sociodemograficas (n=120) 86
Quadro 11 Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=120) 87
Quadro 12 Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=120) 87
Quadro 13 Homogeneidade das Amostras nos 3 Estádios Variáveis relativamente às Sociodemográficas 88
Quadro 14 Homogeneidade das Amostras nos 3 Estádios relativamente às Variáveis Clínicas 88
Quadro 15 Descrição da Escala e Sub-Escalas da ESSS e Valores da Consistência Interna 92
Quadro 16 Descrição da Escala e Sub-Escalas da CEC e Valores da Consistência Interna 93
Quadro 17 Descrição das Sub-Escalas de Ansiedade e Depressão, e Valores da Consistência Interna 94
Quadro 18 Descrição da Escala e Sub-Escalas da Mini-Mac e Valores da Consistência Interna 95
Quadro 19 Descrição da Escala Global e Escalas Funcionais QLQ–C30 e Valores da Consistência Interna 97
Quadro 20 Descrição da Escala e Sub-Escalas do QLQ – BR23 e Valores da Consistência Interna 97
Quadro 21 Descrição Sub-Escala Neuroticismo do NEO-FFI e Valores da Consistência Interna 98
Quadro 22 Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência

Interna da ESSS 99
Quadro 23 Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna da ESSS 99
Quadro 24 Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna da CEC 100
Quadro 25 Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna da CEC 100
Quadro 26 Quadro 12 Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna do BSI 101
Quadro 27 Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna do BSI 101
Quadro 28 Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna da Mini Mac 102
Quadro 29 Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna da Mini Mac 102
Quadro 30 Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna do QLQ C 30 e do QLQ BR 23 103
Quadro 31 Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna QLQ do C 30 e do QLQ BR 23 103
Quadro 32 Análise Confirmatória do Factor Original e Consistência Interna do Neo FFI – neuroticismo 104
Quadro 33 Análise Confirmatória do Factor Final e Consistência Interna do Neo FFI – neuroticismo 104
Quadro 34 Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=30) 114
Quadro 35 Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=30) 115
Quadro 36 Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=30) 116
Quadro 37 Médias das Ordens e Valores da Estatística de Teste de Friedman para as Variáveis Psicossociais com diferenças significativas entre Estádios 116
Quadro 38 Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo dasVariáveis Psicossociais (n=120) 118
Quadro 39 Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis

Psicossociais (n=120) 119
Quadro 40 Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=120) 120
Quadro 41 Diferenças significativas em função dos níveis de Ansiedade no Estádio 1 (n=120) 122
Quadro 42 Diferenças significativas em função dos níveis de Depressão no Estádio 1 (n=120) 122
Quadro 43 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Grupo Etário (1= 24-38 anos; 2= 39-53 anos; 3= 54-68 anos; 4≥ 69) 123
Quadro 44 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Situação Profissional (1= activa; 2= Activa/baixa; 3= Desempregada; 4= Reformada; 5= Outra) 124
Quadro 45 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Antecedentes Clínicos (0= não; 1= sim) 124
Quadro 46 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Psicopatologia Prévia (0= não; 1= sim) 125
Quadro 47 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Acompanhamento Psicológico (0= não; 1= sim) 125
Quadro 48 Diferenças significativas em função dos níveis de Ansiedade no Estádio 2 (n=120) 127
Quadro 49 Diferenças significativas em função dos níveis de Depressão no Estádio 2 (n=120) 128
Quadro 50 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Grupo Etário (1= 24-38 anos; 2= 39-53 anos; 3= 54-68 anos; 4≥ 69) 129
Quadro 51 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Situação Profissional (1= activa; 2= Activa/baixa; 3= Desempregada; 4= Reformada; 5= Outra) 129
Quadro 52 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Cirurgia (0= parcial; 1= total) 130
Quadro 53 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Diagnóstico (1= estádio I; 2= estádio II; 3= estádio III) 130
Quadro 54 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Psicopatologia Prévia (0= não; 1= sim) 131
Quadro 55 Diferenças significativas em função dos níveis de Ansiedade, Estádio 3 132

Quadro 56 Diferenças significativas em função dos níveis de Depressão, Estádio 3 133
Quadro 57 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Grupo Etário (1= 24-38 anos; 2= 39-53 anos; 3= 54-68 anos; 4≥ 69) 134
Quadro 58 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Estado Civil (1=solteira ; 2= casada/união de facto; 3= divorciada; 4= Viúva) 135
Quadro 59 Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Situação Profissional (1= activa; 2= Activa/baixa; 3= Desempregada; 4= Reformada; 5= Outra) 135
Quadro 60 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Tratamentos (1= quimioterapia; 2= quimioterapia e radioterapia; 3= quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia) 136
Quadro 61 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Psicopatologia Prévia 137
Quadro 62 Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Acompanhamento Psicológico (1=não; 2= sim) 137
Quadro 63 Resultados das Estimativas do Modelo Estrutural do Estádio 1 142
Quadro 64 Resultados das Estimativas do Modelo Estrutural do Estádio 2 145
Quadro 65 Resultados das Estimativas do Modelo Estrutural do Estádio 3 149

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Constituição da Mama 11
Figura 2 Classificação TNM dos Tumores Malignos 28
Figura 3 Modelo de Medida Estádio 1 140
Figura 4 Modelo Estrutural Estádio 1 141
Figura 5 Modelo de Medida Estádio 2 143
Figura 6 Modelo Estrutural Estádio 2 144
Figura 7 Modelo de Medida Estádio 3 146
Figura 8 Modelo Estrutural Estádio 3 148

LISTA DE ABREVIATURAS

IARC - International Agency for Research on Cancer;
QDV – Qualidade de Vida;
TNM – Tumor, Nódulo e Metastases;
QDVRS - QDV relacionada com a saúde.

INTRODUÇÃO

A nível mundial e nacional o cancro da mama é a patologia oncológica mais frequente na população feminina (ACS, 2007; Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Colombet & Boyle, 2006; Tyczynski, Bray & Parkin, 2002).

Nas últimas décadas, apesar de, por um lado, se registar um aumento do número de novos casos diagnosticados com cancro da mama, por outro lado, verificou-se uma diminuição do número de óbitos pela mesma patologia (ACS, 2007; DGS, 2002; DGS, 2004a). Assim sendo, pode dizer-se que existem cada vez mais mulheres a adquirir um estatuto de sobreviventes. Esta conquista tem sido possível devido aos progressos das técnicas de rastreio e das técnicas terapêuticas que têm oferecido, respectivamente, a possibilidade de uma detecção precoce do cancro da mama e a oportunidade de realizar tratamentos que conduzem à cura desta patologia (Blanco, Antequera & Aires, 2001; Buela-Casal & Moreno, 1999; Ferreira, 1990; Pais Ribeiro, 1998).

Estes factos, relativos à incidência, mortalidade e sobrevivência por cancro de mama e aos progressos técnicos associados, justificam o aumento da relevância da literatura científica publicada, quer ao nível da avaliação do impacto psicossocial do processo de doença, quer ao nível da sobrevivência.

Uma revisão dos primeiros estudos realizados nesta área, entre as décadas de cinquenta e setenta do século XX, demonstrou o interesse que, desde logo, surgiu na avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos do cancro da mama, alertando para o efeito paradoxal da intervenção clínica, uma vez que os tratamentos pelos quais as mulheres passavam eram benéficos para a remissão do cancro, mas implicavam alterações ao nível emocional (Meyerowitz, 1980; Rosser, 1981).

Actualmente, o cancro da mama é considerado uma doença tratável e curável, contudo, o processo do adoecer da mama, que engloba o momento do diagnóstico, dos tratamentos e a passagem para a vigilância clínica inerente à sobrevivência, pode de facto, acarretar diferentes consequências psicológicas e sociais (Blanco et al., 2001; Buela-Casal & Moreno, 1999; Cruzado & Olivares, 1999).

Esse processo de doença desenrola-se num determinado período de tempo, com uma durabilidade diferente em cada mulher, e é comummente designado de ciclo psico-oncológico (*psychosocial clinical pathway*). Esta designação reporta-se a um conjunto de estádios, que correspondem aos diferentes momentos da intervenção médica (diagnóstico, cirurgia, tratamentos adjuvantes, fase terminal) (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998). De acordo com a divisão proposta por Seligman (1996), o estádio 1 é designado "até chegar ao diagnóstico", o estádio 2 decorre entre "a aceitação do diagnóstico e o tratamento" e, o estádio 3 refere-se ao tempo "dos tratamentos em diante".

Cada estádio é considerado único e pode ser entendido como uma fonte de stress que, por isso, contribui para o aumento da morbilidade psicológica na mulher (Deep & Leal, 2000; Massie & Popkin, 1998; Meyerowitz, 1980; Nezu et al., 1998).

Vários estudos apontam alterações na resposta emocional, cognitiva, social e na Qualidade de Vida (QDV) da mulher quando se depara com cada uma dessas etapas, concretamente o diagnóstico de cancro da mama, a cirurgia e os tratamentos adjuvantes (Bleiker, Ploeg, Adér, Daal & Hendriks, 1995; Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss & Derhagopian, 2005; Cohen, Hack, Moor, Katz & Goss, 2000; Compas, Stoll, Thomsen, Oppedisano, Epping-Jordan & Krag, 1999; David, Montgomery & Bovbjerg, 2006; Ell et al., 2005; Lechner, Antoni, Carver, Weaver & Phillips, 2006; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Tomich & Helgeson, 2004; Ywamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Kodama & Okama, 2003).

Neste sentido, a mulher num determinado momento da sua vida é colocada perante uma doença associada à perda, ao desfiguramento, à dor e à incerteza quanto ao futuro emoldurada pelo medo de morrer e, a sua reposta psicossocial surge em função do impacto (maior ou menor) dessa doença. Cada um dos estádios, inerentes ao cancro da mama, pode funcionar como um stressor diferente, e se assim for percepcionado, coloca em destaque a presença de níveis elevados de ansiedade e/ou depressão (APA, 1994; Costa, 2004; Holland & Lewis, 2001; Massie & Popkin, 1998; Pais Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2002).

Uma vez que é distinta a condição de uma mulher que está a passar por um processo de diagnóstico, que aguarda por uma biopsia à mama, da que acaba de ser submetida a uma cirurgia, ou daquela que inicia um tratamento de quimioterapia, cada um desses momentos anunciam diferentes desafios e, por conseguinte, podem encetar diferentes respostas que traduzem um pior ou melhor ajustamento (Cruzado & Olivares, 1999).

Na literatura científica emergem dois tipos de resposta emocional. Por um lado, uma resposta emocional que traduz um maior impacto de cada momento do processo de doença e concomitantemente um pior ajustamento. Por outro lado, transparece uma resposta emocional equilibrada face à doença, que implica um reduzido impacto de cada uma das etapas, o que permite concluir, à luz do modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984) que, a passagem pelo ciclo psico-oncológico não operou como stressor, uma vez que a mulher apresenta diferentes recursos pessoais que funcionaram como escudo protector, traduzindo um bom ajustamento (Fox, 1998).

Sendo certo que o cancro da mama é uma doença crónica que afecta cada vez mais mulheres, é importante considerar essas diferentes reacções emocionais que as mulheres apresentam ao longo do ciclo psico-oncológico (Buela-Casal & Moreno, 1999; Pereira & Lopes, 2002).

O processo de doença pode ser, para muitas mulheres, uma experiência de crise, que desencadeia a procura de sentido para esse acontecimento de vida e, muitas vezes, para a própria vida, o que pode implicar mudanças na forma de viver (Córdova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Pereira & Lopes, 2002; Shapiro et al., 2001; Weingarten, 2005). Por vezes a crise só se dissipa ao fim de um ano depois da cirurgia (Spencer et al., 1999).

Neste sentido, algumas mulheres fazem uma atribuição positiva, não encarando o seu cancro da mama como um trauma apesar dos efeitos negativos. Para estas, a passagem pelo ciclo psico-oncológico é considerada como uma transição psicossocial, que dá lugar ao crescimento (*growth*), um conceito de forte raiz nas perspectivas mais existencialistas, que traduz uma reestruturação na forma de olhar o mundo e o projecto de vida (Cordova et al., 2001). O aspecto positivo será, pois, a redescoberta da vida, a sua resignificação, que se traduz numa atitude de *posttraumatic growth* (Tomich & Helgeson, 2004).

Dadas estas diferentes possibilidades de reacção ao adoecer da mama é importante identificar as mulheres com necessidades específicas de reabilitação a nível físico, psicológico, social, sexual, ou outros, de forma a compreender qual o impacto da vivência da doença (Cruzado & Olivares, 1999).

A investigação tem destacado a multiplicidade de factores que condicionam estas diferentes respostas ao longo do ciclo psico-oncológico no cancro da mama.

A presença de características, como o controlo de emoções negativas, o baixo neuroticismo associadas à Personalidade Tipo C, tal como a influência da experiência passada de acontecimentos de vida negativos, podem influenciar negativamente a forma da

mulher reagir ao processo de doença (Hilakivi-Clarke, Rowland, Clarke & Lippman 1993; McKenna, Zevon, Corn & Round, 1999; Nielsen & Gronbaek, 2006; Petticrew, Fraser & Regan, 1999; Protheroe, Turkey, Horgan, Benson, Bowers & House, 2006).

Todavia, a mulher pode adoptar diferentes estratégias de *coping* que funcionam como recursos pessoais para fazer face ao processo de doença. As estratégias de *coping* focadas no espírito de luta e no evitamento tendem a ser consideradas positivas, pois permitem o controle da doença e a redução da ameaça, associando-se a um melhor prognóstico. Pelo contrário o fatalismo, o desânimo/fraqueza e a preocupação ansiosa são estratégias de *coping* consideradas como negativas, uma vez que se associam à vivência da perda e da ameaça, e a pior prognóstico (Carlsson & Hamrin, 1994; Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996; Cruzado & Olivares, 1999; Hampton & Frombach, 2000; Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden & Haes, 2004; Watson & Greer, 1998; Watson, Haviland, Greer, Davidson & Bliss, 1999).

Um outro recurso que pode atenuar o impacto do processo de doença é o suporte social percebido pela mulher. De facto, a percepção de um suporte social positivo e adequado (do companheiro, da família, dos amigos e dos profissionais de saúde) está associado a mais baixos níveis de stress e a um melhor ajustamento (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom, Stewart, Johnston, Bank & Fobair, 2001; Bolger, Foster, Vinokur & Ng, 1996; Carlsson et al., 1994; Hilakivi-Clarke, et al., 1993; Komproe, Rijken, Ros, Winnubst & Hart, 1997; Kornblith et al., 2001; Nells, McCaffrey, Blanchard & Ruckdeschel, 1991; Patrão, Leal & Maroco, 2007; Wong-Kim & Bloom, 2005).

Assim, a necessidade de compreender o impacto psicossocial dos diferentes momentos do ciclo psico-oncológico no cancro da mama é uma temática de interesse da Psicologia Oncológica, que se centra na investigação e intervenção das alterações psicossociais associados ao diagnóstico e tratamento do paciente com cancro e seus familiares (Buela-Casal & Moreno, 1999; Hewitt, Herdaman & Holland, 2004; Holland, 1998a; Holland & Marchini, 1998; Ogden, 1999; Pereira & Lopes, 2002).

Em concordância, o relatório da IARC (International Agency for Research on Cancer, 2003), quando define as áreas de interesse para a investigação em ciências sociais e do comportamento, salienta que o caminho da investigação nesta área será perceber o impacto psicossocial do cancro. Refere que o conhecimento científico sobre as necessidades psicossociais dos pacientes com cancro é escasso, quando passam pelo diagnóstico e tratamento da doença, e depois ao longo do tempo de sobrevivência. Por isso, aponta a necessidade de se realizarem investigações cujo contributo passe pela identificação de

factores no pré-tratamento e no tratamento relacionados com problemas psicológicos, analisando as consequências psicológicas de todo o percurso dos tratamentos e o impacto na QDV, de forma a desenvolver estratégias preventivas adequadas (IARC, 2003).

A presente investigação enquadra-se nesta área de interesse, pois tem como objectivo principal estudar o impacto do ciclo psico-oncológico do cancro da mama.

Pretende-se analisar a relação entre diferentes factores psicossociais, como sejam o estado e o controlo emocional, as estratégias de *coping*, o suporte social, o neuroticismo e a QDV, em mulheres com cancro da mama, nos três distintos momentos do referido ciclo. Esta abordagem será realizada de uma forma longitudinal (Estudo 1), transversal (Estudo 2) e através da construção de um modelo estrutural em cada um desses momentos (Estudo 3).

A partir da exposição de alguns aspectos teóricos e da sistematização do objectivo principal desta investigação delimitou-se a sua estrutura de apresentação, dividida em duas partes. A primeira referida à fundamentação teórica e, a segunda referida à metodologia, resultados, discussão e conclusões.

Na primeira parte, a fundamentação teórica divide-se em três capítulos. O primeiro capítulo contempla os aspectos clínicos e psicológicos relacionados com o cancro da mama e a sua prevenção. Realiza-se a caracterização do cancro da mama a nível etimológico, histórico e médico, apresentam-se os factores de risco associados, as directivas de rastreio, as diferentes técnicas de rastreio e diagnóstico, os níveis de incidência e mortalidade e as formas de tratamento. Para além disso, inclui-se uma abordagem sobre a importância dos comportamentos de adesão ao rastreio da mama e, explora-se a relação entre as variáveis psicossociais e a origem e evolução do cancro da mama.

No segundo capítulo da fundamentação teórica, concretiza-se uma revisão teórica dos factores importantes ao longo do ciclo psico-oncológico do cancro da mama, nomeadamente a personalidade Tipo C, o estado emocional, as estratégias de *coping*, o suporte social e a QDV.

No último capítulo, apresenta-se em cada estádio, as características inerentes e o seu impacto do ponto de vista psicossocial (Seligman, 1996).

Na segunda parte, o capítulo da metodologia engloba a apresentação do objectivo geral desta investigação, dos objectivos específicos relacionados com o Estudo 1, o Estudo 2 e o Estudo 3. Apresentam-se as variáveis, o tipo de estudo, os instrumentos e todos os procedimentos adoptados para a realização desta investigação, composta por três estudos diferentes, embora interrelacionados e complementares: o Estudo 1 que contem uma

amostra de trinta mulheres (n=30) avaliadas ao longo do tempo em três momentos diferentes, que correspondem aos três estádios do ciclo psico-oncológico; o Estudo 2 que engloba três amostras, cada uma com cento e vinte mulheres com cancro da mama (n=120), correspondentes aos três estádios (onde está incluída a amostra do Estudo 1); e o Estudo 3, que engloba a amostra total desta investigação (n=300).

Refere-se igualmente o material utilizado (bateria de questionários) e que foi alvo de uma Análise Factorial Confirmatória de forma a valida-los para a amostra total.

No Estudo 1 partiu-se para um estudo de comparação entre estádios, de forma a perceber a evolução psicossocial, através do recurso à Análise Inferencial. No Estudo 2 realizou-se uma Análise Inferencial de relação entre as variáveis estudadas de forma a perceber a resposta emocional, cognitiva e social, das mulheres, em cada momento da doença. No Estudo 3 construiu-se um Modelo Estrutural do impacto psicossocial de cada estádio, através da Análise de Equações Estruturais, um método recomendado nesta área de investigação (Shapiro, et al., 2001).

Por fim, nesta segunda parte, apresentam-se e discutem-se os resultados e expõem-se as principais conclusões e limitações da investigação.

PRIMEIRA PARTE

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De forma a compreender o que se passa ao longo do ciclo psico-oncológico do cancro da mama, considerou-se pertinente primeiro enquadrar a temática do **cancro da mama do ponto de vista clínico e psicológico**, nos aspectos preventivos e dos tratamentos.

A posteriori realiza-se uma **apresentação teórica dos conceitos psicossociais** enumerados como pertinentes, que tem como finalidade expor de forma breve cada um dos conceitos para que sejam melhor enquadrados na sua relação com o adoecer da mama. Na continuação, segue-se a **caracterização de cada estádio**, tendo em conta as suas diferentes características ao nível clínico e ao nível do impacto psicossocial.

ASPECTOS CLÍNICOS E PSICOSSOCIAIS NO CANCRO DA MAMA: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

Caracterização Etimológica, Histórica e Clínica do Cancro da Mama

Da Origem da Palavra

O cancro é referido em papiros médicos desde o tempo dos Egípcios e Persas (3500 A.C.), no entanto, é nos escritos de Hipócrates que se detecta a primeira definição de cancro, designadamente «carcinoma» ou «cirro» (Dias & Miranda, 1993).

O termo cancro tem origem do grego, da palavra *karínos* e, do latim, da palavra *câncer*. O seu significado etimológico advém do termo "caranguejo", por semelhança das veias inchadas dos tumores como as patas de um caranguejo (Holland, 1998a; Pereira & Lopes, 2002; Sontag, 1977).

No *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* (Torrinho, 1946) o cancro é definido como: *«Tumor que destrói os tecidos; cancer; cirro; mal que vai arruinando a pouco e pouco»* (pp.227).

Mais recentemente, no *Dicionário Universal da Língua Portuguesa* (1995), o cancro é definido como: *«Doença provocada por uma reprodução descontrolada de células malignas, que são independentes de qualquer tipo de controlo pelo organismo, acabando por invadir tecidos e órgãos e provocar alterações orgânicas; cirro; câncer; úlcera de proveniência venérea; (fig.) mal que vai arruinando progressivamente»* (pp.289).

Na primeira definição, datada de 1946, é possível perceber o marcado peso simbólico que o cancro transporta na sua caracterização, como algo associado à morte, à impossibilidade de cura e, por conseguinte, com muitos medos associados.

Por outro lado, na definição mais actual denota-se um carácter mais clínico, que de certa forma traduz algum avanço no conhecimento e controlo da doença. Contudo, no sentido figurado, contínua a aparecer o simbolismo negativo.

Breve Descrição Histórica

No século XIX pouco se conhecia quanto ao diagnóstico e tratamento do cancro, sendo a cura algo de raro. Para além disso, as causas do cancro constituíam uma área por explorar, o que fez emergir uma crença negativa em relação a esta patologia, centrada numa ameaça forte à vida (Holland, 1998a).

No início do século XX um diagnóstico de cancro estava associado a uma sentença de morte e impulsionava a estigmatização dos pacientes, o seu isolamento e humilhação. Existia o medo de que o cancro fosse uma doença contagiosa, à semelhança da tuberculose. O cancro da mama e o cancro genital eram comparados com algumas lesões causadas, por exemplo, pela sífilis e considerados doenças de transmissão sexual e, por isso, assumia-se a responsabilidade total do paciente, o que contribuía para que se sentisse envergonhado, estigmatizado e culpado (Holland, 1998a; Sontag, 1977).

Geralmente, a palavra cancro inibia a comunicação. Pouco se falava sobre a doença, donde o médico revelava o diagnóstico à família e nunca ao paciente (Holland, 1998a). O estigma associado ao cancro inibia a transparência da comunicação sobre a doença, tornando-a informação ambígua e imprecisa e colocando-a no domínio da mistificação.

Neste sentido, a estigmatização social promoveu o afastamento social do paciente com cancro, a sobrestimação da mortalidade e a subestimação da capacidade de controlar o cancro (Blanco et al., 2001; Die-Trill, 2000; Holland, 1998a; Pereira & Lopes, 2002).

Nos anos oitenta, a *American Cancer Society* iniciou a sua luta social contra o cancro, concretamente com o slogan *Fight Cancer With Knowledge*, como uma forma de alertar para a procura de informação correcta e esclarecedora sobre o cancro (Holland, 1998a).

Na mesma altura, a autora Susan Sontag, no livro *Illness as a Methaphor* (1977) expõe uma reflexão critica relacionada com o baixo nível de conhecimento sobre as causas e tratamentos possíveis do cancro, na população em geral, e compara as crenças negativas relativas ao cancro com as que existiram em relação à tuberculose.

Todavia, ao longo do tempo e à medida que a cirurgia e os tratamentos adjuvantes (quimioterapia e radioterapia) permitiram controlar a evolução do cancro e, até mesmo, chegar à cura, começa-se a assistir a uma mudança na comunicação e nas crenças à volta desta patologia. Estas evoluções terapêuticas possibilitam a consideração do cancro como uma doença crónica, o que desmistifica todas as crenças apresentadas (Blanco et al., 2001; Buela-Casal & Moreno, 1999; Ferreira, 1990).

Presentemente, a maioria dos cancros são tratáveis e curados, apesar de persistirem todos os medos inerentes ao diagnóstico desta patologia, relacionados com a incerteza quanto ao futuro (definido como o *Síndrome de Damocles*), para além da preocupação com o aspecto económico e profissional, uma vez que os tratamentos podem ser contínuos no tempo e impossibilitarem o paciente de estar profissionalmente activo durante o período da doença (Costa, 2004; Holland & Lewis, 2001; Pais Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2002).

Ao cancro da mama também se tem associado crenças negativas, ao longo dos tempos, sendo que a mulher com cancro da mama é alvo do que se chama de *Double-stigmatized*, o que indica, por um lado, que o diagnóstico da doença enceta um processo de afastamento social, pela dificuldade em lidar com a situação, e por outro lado, a atribuição de culpa à mulher, por se associar o diagnóstico de cancro à ausência de uma atitude preventiva, ou seja, a um comportamento de baixa adesão à mamografia e ao auto-exame da mama (Anagnostopoulos & Spanea, 2005).

A construção dessas crenças tem inerente um carácter de fatalidade, de morte, de desfiguramento, muito influenciada pela literatura não especializada e pelos *mass media*. Na análise de revistas populares, leigas nesta matéria, evidenciam-se as mensagens distorcidas ou exageradas sobre o cancro da mama (Anagnostopoulos & Spanea, 2005). Comenta-se com maior frequência o aumento da incidência e o número de óbitos por cancro da mama, do que a evolução dos tratamentos e o aumento da probabilidade de sobrevivência (Pais Ribeiro, 1998; Pais Ribeiro, 2007).

Características Clínicas

É importante ter informação sobre as características clínicas do cancro da mama, de forma a compreender a sua evolução e tratamento.

Quando se detecta um cancro da mama primário isso indica que a origem do cancro está na mama, mas existe a possibilidade de se tornar invasivo e do tumor viajar para outras áreas do organismo (cancros secundários ou metástases) (Kneece, 2005).

O cancro da mama desenvolve-se a partir de células localizadas na mama que perdem o controlo. A mama é constituída por gordura, tecido mamário, nervos, veias, artérias, tecido conjuntivo, músculo, lóbulos e ductos. Os lóbulos produzem leite que é transportado por finos canais, designados de ductos, até ao mamilo durante a amamentação, conforme se visualiza na figura 1 (Kneece, 2005).

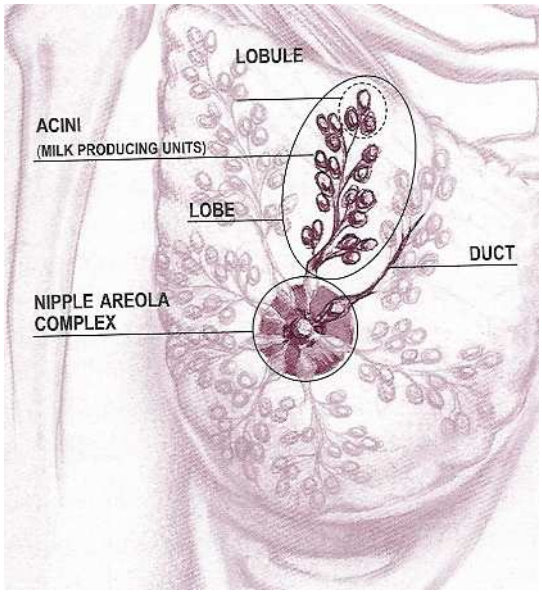


Figura 1. Constituição da Mama

Existem dois tipos de cancro da mama: os não invasivos (relativo aos ductos e lóbulos) e os invasivos (invadem o tecido circundante da mama) (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006).

O cancro não invasivo pode ser: ductal *in situ* (células anormais nos ductos) ou lobular *in situ* (células anormais nos lóbulos). O cancro ductal *in situ* represesenta dez por cento de todos os cancros da mama. A sua incidência tem aumentado, nos últimos anos, como efeito

de uma melhor detecção precoce (*screening*), pelo auto-exame, exame clínico ou mamográfico. Por sua vez, o cancro lobular *in situ* representa três por cento dos cancros da mama e é considerado um achado histológico, por não ter manifestação clínica, nem mamográfica.

O cancro invasivo pode ser: ductal; lobular; cancro inflamatório da mama; e doença de Paget. O cancro ductal invasivo é o mais frequente (75% dos casos), em comparação com o lobular invasivo. Já a doença de Paget tem uma apresentação rara, caracterizando-se pela presença de um lesão eczematóide do mamilo e da aréola. O cancro inflamatório da mama associa-se à presença de células tumorais nos vasos linfáticos da pele, bem como a doença metastática, causa habitual de morte (Passos Coelho, 2006).

Geralmente, para a formação de um nódulo, designado por tumor, inicia-se um processo de reprodução de células anormais, sem cessar (Ogden, 2004). Os tumores podem ser benignos ou malignos, sendo que os primeiros são constituídos por células muito parecidas com as normais que se circunscrevem ao órgão afectado e não migram para outras zonas, ou seja, não mestastizam.

Pelo contrário, os tumores malignos são constituídos por células anómalas, com uma aparência heterogénea, diferentes daquelas onde tiveram origem. Quanto mais anormais (anaplásicas) parecerem, mais agressivo e invasivo é o crescimento do cancro no órgão afectado, e maior é a sua capacidade de viajar para áreas adjacentes (metástases) (Holland, 1998b; Ogden, 2004).

Na fase de diagnóstico do cancro da mama cerca de noventa por cento das mulheres não apresenta metástases à distância.

A maioria dos cancros da mama ocorrem no quadrante superior e externo da mama, curiosamente com mais frequência na mama esquerda do que na mama direita (Kneece, 2005).

Os Factores de Risco Associados ao Cancro da Mama

O cancro da mama é uma doença para a qual se considera que contribuam diversos factores de risco, aos quais está associado um elevado grau de incerteza (Pereira & Mestre, 1997).

Os factores de risco, geralmente considerados, são de diferentes ordens, a saber (Hewitt, Herdaman & Holland, 2004; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006; Pereira & Mestre, 1997):

. Hormonais (exposição prolongada ao estrogénio por: menarca precoce, gravidez tardia, nuliparidade, menopausa tardia, excesso de peso depois da menopausa; uso de contraceptivos orais, terapêutica hormonal de substituição);

. Relacionados com o estilo de vida (dieta rica em gordura, obesidade, consumo de álcool e de tabaco);

. Relacionados com a idade (incidência de cancro da mama aumenta com a idade);

. Relacionados com a presença de doença benigna da mama e com a história prévia de cancro da mama;

. Relacionados com as influências da radiação;

. Relacionados com a susceptibilidade genética (alterações nos cromossomas 13 e 17 (alteração do gene supressor tumoral p53, localizado no braço do cromossoma 17), concretamente dos genes BRCA 1 e BRCA 2);

. Relacionados com os factores psicossociais - por exemplo: um nível elevado de stress pode manifestar-se através dos sistemas imunológico e hormonal e activar a reprodução de células malignas.

Devido à multiplicidade de factores de risco e, por conseguinte à reciprocidade de influências entre eles, não tem sido fácil determinar o papel de cada um destes factores, mas é importante tê-los em linha de conta na prevenção, nomeadamente para as pessoas geneticamente vulneráveis ou com cancro da mama em remissão, mas com risco de recidiva (Hilakivi-Clarke, et al., 1993; Tyczynski et al., 2002).

A Influência das Variáveis Psicossociais na Origem do Cancro da Mama

Teoricamente, interessa discutir, nesta investigação, a influência dos factores psicossociais na etiologia do cancro da mama.

A forma como se processa a articulação entre os dois mundos, biológico e psicológico, é explicada pela Psiconeuroimunologia, que parte da premissa de que a doença é multifactorial, pois resulta da interacção entre factores psicológicos, sistema nervoso central e o sistema imunitário (Bovbjerg et al., 1998).

Hilakivi-Clarke e colaboradores (1993) propõem um modelo explicativo, referindo que o principal factor que influencia o crescimento do tumor na mama será a interacção entre stress, personalidade, suporte social e o efeito dessa interacção na capacidade para lidar com o stress.

Contudo, algumas críticas são feitas a esta visão, nomeadamente pela existência de um grande número de indivíduos com cancro e que não evidenciam as características apontadas e vice-versa e, pela dificuldade em demonstrar a relação entre variáveis.

Neste sentido, e dada a complexidade da relação entre os mundos biológico e psicológico, podem considerar-se três hipóteses: a influência de uma personalidade caracterizada pela necessidade de agradar (*pleasantness*) e incapacidade de expressar emoções pode relacionar-se com a origem do cancro da mama; os acontecimentos de vida negativos podem preceder o diagnóstico de cancro da mama; e a presença de mal-estar psicossocial relaciona-se com menos anos de vida (McKenna et al., 1999).

A Personalidade Tipo C

A característica principal do indivíduo Tipo C é o controlo da expressão de emoções negativas (ira, ansiedade e tristeza) no relacionamento com os outros e perante situações de conflito, com tendência para ser pouco assertivo, ter um estilo cooperativo/submisso e baixo neuroticismo (Andreu, 2001; Holland & Lewis, 2001).

Fernández-Ballesteros (2002) fala do *state of the art* quanto à personalidade Tipo C, como um factor de risco e/ou progressão do cancro, dizendo que já Hipócrates associava o humor melancólico ao cancro, mas foi a partir da 2ª metade do Século XX que começou a ser investigada sistematicamente esta questão.

As primeiras hipóteses colocadas por Grossarth-Maticek, Bastiaans e Kanazir (1985) quanto à associação Personalidade/cancro têm-se revestido de alguma controvérsia. Referem que existem 6 tipos de personalidade relacionados com o desenvolvimento de certas doenças, como o cancro, em que o Tipo 1 *Inibição* é mais susceptível ao cancro e o Tipo 5 *Racionalidade* está associado à depressão e ao cancro. As críticas a esta tipologia e ao estudo em si centram-se na metodologia utilizada.

Apesar disso, foi com os estudos epidemiológicos de Grossarth-Maticek, Bastiaans e Kanazir (1985) na Jugoslávia, de acompanhamento de 1353 indivíduos, ao longo de 10 anos, que surgiu a repressão ou a negação de emoções negativas como variáveis associadas à mortalidade por cancro. Esta tendência foi avaliada através de uma entrevista de 11 itens de resposta dictómica. Os indivíduos com cancro respondiam positivamente a pelo menos 10 itens dessa entrevista. Posteriormente, comprovou-se que os indivíduos com cancro utilizavam mecanismos de defesa contra as emoções negativas (Swan, Carmelli, Dame, Rosenman & Spielberger, 1991)

Num estudo posterior Swan, Carmelli, Dame, Rosenman e Spielberger (1992) avaliaram: o controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade através de várias escalas; a hostilidade, o comportamento tipo A; o traço de personalidade neuroticismo; sintomas de depressão; e a desejabilidade social. Os resultados obtidos confirmam que todas as medidas de controlo emocional avaliavam o que se pretendia medir, pois relacionam-se umas com as outras e em especial a medida de controlo emocional CECS (Watson & Greer, 1983). Relacionam-se, ainda, com baixo neuroticismo e negativamente com as medidas de ansiedade, depressão, comportamento tipo A e hostilidade.

O controlo emocional funciona como um processo defensivo de repressão/negação de pensamentos, memórias, sentimentos perante estados emocionais intensos, algo difícil de avaliar, pois implica uma distorção do estado mental e da percepção da realidade. O que se avalia, de facto, é o efeito desse processo na percepção, cognição, comportamento, experiência e expressão das emoções. Por isso, mais investigações são necessárias, tanto quantitativas, como qualitativas, que esclareçam de forma mais incisiva o conceito de controlo emocional (Swan et al., 1992).

Um outro estudo, que partiu dos dados de Grossarth-Maticek, Bastiaans e Kanazir (1985) e de Watson e Greer (1983), teve como objectivo desenvolver outra escala de controlo emocional, no entanto, obteve os mesmos resultados: multidimensionalidade do constructo de controlo emocional (da ansiedade, depressão e raiva), que é constante em mulheres com cancro da mama, em comparação com mulheres saudáveis (Bleiker, Ploeg, Hendriks, Leer & Kleijn, 1983).

A escala desenvolvida por Watson e Greer (1983) avalia o controlo emocional da raiva, da ansiedade e da tristeza, diferencia mulheres com cancro da mama de mulheres saudáveis e é um constructo também validado quando comparado com questionários de personalidade e de ansiedade traço.

Mais tarde, Amelang, Sclmidt-Rathjens e Matthews (1996) realizaram um estudo com o objectivo de replicar as investigações de Grossarth-Maticek e colaboradores, mas reformulando aspectos metodológicos, comparando uma amostra com cancro com outra com indivíduos saudáveis. Concluíram que, parece não existir diferenças nas escalas que avaliam a inibição e as barreiras. Neste estudo, os participantes com cancro evidenciaram maiores níveis na inibição do que as pessoas saudáveis.

De forma contrária, num outro estudo, mas no qual se comparou mulheres saudáveis, com patologia benigna e maligna verificou-se que o elevado controlo emocional

(nomeadamente de emoções negativas, como a raiva) não diferencia os 3 grupos (Andreu & Ibanez, 1993).

Numa revisão de estudos posterior, sobre factores psicossociais e desenvolvimento de cancro da mama, apesar da modesta associação encontrada, o estilo de personalidade centrado no evitamento do conflito parece estar associado a mulheres com cancro de mama (McKenna et al., 1999).

O mesmo se comprova noutro estudo de comparação de mulheres saudáveis e com diagnóstico de cancro de mama, em que as segundas têm menor nível de ansiedade traço (Ruiz, Bermudez & Garde, 1999), e num estudo com uma amostra de mulheres portuguesas com cancro da mama, que evidenciam como uma das características da personalidade um baixo neuroticismo (Patrão & Leal, 2004a). Contudo, este dado já não se comprova num outro estudo, também de comparação entre mulheres saudáveis e com cancro da mama (Price et al., 2000a).

Assim sendo, verifica-se que os estudos apresentados de avaliação da Personalidade Tipo C, em mulheres com cancro da mama, revelam resultados contraditórios quanto à associação de algumas características da Personalidade Tipo C, como o neuroticismo e o controlo emocional, com a origem do cancro da mama (Andreu, 2001; Holland & Lewis, 2001).

Os Acontecimentos de Vida Negativos

Os acontecimentos de vida negativos são um dos factores, bastante referidos na literatura inglesa, francesa e americana, desde 1701, relacionados com a origem/progressão do cancro. A alteração do estado emocional, que pode ocorrer pela experiência de acontecimentos de vida negativos (por exemplo, perda do cônjuge/parceiro, divórcio ou perda do trabalho), propiciando uma depressão imunológica e, por sua vez, a fragilidade do sistema imunitário, pode favorecer o aparecimento da doença oncológica (Bayés & Xavier, 1999; Bovbjerg et al., 1998).

Perante um acontecimento negativo podem ocorrer algumas mudanças fisiológicas, designadamente a excitação do sistema simpático, o aumento da libertação de hormonas de stress, como as catecolaminas e os corticosteróides, e o aumento dos factores físicos, como o ritmo cardíaco, tensão arterial e muscular (Ogden, 1999).

Para avaliar as alterações das variáveis imunológicas, é importante medir e/ou controlar um conjunto de variáveis estranhas que podem perturbar o equilíbrio basal, tais como: o

ritmo cardíaco, a existência de patologias, a alimentação, a medicação, os hábitos tóxicos, a idade, a raça e o sexo. Isto indica que o sistema imunitário é complexo, há muitos elementos que interagem entre si, bem como existem muitos indicadores para medir a sua função e outros que o influenciam (Bayés & Xavier, 1999).

Por outro lado, para considerá-lo como um mediador (entre biológico e psicológico) é necessário que seja sensível às variações do funcionamento psicológico, nomeadamente em situações de stress, e que os indivíduos com alterações do estado emocional evidenciem alterações do sistema imunológico. Contudo, nem todos os indivíduos com cancro evidenciam essas alterações, por isso colocam-se duas hipóteses explicativas: o indivíduo sob stress pode mudar o seu estilo de vida (a nível da alimentação, consumos aditivos, de adesão a revisões periódicas e a tratamentos médicos, etc.) influenciando desse modo o seu sistema imunológico; e/ou o indivíduo pode não ter uma alteração do estado emocional declarada, mas latente, por reacções silenciosas em momentos críticos da vida e, como refere Coimbra de Matos (1980), faz um esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir, afectando assim também o seu sistema imunológico (Justo, 2001).

Existem evidências de alterações em algumas medidas do sistema imunitário perante acontecimentos negativos, o que permite atribuir à área da Psiconeuroimunologia uma compreensão de como se exerce a interacção entre biológico e psicológico. No caso do cancro da mama, demonstrou-se que os níveis das *Natural Killer Cells* podem aumentar por recurso a técnicas de relaxação (Andersen et al., 1998; Field, Ironson, Beutler & Vera, 2005). Contudo, esta relação nem sempre se comprova, como demostraram vários estudos (Gerits & Brabander, 1999; Osborne, Sali, Aaronson, Elsworth, Mdzewski & Sinclair, 2004; Pompe, Antoni & Heijnen, 1996; Sharpe, Walker, Walker, Green & Alwxandropoulos, 2006).

De uma forma cronologicamente organizada, os resultados dos estudos concretizam o facto de, mais recentemente, não se provar a relação dos acontecimentos de vida com a origem do cancro da mama (Hilakivi-Clarke, et al., 1993; McKenna et al., 1999; Nielsen & Gronbaek, 2006; Petticrew et al., 1999; Protheroe, Turkey, Horgan, Benson, Bowers & House, 2006; Ruiz et al, 1999).

Uma revisão de estudos, em 1993, verifica que os acontecimentos de vida com impacto muito negativo, como perda de uma relação emocionalmente significativa, doença do próprio, mudanças no estado de saúde de um familiar, problemas conjugais, acontecimentos traumáticos na infância (perda/separação dos pais, distância emocional dos

pais, mãe pouco carinhosa e pai autoritário) estão presentes em mulheres com cancro da mama (Hilakivi-Clarke, et al., 1993).

Aqui não se trata de contabilizar o número de acontecimentos de vida negativos, mas de avaliar o seu impacto emocional. Um acontecimento de vida negativo só poderá ser considerado um stressor, se for percebido como uma ameaça, de difícil relação e resolução (Hilakivi-Clarke, et al., 1993).

Num estudo de comparação entre mulheres com/sem diagnóstico de cancro de mama, concluiu-se que ter cancro da mama está associado a maior quantidade de acontecimentos familiares vividos como negativos, relacionados com perda de pessoas significativas (Ruiz et al, 1999).

Numa revisão de estudos, realizados na década de noventa, sobre factores psicossociais e desenvolvimento de cancro da mama, apesar da modesta associação encontrada, também a experiência de acontecimentos de vida negativos, como experiências de perda e separação na infância estão associados (McKenna et al., 1999).

Contrariamente, num estudo recente, com 399 mulheres, avaliadas antes do diagnóstico, não foi encontrado um maior número, nem maior gravidade de acontecimentos traumáticos em mulheres que depois viriam a ter diagnóstico de cancro da mama (Protheroe et al., 2006).

Numa meta-análise a conclusão é semelhante (Petticrew et al., 1999), referindo os autores que muitos estudos têm problemas metodológicos, e aqueles que são considerados com melhor qualidade metodológica, demonstram não haver associação.

Por fim, numa revisão actual de estudos sobre a relação dos acontecimentos de vida negativos e o desenvolvimento de cancro da mama, os autores também concluíram que a vivência de acontecimentos de vida negativos não aumenta o risco de desenvolver cancro da mama (Nielsen & Gronbaek, 2006).

Mediante os resultados apresentados fica claro que a hipótese de etiologia psicossocial no cancro existe, não como alternativa à etiologia biológica, mas como um complemento, a considerar na prevenção do cancro (Justo, 2001).

As Directivas de Prevenção do Cancro da Mama

O Código Europeu Contra o Cancro, na sua edição de 2003, refere que o diagnóstico precoce, que depende da vigilância esclarecida de cada um, é a condição indispensável para atingir boas percentagens de curas, uma cirurgia e tratamentos menos intrusivos, e por conseguinte menos repercussões no projecto de vida (European Code Against Cancer, 2003).

É importante que a mulher conheça a sua mama, mês após mês, através do auto-exame para, assim, poder detectar alguma mudança. A mamografia permite fazer um controlo clínico seguro mas, muitas vezes, a mulher nem sempre põe a sua saúde como prioridade. É comum escutar-se: «estou óptima, com uma saúde de ferro, não me dói nada». É o optimismo irrealista (Ogden, 1999), da perfeita saúde eterna. Na balança do custo-beneficio, a ansiedade que pode causar realizar o auto-exame mensal e/ou mamografia de rotina, anula o desejo da prevenção.

Segundo as directivas da Direcção Geral da Saúde (DGS, 2006) a mulher, a partir dos 40 anos deve realizar uma mamografia a cada 2 anos.

As *screening guidelines* da American Cancer Society (ACS, 2006), para uma detecção precoce do cancro da mama, são diferentes: as mulheres a partir dos 40 anos devem realizar uma mamografia anual e aos 20 anos devem iniciar o auto-exame mensal.

O cancro da mama preenche todos os critérios de viabilidade para ser disponibilizada uma técnica de rastreio às mulheres (Diplacido, Zauber & Redd, 1998), tendo sempre em conta os princípios éticos associados à realização de rastreios. Devem ser avaliados os benefícios e os custos a todos os níveis, nomeadamente no prolongamento da vida da mulher e na redução do impacto psicológico. Para além disso, o principio da equidade deve ser respeitado, bem como o direito de escolha, no sentido de promover a autonomia da mulher (Ogden, 1999).

Claro está que a responsabilidade da saúde é, em primeiro lugar individual, mas há uma parte importante de responsabilidade social, na qual o Serviço Nacional de Saúde intervém, pelo papel preponderante que lhe deve ser atribuído. É importante que a mulher tenha um incentivo do seu Médico de Família, como uma fonte motivadora do comportamento de adesão (Patrão & Leal, 2002).

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 estabelece como meta, no combate ao cancro da mama, realizar o rastreio a 60% das mulheres em idade de rastreio da mama (DGS, 2004b).

Este é um desafio para os sistemas públicos de saúde, que há um século atrás lidavam com desafios cujas soluções se afiguravam mais simples, como seja a distribuição de água potável para toda a população. Actualmente, o desafio é mais complexo, uma vez que são necessárias mudanças consideráveis ao nível do comportamento, com especificidades culturais e étnicas. Existe a necessidade de aumentar a investigação sobre os factores que estão associados à adopção de um estilo de vida saudável, essencial para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença (IARC, 2003).

A informação só por si não muda comportamentos, mas tem a vantagem de chegar a todos, e é positiva para os que estão num ponto de decisão, de contemplação e/ou preparação para a acção, segundo o modelo transteórico do comportamento (Ogden, 1999; Pais Ribeiro, 1998).

Em Portugal, muitas são as campanhas realizadas pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, onde se destacam todas as actividades do Movimento Vencer e Viver. Concretamente, no mês de Outubro de cada ano, considerado o mês da prevenção do cancro da mama, especificamente o dia 30, em colaboração com a Associação Laço, conseguem promover algumas campanhas nos *Mass Media*, como são o exemplo da publicidade em papel, em revistas e jornais de tiragem nacional.

Para além disso, a Associação Laço consegue desenvolver outras actividades, como são exemplo: a T-shirt lançada na Moda Lisboa 2006 e 2007 - Fashion Targets Breast Cancer -, uma iniciativa do mundo da moda, já acarinhada por muitos países; o apoio ao lançamento do Livro *Amigos do Peito* de Fátima Lopes (2006); e os concertos de Beneficência de artistas, tais como Mariza e Dulce Pontes.

O objectivo é sempre chegar a um maior número de mulheres e fazer ouvir a mensagem: a prevenção é a melhor arma, para além de angariar fundos que contribuem para o rastreio móvel do cancro da mama.

As Técnicas de Rastreio e de Diagnóstico

A primeira forma de detectar uma alteração mamária é a realização do auto-exame, a partir do qual a mulher pode encontrar um nódulo. Contudo, deve-se ter em conta que o

cancro da mama pode ter várias manifestações clínicas, para as quais a mulher deve estar informada e atenta, a saber (Ogden, 2004): alterações de volume ou forma da mama; depressões ou pregas na pele da mama; alterações cutâneas na mama e/ou no mamilo (calor, inchaço, comichão, vermelhão ou descamação); sangramento ou corrimento mamilar; mamilo retraído e invertido, ou apontando de forma diferente; desconforto ou dor persistente na mama.

De forma a facilitar o auto exame, já está acessível às mulheres a almofada «Aware», com duas faces de plástico, com conteúdo de silicone, que permite um auto-exame da mama mais simples, confortável e eficaz. É um produto licenciado pela *Food and Drug Administration* (EUA), sem comparticipação, nem divulgação pelos Serviços Nacional Saúde e Sub-Sistemas em Portugal.

A maioria dos nódulos («caroços») que a mulher encontra através do auto-exame são benignos, retratam um fibroadenoma ou um quisto constituído por células quase iguais às do tecido mamário, que se juntaram, e que a partir de certa altura param de crescer.

No entanto, a mulher deve manter uma vigilância medicamente assistida dessa situação, recorrendo ao seu Médico de Família (Pereira & Mestre, 1997).

A mamografia (raio X de baixa potência) é uma técnica bastante útil para esclarecimento de toda a situação clínica, indicada para mulheres a partir dos 40 anos. A ecografia (ondas sonoras de alta frequência) é uma outra técnica, comummente utilizada em mulheres mais novas por apresentarem os seios mais densos (Ogden, 2004; Pereira & Mestre, 1997).

Para esclarecimento do diagnóstico a mulher pode realizar, para além da mamografia e da ecografia, uma biopsia aspirativa, eco-guiada ou biopsia exicional. Na biopsia aspirativa aspirar-se, com uma agulha, uma pequena parte do tumor, que de seguida é analisada para esclarecimento diagnóstico. A biopsia eco-guiada ou exicional consiste numa pequena cirurgia, na qual se retira o nódulo, na primeira situação, localizando-o eco-graficamente, e na segunda por contacto directo, por ser visível (Ogden, 2004; Pereira & Mestre, 1997).

As células retiradas através destes diferentes tipos de biopsias têm como destino uma análise anatomo-patológica, que determina da presença ou não de células malignas neoplásicas (Ogden, 2004; Pereira & Mestre, 1997).

Para além destes exames, a mulher pode ainda realizar uma Ressonância Magnética, Raio X ao tórax e a Cintigrafia óssea, precisamente para esclarecimento diagnóstico e avaliação da extensão da doença, concretamente para avaliar da presença ou não de metástases à distância (Passos Coelho, 2006; Pereira & Mestre, 1997).

As mulheres mais novas, em risco (com história familiar, com risco genético e com história passada de cancro da mama) devem ser esclarecidas quanto aos benefícios e limitações de fazer uma mamografia numa idade mais jovem, bem como os exames adicionais (por exemplo, a Ressonância Magnética) (ACS, 2006).

O Significado dos Comportamentos de Adesão na Prevenção do Cancro da Mama

O cancro da mama é um tipo de cancro que obedece a todos os critérios que estabelecem a necessidade de apresentar à população uma técnica de rastreio, uma vez que: existe um aumento da incidência do cancro da mama; comprova-se a existência de uma fase pré-clínica detectada através da mamografia; e a técnica de rastreio tem uma relação custo-beneficio positiva (Diplacido et al., 1998).

A mamografia, como técnica de rastreio, pode ser apresentada à mulher sob três formas: oportunista, de massa e de risco. O primeiro surge quando se recorre a uma consulta por outro motivo. O segundo enquadra-se num programa disponibilizado a uma população residente numa determinada área. E, o último, realiza-se quando a mulher apresenta algum factor de risco (por exemplo, patologia mamária benigna) (Ogden, 1999).

Para que esta técnica de rastreio seja aplicada é importante a adesão das mulheres em idade de rastreio (a partir dos 40 anos) (DGS, 2006; European Code Against Cancer, 2003). No entanto, o que se verifica, por vezes, são comportamentos de baixa adesão, por parte das mulheres, à mamografia (Sarafino, 1994), o que indica que a mulher não tem um envolvimento activo, voluntário e em colaboração com a prevenção e manutenção da saúde (Turk & Meichenbaum, 1991).

A literatura aponta alguns factores psicossociais que podem exercer a sua influência (Diplacido et al., 1998). O nível de conhecimento sobre a prevenção, as crenças de saúde, os locus de controlo para a saúde, a expectativa de auto-eficácia e factores inerentes à relação médico - paciente podem ter um forte poder explicativo do comportamento de adesão à mamografia (Demarbre, 1994; Murray & McMillan, 1993; Sarafino, 1994; Wallston, 1992).

Decorre, assim, a necessidade de encontrar modelos teóricos que ajudem a organizar e compreender de forma sistemática o comportamento de adesão à mamografia.

O modelo de crenças da saúde apresenta uma abordagem compreensiva e explicativa das crenças e atitudes que influenciam os comportamentos relacionados com a saúde e a doença. Postula que a prontidão do indivíduo para compreender uma acção em saúde

depende de uma avaliação cognitiva acerca: da probabilidade de vir a desenvolver determinada doença (percepção de vulnerabilidade), da gravidade das consequências orgânicas e psicossociais de vir a ter essa doença (percepção de gravidade) e da percepção de obstáculos e benefícios que resultam da acção preventiva. Para além desta avaliação é necessário existir um estímulo que motive a acção, que pode ser externo (recomendação médica) ou interno (sintomas físicos) (Conner & Norman, 1996; Ogden, 1999; Pais Ribeiro, 1998).

De igual modo, o modelo transteórico do comportamento é considerado muito útil na compreensão e intervenção nos comportamentos de adesão à mamografia, uma vez que postula a existência de estádios que esclarecem quanto ao tipo de intenção e de decisão da mulher. Os estádios designam-se de: pré-contemplação, preparação, acção e manutenção do comportamento preventivo. Têm um carácter interactivo entre si, uma vez que não têm de ocorrer de forma linear, o que traduz diferentes níveis de decisão, onde a relação entre custos e benefícios emoldura o contínuo de mudança, que se traduz no comportamento (Ogden, 1999).

O modelo de auto regulação também fornece uma explicação, uma vez que sugere que os indivíduos realizam uma organização das suas representações sobre a doença, o que lhes permite interpretar alguma alteração física e planear o seu comportamento no sentido de prevenir a doença.

O modelo propõe 5 componentes: identidade (sintomas atribuídos a uma doença); causa (da doença); evolução (duração e percurso da doença); consequências (gravidade da doença e suas implicações na QDV a todos os níveis); e a cura/controlo (da doença). Estas 5 componentes permitem ao indivíduo organizar a sua representação sobre o que é a doença, por exemplo, o cancro da mama e, a partir daí, estabelecer a sua forma de prevenir da doença, lidar com as pessoas com diagnóstico de cancro da mama, ou até enfrentar individualmente esse diagnóstico (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992; Ogden, 1999).

A partir de uma abordagem da teoria da aprendizagem social podem-se enumerar tanto as expectativas de resultados positivos (locus de controlo), como as expectativas de comportamentos (eficácia) como determinantes importantes do comportamento. Neste sentido, as expectativas de auto-eficácia e as crenças do locus de controlo para a saúde predizem o comportamento relacionado com a saúde, nomeadamente a exames de rastreio do cancro da mama. É importante que a mulher acredite que tem capacidade para adoptar

um comportamento preventivo e que depende do seu controlo (Murray & McMillan, 1993; Wallston, 1992).

Vários estudos, sobre comportamentos de adesão à mamografia, têm utilizado, como base teórica, os modelos referidos, o que possibilita dar indicações de quais as variáveis de influência no comportamento de adesão à mamografia (Marinho & Teixeira, 2000; Reis & Teixeira, 2000; Santos & Teixeira, 2000; Skinner, Champion, Gonnin & Hanna, 1997).

Neste sentido, é importante que a mulher tenha um incentivo do seu médico de família, como uma fonte motivadora do comportamento de adesão. Para além disso, o conhecimento sobre o cancro da mama e sobre o rastreio, e uma elevada crença de vulnerabilidade, facilitam a adesão (Marinho & Teixeira, 2000; Diplacido et al., 1998; Patrão & Leal, 2002).

Uma crença de benefícios e uma auto-eficácia elevadas também contribuem para um comportamento de adesão ao auto-exame da mama (Reis & Teixeira, 2000).

No sentido de aumentar o comportamento de adesão da mulher ao rastreio do cancro da mama, Bloom (2000) considera que a primeira etapa da decisão da prevenção pode passar por pedir ou ser aconselhado pelos amigos e pela família, sendo óbvio que, se esta etapa resultar, a seguinte é a consulta médica. Não obstante, só nalgumas culturas o conceito de *familialism*, que implica relações de proximidade entre indivíduos da mesma família, tem sentido na determinação do comportamento preventivo.

Incidência e Mortalidade por Cancro da Mama

No Mundo

O cancro da mama é a patologia oncológica mais frequente nas mulheres em todo o mundo. A maior incidência observa-se na América do Norte e a mais baixa na Ásia e África. Na Europa o cancro da mama também é o mais frequente na população feminina. Nos países europeus situados a norte e a ocidente, concretamente na Holanda, Dinamarca, França, Bélgica e Suécia, encontra-se a maior incidência por cancro da mama (ACS, 2007; Ferlay et al., 2006; Tyczynski et al., 2002).

Nos EUA as estimativas para 2007, quanto à incidência e mortalidade por cancro da mama na mulher são respectivamente: 178.480 novos casos e 40.460 óbitos. Este é considerado o cancro com maior incidência na mulher, para o ano de 2007, no entanto, o

cancro dos pulmões é a primeira causa de morte por cancro na mulher (70.880 óbitos), seguida do cancro da mama (ACS, 2007).

Nos países considerados da União Europeia, em 1998, os números apontavam para uma incidência de 210.631 mulheres com diagnóstico de cancro da mama e para 73.592 óbitos por cancro da mama (Ferlay, Bray, Sankila & Parkin, 1999).

As estimativas para o ano de 2000, na Europa, já indicavam números superiores quanto à incidência e mortalidade por cancro da mama, concretamente: 350.000 novos casos de cancro da mama e 130.000 óbitos (Tyczynski et al., 2002). Para o ano 2006, as estimativas para a Europa revelam números idênticos relativamente à incidência - 319.000 novos casos de cancro da mama e números inferiores de óbitos por cancro da mama - 85.300 óbitos (Ferlay et al., 2006).

O número de mulheres sobreviventes, ao fim de 5 anos após o diagnóstico de cancro da mama, tem aumentado, tanto nos EUA, como na Europa (ACS, 2007; Tyczynski et al., 2002), pelo facto do cancro ser diagnosticado cada vez mais precocemente e pela evolução das técnicas de rastreio e tratamento.

Em Portugal

O cancro da mama, em Portugal, é também o cancro mais comum na população feminina. Contudo, Portugal inclui-se nos países do Sul da Europa com menor incidência de cancro da mama (Tyczynski et al., 2002).

As estimativas para Portugal, no ano 2000, da IARC (International Agency for Research on Cancer), apontavam para uma incidência de 4324 novos casos de cancro da mama e de 1596 mortes por cancro da mama (Tyczynski et al., 2002).

Os dados, ao longo dos anos, têm vindo a indicar um aumento do número de novos casos diagnosticados com cancro da mama e um decréscimo no número de óbitos pela mesma patologia (DGS, 2002).

Em 2004, os dados do relatório da DGS (Direcção Geral de Saúde) intitulado: *O Risco de Morrer em Portugal*, revelam que ocorreram 1443 óbitos por cancro da mama, registando-se um número de óbitos superior na região de Lisboa e Vale do Tejo (582 óbitos), seguida da região Norte (323 óbitos) e da região Centro (319 óbitos). A mortalidade é mais reduzida nas restantes regiões: Alentejo (67 óbitos); Algarve (59 óbitos); Açores (43 óbitos); e Madeira (46 óbitos) (DGS, 2004a).

Os números apresentados relativos à incidência, mortalidade e sobrevivência colocam um grande desafio, pois se há mais sobreviventes com cancro da mama, existe necessidade, por um lado, de compreender os factores que desempenham um papel importante no seu desenvolvimento e na sua evolução e, por outro lado, compreender o impacto do diagnóstico e dos tratamentos do cancro da mama, bem como projectar uma intervenção de forma a recuperar e manter a QDV.

Diferentes Tipos de Tratamentos

O tratamento para o cancro da mama pode ser local (cirurgia e radioterapia) e sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, braquiterapia e imunoterapia).

A cirurgia, geralmente, é o primeiro passo contra o cancro da mama. O tipo de cirurgia a adoptar é eleito em função de vários factores, que o Médico discute com a mulher, a saber (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006):

. Tipo de Tumor – detectado e confirmado pela biopsia e anatomia patológica;

. Tamanho do Tumor – avaliado pela mamografia, em cm e mm;

. Tamanho da Mama;

. Presença de Nódulos Linfáticos;

. Envolvimento de outras estruturas – pele, músculo, outros órgãos vizinhos;

. Reconstrução – qual o desejo da mulher realizar, no momento da cirurgia, ou mais tarde, a reconstrução;

. Saúde – aspectos ligados à sua saúde geral (por exemplo: diabetes, hipertensão) que possam limitar algum tratamento para o cancro da mama;

. Controlo local da Doença – aspectos ligados ao resultado estético da cirurgia, à funcionalidade do braço e do ombro, a futuras complicações e às prioridades pessoais quanto ao momento de realizar a cirurgia.

Os tipos de cirurgia que existem são, principalmente: a cirurgia conservadora da mama (parcial) e a mastectomia (total ou radical) (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006; Pereira & Mestre, 1997).

A cirurgia conservadora da mama tem como objectivo preservar a maior parte do tecido mamário e minimizar os efeitos psicológicos para a mulher, obtendo um resultado estético positivo para a imagem corporal e, simultaneamente removendo o tumor. Esta cirurgia pode ser de dois tipos: tumorectomia e quadrantectomia.

A primeira implica a excisão do tumor e de tecido normal circundante. A segunda implica a remoção de um quarto da mama (superior interno ou externo; inferior interno ou externo). Nos dois casos efectua-se sempre esvaziamento axilar homolateral com excisão dos glânglios axilares homolaterais (pela importância da sua avaliação na definição do prognóstico). Em certos casos, quando a mulher tem uma mama pequena, por vezes a cirurgia conservadora não é possível e opta-se pela mastectomia.

A mastectomia foi introduzida por Halsted, em 1894, para o tratamento de cancro da mama, que na altura incluía a extracção de todos os tecidos, incluindo os musculares. Presentemente existem dois tipos de mastectomias: a simples e a radical modificada. A primeira implica a remoção de toda a mama desde a clavícula até ao limite das costelas e do esterno até à parte de trás da axila, incluindo o mamilo, o excesso de pele, alguns gânglios, mas não os músculos. A segunda implica também a remoção total da mama, alguns gânglios linfáticos e parte do músculo da parede do peito, quando este se encontrar afectado pelo cancro.

No estádio precoce/inicial do cancro da mama a cirurgia conservadora é o tratamento mais indicado, juntamente com a radioterapia, enquanto que num estádio mais avançado da doença a mastectomia é a cirurgia mais indicada seguida de quimioterapia e, eventualmente radioterapia (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006; Pereira & Mestre, 1997).

Se existir esvaziamento axilar (retirada dos gânglios), quer na cirurgia conservadora, quer na mastectomia, podem surgir efeitos secundários ao nível do braço (dor e edema). Contudo, o esvaziamento axilar funciona como uma variável importante para o diagnóstico definitivo, onde se avalia da presença de metástases ganglionares axilares.

O resultado da análise da peça cirúrgica permite estabelecer um diagnóstico definitivo e tomar uma decisão clínica, quanto aos tratamentos a seguir, que podem ser mais ou menos intrusivos.

Internacionalmente a classificação adoptada para o diagnóstico de cancro da mama é a TNM (T – tumor; N – gânglios; M – metástases), que permite atribuir um estádio à doença (I, II, III ou IV) em função das características locais do tumor, dos gânglios e da presença ou não de metástases, como se pode observar na Figura 1 (Holland, 1998b; Passos Coelho, 2006; Wittekind, Hutter, Greene, Klimpfinger & Sobin, 2005).

Podem considerar-se quatro estádios de diagnóstico (Holland, 1998b; Passos Coelho, 2006; Wittekind et al., 2005):

. Estádio I – quando ainda não existe extensão da doença para além da mama e quando o tamanho do tumor não é superior a 2 cm;

. Estádio II – o tamanho do tumor situa-se entre os 2 e os 5 cm e existem metástases nos gânglios linfáticos móveis;

. Estádio III – o tumor possui mais do que 5 cm e verificam-se metástases nos gânglios linfáticos aderentes entre si.

. Estádio IV – um tumor de qualquer tamanho com extensão directa à parede torácica ou à pele. Existem metástases noutros orgãos (pulmões, fígado, ossos, cérebro ou medula óssea).

O prognóstico piora à medida que os estádios aumentam. O prognóstico de sobrevivência aos cinco anos do estádio I é de 86%, 58% no estádio II, 46% no estádio III e de 12% no estádio IV (Pereira & Mestre, 1997).

Estadio 0 - Tis
Estadio I - T1, N0, M0
Estadio II - A: T0, N1, M0 - B: T2, N1, M0
T1, N1, M0 T3, N0, M0
T2, N0, M0
Estadio III - A: T0, N1, M0 - B: T4, qualquer N, M0
T1, N2, M0 qualquer T, N3, M0
T2, N2, M0
T3, N1, M0
T3, N2, M0
Estadio IV - qualquer T, qualquer N, M1

Sendo:
T: Características locais do Tumor
Tx: tumor primário nao avaliado
To: sem evidencia de tumor primario
Tis: carcinoma in situ – carcinoma intra-ductal ou lobular, ou doença de paget sem tumor
T1: tumor < 2 cm
T1a - < 0,5 cm
T1b – 0,5 a 1cm
T1c – 1 a 2 cm
T2: Tumor entre 2 e 5 cm
T3: tumor > 5 cm
T4: tumor de qualquer tamanho com extensao directa à parede toráxica ou à pele
T4a – extensao à parede toráxica
T4b – edema (incluindo pele de laranja), ou ulceraçao da pele da mama, ou nódulos satélites
T4c – ambos os crtérios a e b
T4d – carcinoma inflamatório
N: Características dos Glânglios linfáticos axilares e da cadeia mamária interna
Nx: glânglios linfáticos regionais que nao podem ser avaliados
N0: glânglios linfáticos regionais sem mestástases
N1: metástases em glânglios linfáticos ipsilaterais movéis
N2: metástases em glânglios linfáticos ipsilaterais aderentes entre si ou a outras estruturas
N3: metástases na cadeia mamária interna ipsilateral
M: Ausencia/Presença de Metástases à distancia
Mx: a presença de metástases à distancia nao pode ser avaliada
M0: sem metástases à distancia
M1: metástases à distancia
PUL – pulmonares
BON – óseas
HEP – hepáticas
BRA – cérebro
LYM – glânglios linfáticos
+ vulgares
MAR – medula óssea
PLE - pleura
SKI - pele
OTH - outros

	T0	T1	T2	T3	T4
N0 M0	Estadio I				
N1 M0			Estadio II		
N2 M0				Estadio III a	
N3 M0					Estadio III
M1					Estadio IV

Figura 2 Classificação TNM dos Tumores Malignos

(Wittekind, Hutter, Greene, Klimpfinger e Sobin, 2005)

Após o diagnóstico definitivo o Médico, em conjunto com a mulher, opta pelos tratamentos adjuvantes a seguir. A mulher pode realizar radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, entre outros tratamentos (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006; Pereira & Mestre, 1997).

A radioterapia geralmente é o procedimento adoptado em mulheres que realizaram uma cirurgia conservadora da mama ou quando existem mais de quatro glânglios axilares positivos no esvaziamento axilar. Utiliza-se a radiação, com raios X de alta potência, diariamente, durante um período de tempo determinado pelo Médico, de forma a destruir as células cancerosas, impedindo a recidiva local e a propagação à distância. Este tipo de tratamento pode ser externo, provocando uma queimadura na região da mama e axila, ou interno (braquiterapia), através da inserção directa de material radioactivo na mama.

A quimioterapia implica o recurso a fármacos anti-cancerosos para matar as células cancerosas que ainda possam estar localizadas na mama e para prevenir a metastização à distância, através da corrente sanguínea, para outros orgãos. Implica alguns efeitos secundários, uma vez que também afecta as células normais. Os efeitos mais visíveis são: queda de cabelo (alopecia), perda de apetite, inflamação da boca ou mucosite, náuseas, vómitos, diarreia e fadiga.

A frequência dos ciclos de tratamento ocorre de três em três semanas, por um período de pelo menos quatro a seis ciclos, administrada sob a forma entérica, parentérica ou da combinação das duas. Recorre-se a uma associação entre diferentes fármacos citotóxicos (poliquimioterapia).

A hormonoterapia é utilizada quando o tumor é hormo-dependente, ou seja, a sua evolução depende de hormonas femininas como o estrogénio e a progesterona. O *Tamoxifeno* é a terapia hormonal mais conhecida e tem como efeito principal bloquear o estrogénio destinado à mama, embora possua outros mecanismos de acção mais complexos.

Quando a expressão dos receptores hormonais de estrogénio e de progesterona é positiva, pelo menos para um deles, considera-se um factor preditivo de boa resposta à hormonoterapia. Geralmente, é recomendada a toma diária durante cinco anos, e tem associado poucos efeitos secundários, entre os quais: afrontamentos, náusea e enfartamentos, aumento de peso, corrimento ou secura vaginal e raramente alterações visuais.

A imunoterapia, também conhecida como terapia biológica, utiliza o sistema imunitário, directa ou indirectamente, para fazer face ao cancro e, assim, minimizar os efeitos secundários dos tratamentos do cancro (Ogden, 2004).

O transplante de medula óssea é outro procedimento médico, complexo, no qual as células do sangue existentes na medula são introduzidas na paciente, seguido de uma dose alta de quimioterapia e/ou radioterapia. Existem três tipos de transplante de medula óssea: alogénico, singénico e o autólogo. O alogénico implica a transferência de medula de um dador compatível (geneticamente similar). O singénico envolve a doação de medula de um irmão gémeo, ou seja, só é passível de ser realizado perante a existência de um irmão gémeo. E no autólogo a mulher é, simultaneamente, dadora e recipiente. Geralmente, o alogénico e o singénico são indicados quando a doença está na medula (leucemia), enquanto o autólogo é usado quando a medula está sem doenças (Ogden, 2004).

No entanto, esta modalidade de tratamento não mostrou, em ensaios clínicos, resultados positivos no tratamento do cancro da mama, uma vez que não existiu aumento da sobrevivência, para além da toxicidade elevada.

Como formas de prevenção são consideradas também a quimioterapia e a hormonoterapia. A mulher pode realizar quimioterapia ou hormonoterapia por um período de tempo determinado pelo Médico de forma a prevenir a reprodução de células malignas (Tyczynski et al., 2002). Para além disso, a mulher também pode realizar uma mastectomia profiláctica, não obstante, são formas de prevenção bastante intrusivas e com indicações específicas.

A mastectomia profiláctica é adoptada por mulheres que, depois de realizarem uma avaliação e aconselhamento genético, são informadas que estão em risco de poder vir a desenvolver cancro da mama. A elevada percepção de risco e o elevado nível de preocupação com a doença contribuem para a sua decisão. Este tipo de medida preventiva tem sido adoptado, nomeadamente nos EUA (Diji et al., 2003).

A reconstrução mamária é o passo seguinte após a mastectomia profiláctica e, claro está, também muitas vezes adoptada, pelas mulheres, após realizarem uma cirurgia total como tratamento de um cancro da mama diagnosticado.

A mama tem associado a si vários símbolos: do feminino, da sexualidade e da maternidade. A perda da mama, para muitas mulheres, implica a perda de uma parte importante de si. Por isso, a reconstrução é uma opção (Kneece, 2005; Ogden, 2004).

Existem, pelo menos, dois tipos de reconstrução disponíveis: implantes mamários e o deslocamento da pele e músculo de outra parte do corpo. Na primeira situação aplica-se

um implante mamário sob a pele ou sob os músculos do peito. Na segunda situação aplica-se um retalho de tecido (do abdómen, das costas ou das nádegas).

De uma outra forma, algumas mulheres preferem adoptar uma prótese, encaixada num *soutien* apropriado, de forma a não realizarem mais cirurgias (Kneece, 2005).

A Importância das Variáveis Psicossociais na Evolução do Cancro da Mama

Quando se consideram os aspectos psicológicos e sociais na adaptação ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama é importante estabelecer uma perspectiva de continuidade ao longo do tempo da experiência do cancro.

Neste sentido, **no momento inicial do adoecer da mama**, muitas podem ser as reacções psicológicas, pela palavra (cancro) que ainda pode ser considerada tabu, pela associação à morte, pela percepção de que os tratamentos vão ser violentos e intrusivos e pela necessidade contínua de ligação aos hospitais e a uma equipa de saúde (Hewitt, Herdaman & Holland, 2004; Ogden, 2004).

A mulher, quando adopta um comportamento de adesão ao rastreio do cancro da mama, pelo auto-exame e/ou pela mamografia, pode não pensar nas consequências da descoberta de um nódulo e de um resultado positivo, a todos os níveis da QDV.

Para compreender e ajudar a mulher, neste momento, é importante ter em conta: como decorria a sua vida antes de entrar no processo de diagnóstico (que objectivos, que projectos, que conflitos, que suporte social, que estado emocional); que crenças (negativas/positivas) tem sobre a patologia oncológica e os seus tratamentos; e que estratégias de *coping* utiliza em situações de adversidade e/ou traumáticas (quando existam) (Goodwin, Zhang & Ostir, 2004; Michael, Berkman, Colditz, Holmes & Kawachi, 2002).

A reacção emocional característica, geralmente, é de choque inicial e descrença, seguida de um fase de confusão com sentimentos mistos de ansiedade, depressão, irritabilidade, falta de apetite e problemas ao nível do sono, bem como pensamentos intrusivos sobre o futuro. Este tipo de resposta assemelha-se muito à resposta a um acontecimento negativo e, se persistir, com elevados níveis de ansiedade e depressão ao longo de várias semanas, é classificada no DSM IV (APA, 1994) como uma perturbação de adaptação, com ansiedade e/ou depressão, ou mista (Massie & Popkin, 1998).

Nem sempre assim acontece, uma vez que um estudo recente indica que a entrada no primeiro estádio do ciclo psico-oncológico da mama, quando a mulher sabe que existe uma

suspeita inicial de cancro da mama, não se associa a um aumento dos níveis de ansiedade e depressão (Montgomery et al., 2003).

Contudo, a maioria dos estudos comprova que existe um impacto emocional significativo quando é colocada a hipótese de diagnóstico de cancro da mama, decrescendo os níveis de ansiedade e depressão ao longo do tempo.

Por vezes, o estado de incerteza inicial pode provocar mais ansiedade, do que o próprio acontecimento adverso (diagnóstico de cancro da mama) e, por isso ao longo do tempo, os níveis de ansiedade diminuem, mas os níveis de depressão aumentam, pela necessidade de encarar uma nova existência e uma ameaça permanente à vida (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie & David, 2002).

De igual forma, noutro estudo comprova-se que os níveis de depressão baixam, apesar de não aumentar a percepção de bem-estar (Stommel, Kurtz, Kurtz, Given & Given, 2004), ao contrário do que concluíram Turner, Kelly, Cheryl, Allison & Wetzig (2005), uma vez que os níveis de depressão e ansiedade baixaram e denotou-se uma melhor QDV ao nível físico.

Para além disso, é importante considerar os antecedentes, o que estava antes da entrada no ciclo psico-oncológico da mama. É um dado que as mulheres com um diagnóstico de depressão anterior, têm tendência a rejeitar o tratamento, e têm menor sobrevivência do que as mulheres sem diagnóstico de depressão (Goodwin, Zhang & Ostir, 2004).

A presença de acontecimentos traumáticos e negativos recentes, antes do diagnóstico de cancro, de igual modo, influenciam directamente o estado emocional na vivência do cancro, contribuindo para níveis superiores de ansiedade e depressão (Green et al., 2000). Os acontecimentos de vida negativos que geralmente as mulheres referem são a perda de um familiar ou amigo (Mckenna et al., 1999), problemas económicos, que depois se agravam com o cancro (Golden-Kreutz & Andersen, 2004).

Neste estádio inicial do adoecer da mama, uma estratégia de *coping* positiva e satisfação com o suporte social são importantes e relacionam-se directamente com a estabilidade emocional (Patrão, Leal & Maroco, 2007).

O nível de neuroticismo também tem um papel importante no processo de coping em situações de doença, uma vez que indivíduos com elevado neuroticismo são susceptíveis de passar por emoções negativas como a depressão, ansiedade ou raiva. Tal acontecimento relaciona-se com o uso de estratégias de coping de pobre resultado, ou seja, passivas e focadas na emoção, como o desânimo/fraqueza (Lee-Baggley, Preece & Delongis, 2005).

Deste modo, os elevados níveis de ansiedade e depressão relacionam-se com a utilização de uma estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza, com o controlo das emoções negativas, e com pior QDV ao nível físico (Bleiker, et al., 1995; David et al., 2006; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Ywamitsu et al., 2003).

Outra questão importante é a imagem corporal, que quando avaliada no início da doença, geralmente não é a principal preocupação, mas sim o dilema vida/morte, a sobrevivência, o que já não acontece mais tarde com todos os tratamentos intrusivos (por exemplo, a mastectomia), em que a imagem corporal e a sexualidade são áreas de insatisfação (Bloom, Stewart, Johnston & Banks, 1998).

A morbilidade psicológica pode agravar-se **depois da cirurgia** e, de forma geral, nessa fase, conforme aponta um estudo que inquiriu 1249 mulheres com cancro da mama, avaliadas através do BSI (*Brief Symptoms Inventory* - Canavarro, 1995), 32.8% dessas mulheres evidenciam níveis elevados de depressão e ansiedade (Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001).

De forma a lidar com o impacto do momento pós-cirúrgico, pode ser benéfico para a mulher, no início, utilizar o evitamento, somando tempo para lidar com a sua nova imagem corporal, e até pode ser considerado um «evitamento saudável», na medida em que não se nega a existência da doença, mas negam-se as implicações que a doença pode ter. Acredita-se, assim, na sobrevivência e, em última análise, nesta tentativa de transformar o negativo em positivo, adopta-se uma atitude resiliente (Nosarti et al., 2002).

Todavia, nem sempre o evitamento cognitivo, após a cirurgia, é positivo, por vezes está associado a uma alteração do estado emocional, pior imagem corporal e limitação nas interacções sociais, o que implica pior ajustamento psicossocial ao longo dos diferentes estádios (Hack & Degner, 2004; Vos, et al., 2004).

Algumas investigações evidenciam, tanto o evitamento (Hampton & Frombach, 2000; Schou, Ekeberg & Ruland, 2005) como o desânimo/fraqueza (Watson et al., 1999), como estratégias de *coping* menos activas relacionados com uma resposta mal adaptada, pior QDV global e funcional, e pior prognóstico da doença (Carlsson et al., 1994; Patrão, Leal & Maroco, 2007; Watson et al., 1998). Enquanto que as estratégias de *coping* mais activas, face à cirurgia, como o optimismo e o espírito de luta, estão associados a uma resposta mais adaptada, a uma melhor QDV global, melhor suporte social percebido e melhor prognóstico da doença (Patrão, Maroco & Leal, 2006d; Schou et al., 2005; Vos et al., 2004; Watson et al., 1998).

Geralmente, neste processo de adaptação, as mulheres mais novas têm um estado emocional mais alterado e recorrem a estratégias de *coping* mais passivas, que traduzem um maior impacto psicossocial após a cirurgia (Cohen, Hack, Moor, Katz & Goss, 2000; Compas, Stoll, Thomsen, Oppedisano, Epping-Jordan & Krag, 1999; Ell et al., 2005).

Contudo, por vezes a presença de suporte social poderá ser um elemento fundamental, sendo que, quando o marido e/ou companheiro proporciona suporte emocional, os níveis de depressão e ansiedade baixam e melhora a QDV (Baucom, Porter, Kirby, Gremore & Keefe, 2006; Yeo, Kwan, Teo, Nip, Wong, Hin, & Johnson, 2004).

Neste contexto, a literatura evidencia que algumas mulheres dão sentido positivo às experiências traumáticas, donde **o tratamento e a entrada na sobrevivência** podem ser entendidos dessa forma, uma vez que algumas mulheres com cancro da mama referem alterações positivas na sua vida, nomeadamente: tornar-se mais aceitantes; focar-se nas relações de amizade e familiares mais importantes; mudar as prioridades da vida. Curiosamente, num estudo, as mulheres com cancro da mama mostram maior crescimento depois do trauma do que as mulheres saudáveis (Tomich & Helgeson, 2004).

Quando existem mudanças positivas, a mulher expressa um *benefit-finding* ou *posttraumatic growth*, que pode incluir: melhor relação com a família e amigos, sentido de competência, mudanças nas prioridades, maior força emocional, espiritualidade a um nível mais profundo e desejo de aproveitar, cada dia, de forma preenchida (Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002).

Alguns estudos relacionam a percepção de benefícios com baixa ansiedade e depressão, utilização de estratégias de *coping* activas, e melhor QDV a todos os níveis, o que representa um reduzido impacto psicossocial do processo de doença (Lechner et al., 2006; Tomich & Helgeson, 2004).

Os recursos psicossociais da mulher têm influência no seu bem-estar geral no fim dos tratamentos e ao longo da sobrevivência (Carver et al., 2005). Podem existir diferentes trajectórias, sendo claro que, na maioria dos estudos, as mulheres que expressam um menor impacto da doença têm melhor suporte social, mais recursos pessoais, um estado emocional equilibrado, e uma boa QDV geral e a todos os níveis (físico, emocional, sexual e social) (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz & Rowland, 1999; Helgeson, Snyder & Seltman, 2004; Holland & Holahan, 2003; Nosarti et al., 2002; Shimozuma, Ganz, Petersen, & Hirji, 1999; Schou et al., 2005).

Esta será a trajectória mais positiva e mais saudável, e que vai permitir à mulher enfrentar as novas exigências da sua rotina, predominante em mulheres mais velhas sem antecedentes de história familiar de cancro da mama (Friedman et al., 2006).

Nem sempre é seguida a mesma trajectória positiva, existindo claramente uma falha dos recursos psicossociais, ao nível físico, emocional, social, sexual e utilização de estratégias de *coping* passivas, que implica um maior impacto psicossocial dos tratamentos e, por conseguinte, um pior ajustamento à doença (Golden-Kreutz et al., 2005; Schreier & Williams, 2004; Schou et al., 2005; Hack & Degner, 2004), nomeadamente nas mulheres mais novas (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998; Ganz, Greendale, Petersen, Kahn & Bower, 2003).

Quando a trajectória da mulher é, de facto, negativa, o cancro é entendido como um acontecimento traumático, e assim sendo a mulher pode desenvolver um Distúrbio de Stress Pós-Traumático, que implica um constante reviver do trauma (APA, 1994; Serra, 2002).

Desta forma, identificar e conhecer as mulheres que lidam positivamente com o cancro da mama pode ajudar as que têm uma trajectória mais negativa (Avis et al., 2004).

AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAS

Personalidade Tipo C

A personalidade é uma estrutura estável do indivíduo, que influencia a forma como este reage perante ocorrências da vida, que tende a ser mais ou menos consistente ao longo do tempo. Alguns traços da personalidade são importantes na forma como o indivíduo se comporta em situações de stress (por exemplo, o diagnóstico de um cancro), como recursos pessoais, atenuantes do stress, nomeadamente a capacidade de resiliência, optimismo, sentido de humor, auto-conceito e auto-estima elevada (Serra, 2002).

A definição de personalidade é uma tarefa bastante complexa, pela diferença que tem dos outros conceitos da Psicologia, que se debruçam sobre um aspecto particular do indivíduo. O estudo da personalidade implica ver o indivíduo como um todo, naquilo que o torna único e o distingue dos outros (Botelho & Leal, 2001). Pervin (1990), no *Handbook of Personality: Theory and Research*, refere que, desde as suas origens históricas, pela diversidade de teorias e metodologias, a personalidade não tem tido uma só definição. Lima (1997), no seu trabalho de validação do questionário NEO-PI-R (Personality Inventory – Reviewed), refere que existe uma diversidade infinita de definições para o termo personalidade, e coloca a questão se será do mesmo constructo que se escreve, ou de outros diferentes, mas com o mesmo nome. Já Allport, um dos pioneiros nesta área, referia esta diversidade (Botelho & Leal, 2001).

A proposta feita por McAdams, em 1990, parece ter sido um bom contributo nesta área. A personalidade deverá conter 3 níveis de análise: traços disposicionais (dimensões genéricas e descontextualizadas); preocupações pessoais (dimensões motivacionais, desenvolvimentistas, estratégicas da personalidade, e contextualizadas); e histórias de vida (dimensões relativas à fase adulta, que enfatizam o desenvolvimento e a individuação do self). Também Costa e McCrae, em 1994, referem-se à personalidade como um sistema composto por traços e processos dinâmicos, que influenciam o funcionamento psicológico (Botelho & Leal, 2001).

Esta abordagem da personalidade pelo traço já remonta aos tempos de Galeno, que tinha uma tipologia baseada em 4 tipos de humor (sangue, fleuma, bílis amarela, bílis

preta), que remetiam para diferentes temperamentos (sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico). No Século XX outros dois autores, Krestschmer e Sheldon, apresentam diferentes tipos de temperamento relacionados com a teoria tri-partida para a classificação física (picnico, asténico, atlético (Botelho & Leal, 2001). Uma das razões para o retorno actual à teoria dos traços passou pelo desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores, que organiza hierarquicamente os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N); Extroversão (E); Abertura (O); Amabilidade (A); Conscienciosidade (C).

Na história do conceito de Personalidade, para além dos modelos de *Traço*, podem considerar-se outros modelos dominantes como: o *Psicodinâmico*, o *Situacionismo* e o *Interacionismo*. De forma genérica os modelos de *traço* e *psicodinâmico* consideram as características e as fontes dinâmicas do indivíduo; o *situacionismo*, refere-se à importância das situações e do seu significado psicológico; por fim, o *interacionismo* interessa-se pela contribuição dos dois modelos anteriores (Endler & Edwards, 1982).

Muitas são as críticas em torno do estudo da Personalidade, no entanto, Costa e McCrae em 1985, autores bastante considerados nesta área, apresentam um questionário segundo o Modelo dos Cinco Factores, que disponibiliza uma forma válida de avaliação deste conceito – Personalidade (Lima, 1997). E mais do que isso, a partir das suas investigações percebe-se a importância da relação entre neuroticismo e doença. Parece que os indivíduos não contraem mais doenças, antes têm uma percepção e comunicação de sintomas enviesada, continuamente, mesmo na ausência de doença. Assim sendo, a personalidade será uma variável disposicional, que se for considerada, pode impelir à prevenção como estratégia (Botelho & Leal, 2001).

Nos últimos quarenta anos, com o contributo da psicossomática, considerou-se que os traços de personalidade são importantes na relação com o estado de saúde, por se ter encontrado uma associação entre determinado perfil psicológico em pacientes com a mesma patologia física. Isto, apesar da relação mente/corpo por vezes ser difícil de considerar sem controvérsia. A relação entre personalidade e saúde pode passar por 3 aspectos: os traços de personalidade podem ter um papel na etiologia da patofisiologia, ao produzirem alterações neuro-endócrinas e imunológicas; os traços de personalidade podem também funcionar como mediadores do stress, como estilos de *coping*; e, por último, os traços de personalidade podem ser indicadores da probabilidade de adoptar comportamentos de risco para a saúde (Botelho & Leal, 2001).

Muitos são os estudos desenvolvidos nesta área – Personalidade vs Cancro - no entanto, por diferenças metodológicas, relacionadas com a utilização de diferentes instrumentos de medida, diferentes momentos de avaliação, e a ausência de controlo de factores como a idade e a história familiar de cancro, não revelam evidências fortes. Se, de facto, existe um padrão de controlo emocional, ou uma resposta de controlo emocional face a uma situação de ameaça como o diagnóstico de cancro, essa associação não está clara (Fernández-Ballesteros, 2002).

Por outro lado, pode-se colocar a questão da influência dos problemas de saúde na personalidade, e se esse efeito depende da natureza do problema pois, por exemplo, um paciente com cancro, em remissão, mas sem certeza quanto ao futuro, pode ter valores superiores em neuroticismo, pelo medo da recorrência.

Alguns estudos, de comparação de mulheres com e sem diagnóstico de cancro de mama, evidenciam que o maior controlo de reacções emocionais, como a ansiedade e a tristeza, está presente em mulheres com cancro da mama (Bleiker et al., 1995; Fernandez-Ballesteros & Garde, 1998; Patrão & Leal, 2004b; Ruiz et al, 1999; Ywamitsu et al., 2003).

Esta questão foi explorada por Kreitler e colaboradores (1993) através da avaliação de um grupo de mulheres, antes e depois de realizarem uma cirurgia, sendo que as mulheres com cancro da mama só adoptam o controlo emocional como estilo de *coping* depois da cirurgia, em comparação com mulheres que realizaram outro tipo de cirurgia não relacionada com o cancro. Desta forma, existe uma resposta de controlo emocional face à doença, e não um controlo emocional padrão.

Num estudo recente, as conclusões são semelhantes. Avaliaram-se 71 mulheres antes e depois do diagnóstico em comparação com mulheres saudáveis: antes do diagnóstico as mulheres com cancro da mama não diferem das mulheres saudáveis quanto ao controlo emocional e ansiedade, no entanto, depois do diagnóstico têm elevados níveis de controlo emocional, associados a baixos níveis de ansiedade. Assim, o contexto do diagnóstico de cancro da mama facilita a adopção de um estilo de *coping* de controlo emocional, não estando relacionado com um padrão comportamental pré-mórbido (Zachariae et al., 2004).

Fernández-Ballesteros (2002) ao rever a literatura refere que muitas são, de facto, as dificuldades encontradas para chegar a uma resposta cientificamente coerente. As dificuldades passam pela multiplicidade de medidas e constructos psicológicos utilizados para avaliar o padrão Tipo C, em diferentes tipos de cancro, com diferentes características, e obviamente com amostras e designs metodológicos variados, que impossibilita uma conclusão.

A polémica é uma constante. Existe uma personalidade pré-existente, ou existe um estilo de *coping* de controlo emocional, adoptado face à situação de diagnóstico de cancro da mama.

A origem deste tipo de personalidade, para a teoria psicanalítica está na somatização de conflitos emocionais. Na mesma linha, a teoria da personalidade Tipo C ou o estilo de *coping*, proposto por Temoshok em 1987, sugere que os pacientes com cancro são caracterizados pelo controlo emocional.

Neste sentido, a personalidade Tipo C está associada a sujeitos com um *Interpersonal Style*, onde se destaca o facto de, nas relações com os outros, serem cooperativos, pouco assertivos, com tendência para o auto-sacrifício, evitamento do conflito, e respeito pela autoridade. Para além disso, suprimem, negam ou não expressam emoções negativas, e experienciam depressão (Fernández-Ballesteros, 2002).

Face a esta situação, sabe-se que a expressão emocional se relaciona com melhor saúde (Spiegel et al., 1999; Spiegel & Giese-Davis, 2002), e se assim acontece, a necessidade de suporte emocional deve ser considerada. A expressão das emoções traz um benefício em lidar com situações traumáticas e negativas e, neste sentido, Spiegel e colaboradores (1999) recomendam a expressão emocional como forma de melhor estar na saúde.

Estado Emocional

Estar emocionado implica não só experienciar uma emoção, mas um complexo estado emocional, composto por várias emoções que se desenvolvem perante um determinado acontecimento de vida positivo ou negativo. A ansiedade e a depressão são estados emocionais comuns e relacionam-se com uma perda que ameaça a identidade mantida ao longo do tempo, causando incerteza de como se enfrentará o futuro (Lazarus, 1999).

Desta forma, tanto a ansiedade, como a depressão, encerram uma forma afectivamente negativa de enfrentar ameaças externas inerentes a determinados acontecimentos de vida negativos (Fernández-Abascal, Sánchez & Díaz, 2003).

Do ponto de vista teórico, nesta investigação, interessa apresentar e discutir, exactamente, a alteração do estado emocional reactiva a um determinado acontecimento negativo ou a vários, considerada no DSM IV (APA, 1994) como perturbação de adaptação, com ansiedade e/ou depressão, ou mista.

Acontecimentos de Vida Negativos

Quando as características do ambiente são exigentes ou desorganizadoras para o indivíduo fazem-no entrar em stress e alteram o seu estado emocional. Neste sentido, o indivíduo ao defrontar-se com acontecimentos de vida negativos sente uma interferência negativa na sua homeostasia - pressuposto inerente às *Stimulus Oriented Theories* (Derogatis, 1982).

A investigação na área dos acontecimentos de vida tem origem em diferentes fontes, nomeadamente: no conceito de Cannon's (1929) da existência de um antecedente emocional numa mudança física; na avaliação de acontecimentos de vida no diagnóstico clínico - *life chart* (Meyers,1951); nos estudos com vítimas de desastres naturais ou causados pelo homem (Lindemann, 1944); e no síndrome referido por Selye's (1956) - *General Adaptation Syndrome*, que alerta para o facto de que, a acumulação de acontecimentos vividos de forma não intensa, ainda que stressantes, pode diminuir a resistência do corpo e tornar-se grave (Perkins, 1982).

Entre a década de cinquenta e setenta surgiram algumas escalas, como o *Schedule of Recent Experience* (SER – Hawkins e Holmes, 1957; Rahe, Meyer, Smith, Kjaer e Holmes, 1964) e o *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ – Rahe, 1974), específico para mudanças na vida e na doença, que foram promissoras na avaliação do stress, por serem menos objecto de respostas inválidas e de distorções da memória.

Aceitou-se, também, que o stress pode resultar de um processo cumulativo de acontecimentos de vida e, por conseguinte, muitos têm sido os estudos que os relacionam com o estado de saúde (física e mental), pois o efeito acumulativo dos acontecimentos de vida negativos influencia a resistência, diminuindo-a, e aumentando simultaneamente a vulnerabilidade à doença (Derogatis, 1982).

Não obstante, surgem algumas críticas, que põem em causa essa relação dos acontecimentos com o estado de saúde. Algumas salientam o diferente peso que podem ter diferentes acontecimentos de vida, para além da dificuldade de uniformidade metodológica nos estudos desta área, que colocam problemas para realizar conclusões gerais (Derogatis, 1982).

Contudo, por ser extremamente importante a avaliação do impacto subjectivo dos acontecimentos, e não só o seu número, surge, ainda na década de setenta, outra escala, desenvolvida por Horowitz, Wilner e Alvarez (em 1979), que permite a classificação do

impacto do acontecimento (de muito negativo a muito positivo), para além de ter em conta a existência de diferentes tipos de acontecimentos de vida (Derogatis, 1982).

Para além disso, é importante considerar, quando se realiza uma avaliação do impacto subjectivo de determinado acontecimentos de vida, que existem factores mediadores que podem interagir com as características inerentes a esse acontecimento de vida, de forma a influenciar a resposta emocional, concretamente as características sócio-demográficas, o estilo de vida e a personalidade. Estas características pré-existentes no indivíduo podem determinar o impacto de um acontecimento de vida, por exemplo de carácter negativo, no sentido de reduzir o seu impacto e traduzir uma resposta emocional equilibrada (Perkins, 1982).

Ansiedade

A ansiedade é uma resposta emocional amplamente experienciada e até determinado grau pode ser considerada uma resposta adequada às exigências diárias a todos os níveis. Tem inerente um sistema de processamento de informação, com um carácter de ameaça, que mobiliza previamente acções preventivas (Fernández-Abascal et al., 2003).

Dentro de limites adequados a ansiedade pode ajudar a melhorar o rendimento e a capacidade de adaptação a acontecimentos negativos, uma vez que permite a mobilização de recursos de forma a reduzir a ameaça (Fernández-Abascal et al., 2003).

Por outro lado, pode-se tornar patológica quando os sintomas e comportamentos associados se intensificam e interferem nas actividades de vida diárias do indivíduo (Paulino & Godinho, 2002).

Desta forma, a ansiedade em menor ou maior grau pode dificultar o fluir da vida consciente, associada ao registo antecedente de uma perigosidade numa situação relacional que, quando surge, desencadeia uma resposta adaptativa automática (Coimbra de Matos, 2002).

As situações que originam uma resposta ansiosa podem ser de vários tipos: nas situações interpessoais (por medo da critica, de rejeição, da interacção social, do conflito, da avaliação e da agressão); nas situações de morte, incapacidade, doença e intervenções cirúrgicas; nas situações de contacto com animais; e nas situações que implicam estar num sitio público (por exemplo: centro comercial, elevador, túnel, autocarro) (Fernández-Abascal et. al., 2003).

Os sintomas associados à ansiedade podem ser somáticos e psicológicos. Nos primeiros encontram-se o mal-estar abdominal, a boca seca, dificuldade em engolir, aperto torácico, tensão muscular, entre outros. Nos segundos evidencia-se a apreensão, a preocupação, a agitação, a irritabilidade, o medo e dificuldade de concentração, inerentes à antecipação de que algo irá suceder de imediato (Lazarus, 1999; Paulino & Godinho, 2002).

As diversas teorias tecem diferentes considerações à volta da questão da ansiedade. Para a teoria psicanalista a ansiedade será um sinal de que existe uma pulsão inaceitável que tenta emergir ao consciente, o que implica a necessidade de desencadear um mecanismo de defesa adequado. De outra forma, para a teoria existencialista não é mais do que o confronto que o Homem tem com o fim da sua existência, e para o qual deve desenvolver mecanismos de forma a levar uma vida autêntica. Para as teorias da aprendizagem social, a ansiedade será uma resposta do organismo a estímulos dolorosos ou perigosos. Por fim, do ponto de vista biológico surgem alguns considerandos da existência de uma predisposição genética e de interacções fisiológicas que se relacionam com o estado de ansiedade no indivíduo (Fernández-Abascal et al., 2003; Paulino & Godinho, 2002).

A experiência de um quadro clínico de ansiedade terá um bom prognóstico, se associado, existir um ambiente envolvente ao indivíduo de baixo stress, maturidade emocional, suporte social e estabilidade nas relações interpessoais, bem como satisfação profissional (Paulino & Godinho, 2002).

Por vezes, o indivíduo necessita de recorrer a ajuda psicológica, em graus moderados de ansiedade, com eficácia comprovada da terapia cognitivo-comportamental. Em graus mais severos de ansiedade ou naqueles que o tratamento psicológico não resulte benéfico opta-se pela terapêutica farmacológica (Paulino & Godinho, 2002).

Depressão

A depressão implica um sentimento negativo de tristeza, caracterizado por um decréscimo no estado de ânimo habitual, pela redução da actividade cognitiva e comportamental, associada a situações de perda de algo importante para o indivíduo ou face a uma situação adversa. A perda de um ente querido ou a vivência de uma doença, como o cancro, são exemplos que podem dar início a um estado depressivo (Fernández-Abascal et al., 2003).

O indivíduo deprimido apresenta uma distorção do pensamento, à qual Beck (1970) chamou de *tríade cognitiva*, uma vez que o pensamento é caracterizado por uma visão negativa do próprio, do mundo e do futuro.

A perda afectiva é uma importante causa de depressão, que pode ser reactiva ou patológica. Ao ser reactiva, a depressão é considerada normal e ligada a um processo de luto. Ao ser patológica, a depressão implica um estado de angústia, por perda de um objecto relacional, entendido pelo o indivíduo como uma perda de uma parte de si (Coimbra de Matos, 2001).

Desta forma, a depressão pode ter a sua origem num acontecimento de vida muito negativo para o indivíduo, geralmente de perda, rejeição, desilusão ou fracasso e, por conseguinte um estado de vulnerabilidade propícia a depressão. Esse estado de vulnerabilidade está muitas vezes relacionado com baixa auto-estima e pouco suporte social (Brown, 1996).

O indivíduo apresenta-se com uma atitude e visão pessimista perante os acontecimentos diários, uma expressão facial e vocal alteradas, e baixo nível de atenção e concentração, para além de, a um nível psicofisiológico, denotar-se uma baixa do tonus muscular, aumento da condutividade dérmica e do cortisol no sangue (Fernández-Abascal et al., 2003).

Os sintomas mais comuns são a tristeza ou o humor deprimido, o abatimento, diminuição da energia vital, desânimo ou diminuição do entusiasmo, insónia e choro (Coimbra de Matos, 2001). Esta sintomatologia implica alguma alteração nas competências sociais habituais do indivíduo, para além de mais dificuldade em resolver problemas na relação social (Fernández-Abascal et al., 2003), o que na continuação implica alguma redução na possibilidade de ter relações sociais significantes, associando-se um sentimento de vazio, de perda de contacto com o mundo externo e à vivência do relacionamento como um acontecimento negativo (conflitos no relacionamento com familiares, filhos e com o companheiro/a) (Carvalho & Gonçalves, 1999).

A perpetuação de um estado depressivo tem, necessariamente, custos profissionais, relacionais, económicos e sociais, por isso a sua detecção precoce e tratamento melhoram o prognóstico, e inevitavelmente anulam o sofrimento prolongado no tempo (Barbosa & Pais Ribeiro, 2000).

As Estratégias de *Coping*

Quando o indivíduo está perante um stressor, a forma como avalia essa situação é muito importante, pois se a encarar como um desafio, tem um stress construtivo (benéfico, *eustress*), mas se a encarar como uma ameaça, constitui um stress destrutivo (sofrimento, *distress*). O tipo de avaliação centrado no desafio implica uma resposta de *coping* mais persistente, com diminuição do stress, comprovado também pelos padrões de resposta hormonal (Holroyd & Lazarus, 1982).

As teorias que explicam o mecanismo do stress podem ser divididas em 3 tipos: *Stimulus Oriented Theories*; *Response Oriented Theories*; *Organism Oriented/ Interactional Theories*. As primeiras consideram que o stress advém das exigências e desorganização do ambiente; as segundas apontam a amplitude e o padrão da resposta emocional do indivíduo a acontecimentos de vida, como o que define a presença ou não de stress - estas teorias devem muito, do seu desenvolvimento, aos trabalhos de Selye (1970), com o *General Adaptative Syndrome*; as últimas, enfatizam o ponto de vista interaccional, ou seja, através dum sistema de interacções recíprocas entre o indivíduo e o ambiente surge uma resposta, que pode ser de stress (Derogatis, 1982).

A investigação na área do stress tem tido o desejo de compreender as quebras no comportamento adaptativo observado em situações extremas, como na guerra, nos campos de concentração, no luto, e em situações de ameaça grave (por exemplo, violação) (Holroyd & Lazarus, 1982).

Mesmo em condições extremas de stress, este não pode ser considerado só pelo acontecimento stressante em si (como nas *Stimulus Oriented Theories*). O indivíduo já tem a sua história, não é passivo, e pode já ter um determinado nível de stress com significado pessoal, e desenvolver esforços para o controlar e atenuar as suas consequências (Holroyd & Lazarus, 1982).

Avaliar o stress e a forma como se reage a ele é objectivamente difícil, mas existem, de facto, melhores e piores formas de lidar com um acontecimento negativo e com o stress que causa, que apesar de tudo nem sempre é considerado destrutivo (Haan, 1982).

As estratégias de *coping* representam a forma de lidar com os acontecimentos indutores de stress. Estes acontecimentos são avaliados como algo que ultrapassa os recursos pessoais, para os quais, no reportório de comportamentos, não se tem uma resposta

automática. A resposta a esses acontecimentos é eficaz quando reduz a perturbação sentida e evita, no futuro, um prejuízo no bem-estar geral (Serra, 2002).

Apesar de existirem vários modelos de *coping*, o modelo de Lazarus e Folkman (1984) é bastante usado no estudo do stress causado por uma ameaça à vida. Tem como base um *Modelo Transaccional*, cujo interesse é o indivíduo e o meio em interacção, sendo o *coping* definido como um esforço para lidar com as exigências externas ou internas. As externas são o acontecimento em si, e as internas a reacção emocional. Esta diferenciação leva ao *coping* focado no problema (resposta externa) e focado na emoção (resposta interna). O que implica que o *coping* é um processo, e não um acontecimento.

Parece claro que, o impacto das exigências do exterior na experiência de stress e no processo de avaliação e adaptação a essa experiência é mediado cognitivamente. O esforço para lidar com essas exigências, do exterior e do interior e com o conflito entre essas exigências, como algo que está a acontecer agora, pode contrastar com outras variáveis de influência na resposta ao stress, que definem diferenças individuais como, por exemplo, os traços de personalidade e os acontecimentos de vida negativos passados.

Existem outras abordagens teóricas que tentam compreender a questão do *coping*: a Teoria Psicanalítica, a Teoria do Ciclo de Vida, a Teoria da Evolução e da Modificação do Comportamento, e as Perspectivas Cultural, Social e Ecológica (Moos & Billings, 1982).

Na Teoria Psicanalítica considera-se que o ego resolve os conflitos entre os impulsos do indivíduo e os constrangimentos da realidade exterior, através de mecanismos cognitivos, com função de defesa (da realidade) e centrado nas emoções de forma a reduzir a tensão.

Na Teoria do Ciclo de Vida dá-se importância à acumulação de recursos pessoais para lidar com diferentes situações ao longo da vida.

De outra forma, a Teoria da Evolução e Modificação do Comportamento, preocupa-se com a existência de competências para resolver problemas e com a avaliação que o indivíduo faz da situação em que necessita de dar resposta, sendo a auto-eficácia um dos recursos importantes.

A última perspectiva referida dá relevo às fontes ambientais como uma ajuda para a avaliação que o indivíduo faz das situações, e consequente resposta.

Todas as teorias dão o seu contributo, que se for integrado, resulta num Modelo Integrativo, que conceptualiza a avaliação e a resposta a um acontecimento stressante mediatizadas por, recursos pessoais e do exterior, em interacção (Moos & Billings, 1982).

Várias têm sido as tentativas para classificar a forma como o indivíduo avalia e lida com uma situação de stress (avaliação e *coping*). O indivíduo pode utilizar estratégias

orientadas para a resolução directa do problema, outras para a atenuação das emoções sentidas, ou mesmo para a busca de apoio social. Estas estratégias podem surgir isoladas, ou em conjunto e são consideradas eficazes se de facto reduzirem o stress (Serra, 2002).

Nas estratégias focadas no problema o indivíduo segue um plano de acção até eliminar a causa do stress, o que corresponde à procura de informação e ajuda de forma a tomar uma direcção na resolução do problema, pela negociação de alternativas ou até mesmo pela recompensa, criando novas fontes de satisfação.

De outra forma, as estratégias focadas na emoção são utilizadas para reduzir a tensão emocional, em que o indivíduo pode procurar alguém para compartilhar o problema, evitar ou aceitar o problema, para além de poder ter comportamentos de risco para a saúde, fruto de uma fuga para a frente e do descontrolo emocional. Contudo, estas estratégias por vezes podem ser úteis, pois permitem um certo distanciamento do problema e uma análise mais objectiva (Lazarus, 1992; Moos & Billings, 1982; Serra, 2002).

A classificação das estratégias de *coping*, centradas no problema e na emoção, é uma das possíveis e, geralmente, avaliada pelo questionário de Folkman e Lazarus, elaborado em 1988, intitulado *Ways of Coping* (Lazarus, 1992).

Diferentes formas de *coping* podem ocorrer no contexto, por exemplo, de uma doença. Um indivíduo com cancro pode ter que lidar com diferentes situações negativas inerentes à doença oncológica, em cada estádio e, por isso, adoptar estratégias de *coping* distintas (Lazarus, 1992).

Se a estratégia de *coping* que o indivíduo adopta resulta, no sentido de equilibrar o estado emocional, existe uma tendência para voltar a utilizá-la perante um outro acontecimento negativo (Lazarus, 1992).

Desta forma, o processo de *coping* numa situação de diagnóstico e de tratamento de uma doença, como o cancro, pode ser um importante determinante do curso da doença e dos cuidados médicos recebidos (Holroyd & Lazarus, 1982).

Surgem na literatura várias investigações na área do cancro da mama que recorrem a diferentes classificações de estratégias de *coping*. O ponto em comum é, de facto, a existência de estratégias mais positivas e adaptativas e que favorecem o ajustamento emocional, em comparação com outras que são mais negativas e anulam a possibilidade desse ajustamento (Watson & Greer, 1998).

Várias investigações utilizam a classificação proposta por Watson e Greer (1994), mensurável através do questionário - *Mini Mental Adjustment Cancer* (Watson e Greer,

1994). Esta classificação divide-se em 5 estratégias de *coping* diferentes, a saber: o espírito de luta, o evitamento, o fatalismo, a preocupação ansiosa e o desânimo/fraqueza.

O espírito de luta indica uma atitude optimista, de desafio perante a doença, e de percepção de controlo quanto ao seu desenvolvimento.

No evitamento pode ser minimizado e/ou negado o diagnóstico e, desta forma, não se fala ou pensa sobre a doença.

O fatalismo traduz a aceitação passiva da doença. Enquanto que na preocupação ansiosa transparece uma ansiedade constante, pela percepção da doença como muito ameaçadora.

Por último, o desânimo/fraqueza está associado a uma atitude pessimista, em que a doença é vivida como uma perda, e o seu desenrolar será sempre muito negativo, sem controlo.

As primeiras duas estratégias são consideradas mais positivas, em comparação com as restantes (Watson & Greer, 1998).

Suporte Social

A década de 70/80 é considerada como um marco teórico na conceptualização do suporte social. Existem múltiplas definições de suporte social, para além de diversas formas de o mensurar (Rios, Torres & Díaz, 1992).

A definição mais antiga foi apresentada por Moos, em 1973, como referem Rios et al. (1992) ao enumerarem uma lista histórica de 19 definições de suporte social. Contudo, acrescentam que, da diversidade de definições, se salientam características comuns admitidas pela maioria dos autores, a saber: o suporte social inclui diferentes tipos de suporte, e remete para a percepção individual.

O suporte social deixou de ser entendido como um conceito unitário, mas antes multi-dimensional e pode ser considerado como a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado, valorizado e que pertence a um grupo com obrigações mútuas. Ou de uma forma mais geral, refere-se a diferentes graus de necessidades de afecto, aprovação, pertença e segurança num grupo (Bloom, 2000).

Adoptando uma definição mais recente, pode dizer-se que o suporte social se refere a um conjunto de mecanismos que através das relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos prejudiciais do stress na sua saúde, bem-estar e na QDV, que deve estar presente independentemente dos acontecimentos de vida negativos (Serra, 2002).

De início, considerava-se o suporte social pela quantidade de amigos que se tinha, mas recentemente inclui-se a avaliação da satisfação percebida do suporte social fornecido pelos outros (Ogden, 1999). Desta forma, deve ser avaliada a percepção de suporte social de cada indivíduo, e não só o número de pessoas da sua rede social.

No geral, as fontes mais importantes de suporte são a família, amigos e, os profissionais de saúde, sendo que os primeiros referem-se à rede de suporte social informal e o último à rede de suporte social formal (Lieberman, 1982; Pais Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2002).

A transacção interpessoal, na rede social, pode ocorrer com base em diferentes aspectos: preocupação emocional; ajuda instrumental; informação sobre o ambiente; informação sobre o próprio. Esta troca pode dar-se com qualquer membro da família, com amigos, com profissionais, na comunidade, ou em grupos de apoio (Helgeson, Cohen e Fritz, 1998).

Podem considerar-se dois níveis de análise do suporte social. No nível estrutural analisam-se as características das redes sociais (quanto ao tamanho, composição, densidade, dispersão e homogeneidade). No nível funcional, avaliam-se os conteúdos funcionais das relações (suporte emocional, instrumental, informativo e o de avaliação ou estima) (Bloom, 2000).

Estes dois níveis de suporte social estão relacionados, uma vez que, dependendo do tamanho da rede social, o indivíduo terá mais ou menos oportunidade de experimentar diferentes tipos de suporte funcional (Bloom, 2000).

O último nível de suporte social representa os diferentes tipos de suporte, actualmente divididos da seguinte forma (Bloom, 2000; Hamilton, Sandelowski & Faan, 2004; Serra, 2002):

- Emocional, Afectivo ou de Estima - ocorre quando o indivíduo se sente estimado pelos outros (quando recebe amor, amizade, apoio, segurança), apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a sua auto-estima;

- Perceptivo - permite ao indivíduo efectuar uma avaliação mais correcta do seu problema, dar-lhe outro significado e estabelecer objectivos mais realistas;

- Informativo - corresponde às informações e conselhos que ajudam a compreender melhor as situações difíceis de perceber, facilitando a tomada de decisão;

- Instrumental - consiste na ajuda concreta em termos materiais/serviços que o indivíduo recebe de forma a resolver um problema;

- Convívio Social - traduz-se no sentimento de estar acompanhado, de fazer parte de uma rede social, e participar em várias actividades sociais.

Todos os tipos de suporte social são úteis, mas dependendo do grau de controlo do stress, há uns com um efeito mais consistente que outros. O suporte instrumental e informativo são úteis quando a situação é controlável, pois ajudam a resolver o problema de forma definitiva. Mas, quando a situação não é controlável, o apoio emocional é o único possível, pois facilita o controlo de emoções negativas, quando existem poucas soluções. O apoio perceptivo é útil para corrigir a distorção da realidade e é muito utilizado em intervenções terapêuticas (Serra, 2002).

Duas teorias tentam explicar o papel do suporte social no estado de saúde (Ogden, 1999). A *Hipótese do Efeito Principal* sugere que a simples presença de suporte social é benéfica e, a sua ausência causadora de stress. De outra forma, a *Hipótese da Protecção Contra o Stress* sugere que o suporte social influencia a apreciação do indivíduo sobre o stressor, no sentido da protecção.

Outros autores consideram diferentes modelos explicativos. No *Modelo do Efeito Directo/Aditivo*, a presença de suporte social influencia directamente o impacto emocional de uma doença como, por exemplo, o cancro. No *Modelo de Protecção*, o suporte social tem um efeito protector com repercussões positivas no ajustamento emocional do indivíduo, por exemplo a uma doença, mas só se isso for uma necessidade do indivíduo. No *Modelo de Combinação* (directo/protector), por um lado o suporte emocional tem uma influência directa no impacto da doença, por outro o suporte tem um efeito protector sobre o acontecimento de vida negativo e, por conseguinte, no ajustamento emocional (Kornblith et al., 2001).

Assim sendo, o suporte social que cada indivíduo percepciona da sua rede social influencia, de diferentes formas, a sua saúde física e mental, perante uma situação de stress (Lieberman, 1982).

Qualidade de Vida

A QDV é um conceito recente no âmbito da saúde e da doença, abarcando diversas definições, bem como formas de avaliação. O primeiro estudo a focar a QDV e as suas dimensões foi publicado em 1976, no qual se atribuía importância às experiências da vida como contributo para condicionar o seu desenvolvimento (Pais Ribeiro, 2004).

A QDV pode ser entendida como o bem-estar mental, físico, social e não somente a ausência de uma doença e/ou incapacidade, que se associa na totalidade à definição de saúde da Organização Mundial de Saúde. Pode, também, ser entendida como uma percepção de satisfação em domínios da vida importantes para a pessoa, ou mesmo a diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer na sua vida (Pais Ribeiro, 1998; Pais Ribeiro, 2001; Pais Ribeiro, 2007).

Existe uma longa tradição em definir QDV, muitas vezes sem clareza, dada a sua subjectividade e multi-dimensionalidade. No entanto, é consensual que a QDV depende da satisfação que o indivíduo tem com o seu nível de funcionamento (físico, emocional, social e sexual) em comparação com o possível. Isto indica que dois indivíduos podem ter objectivamente as mesmas características, no entanto, ter uma percepção da sua QDV diferente, por isso mesmo, por ser uma percepção subjectiva (Bloom, Stewart, Johnston & Banks, 1998; Pais Ribeiro, 2001).

Na definição de QDV destacam-se cinco abordagens que contribuíram para as correntes actuais (Menezes, Ribeiro & Silva, 2002):

. Abordagem Psicológica – pressupõe a distinção entre ter uma doença e sentir-se doente. Enquanto o modelo médico se centra na existência da doença, a avaliação da QDV baseia-se na experiência da doença;

. Abordagem Custo-benefício – fundamenta-se na dicotomia quantidade de vida versus qualidade de vida;

. Abordagem Centrada na Comunidade – considera o impacto da doença na comunidade, iniciando-se a avaliação da QDV por parâmetros fisiológicos e estendendo-se a todo o vasto conjunto de parâmetros sociais, de personalidade, até à comunidade.

. Abordagem Funcional – centra-se em aspectos funcionais do ser humano ignorando os aspectos emocionais, salientando ainda, que o sujeito tende a reorganizar a sua vida num todo harmonioso, tendo em conta os aspectos funcionais, físicos, sociais e psicológicos que se ajustam às consequências de uma doença incapacitante;

. A Lacuna de Calman – conceptualiza a QDV como a lacuna entre as expectativas do doente e o que conseguiu realizar. Quanto menor for a lacuna melhor será a QDV.

As definições, apenas ao nível da funcionalidade do indivíduo, foram dando lugar a definições multidimensionais, tendo em conta a perspectiva individual acerca do bem-estar físico, mental e social (Cella, 1998). Recentemente, o grupo de estudo da QDV da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) define-a de forma abrangente, pois considera que a QDV é a percepção que o indivíduo tem da sua postura na vida, no âmbito da cultura

e dos sistemas de valores em relação com seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Bennett, 2002).

Neste sentido, a QDV não deriva apenas da capacidade individual para se envolver num conjunto de acções e comportamentos, mas engloba uma avaliação sobre a satisfação que o indivíduo tem relativamente às actividades em que se consegue envolver. Assim sendo, a QDV incluiu vários aspectos, a saber: psicológicos, sociais, ocupacionais, e físicos (Bennett, 2002).

Quando se considera a saúde e a doença, pode-se falar de **QDV relacionada com a saúde (QDVRS)**. Esta é específica à saúde e à doença, implica a avaliação das mesmas dimensões e, geralmente, está significativa e positivamente relacionada com a avaliação da QDV geral (Pais Ribeiro, 2001; Pais Ribeiro, 2007).

Os elementos básicos da QDVRS são a sua característica multidimensional, a valorização da percepção do próprio paciente e o equilíbrio entre a QDV percebida e a desejada. É, portanto, um conceito referente aos cuidados de saúde no geral ou a uma doença específica, monitorizando, deste modo, a evolução dos tratamentos, na medida em que foca especialmente os sintomas da doença ou os efeitos secundários do tratamento (Pais Ribeiro, 2001).

A eleição do instrumento de medida da QDV define-se pela necessidade em avaliar características gerais ou especificas da doença. Muitos autores sugerem que o instrumento ideal deve combinar, exactamente, a avaliação de aspectos gerais da QDV e aspectos específicos inerentes às características das doenças (Bennett, 2002).

Avaliar o impacto da doença na QDV começou a ser possível com o desenvolvimento de alguns questionários, actualmente, bastante conhecidos, como é o exemplo do SF 36 (Short Form 36) (Bennett, 2002).

A QDV na vivência do cancro, nem sempre foi fácil de avaliar, em parte porque a quantidade de vida, ou seja, o tempo de sobrevivência, em oncologia é o indicador da eficácia da intervenção. Mas, como é comum dizer-se, quantidade não implica necessariamente qualidade. Com a validação de questionários de avaliação da QDV na doença oncológica, já existe oportunidade de avaliar a influência dos tratamentos para o cancro, no seu custo-benefício, dentro de outras possibilidades.

Dependendo da perspectiva do paciente, um tratamento que não lhe aumenta a esperança de vida e que seja tóxico pode ser benéfico para a sua QDV no tempo que lhe resta (Cella, 1998).

Numa revisão de vários questionários, constata-se que, de forma geral, existem pelo menos três dimensões da QDV a considerar: física, psicológica e social. Particularmente, no caso do cancro, a EORTC - *European Organization for Research and Treatment of Cancer* – uma organização especializada no estudo do cancro, estabeleceu como objectivo geral a promoção da QDV (Cella, 1998; Pais Ribeiro, 2001) e, desenvolveu um questionário específico para avaliar a QDV (QLQ C30 - EORTC, 2001). Para além disso, esta organização também desenvolveu questionários adicionais, que funcionam como módulos complementares em cada tipo de cancro. Ao especificar-se o tipo de cancro, por exemplo, o cancro da mama, deve-se adicionar o módulo que avalia a QDV no cancro da mama, que tem questões específicas relacionadas com esse cancro (QLQ BR 23 – EORTC; 2001), que só fazem sentido nessa doença e não noutra.

Estes instrumentos são aqui particularizados, uma vez que foram os utilizados nesta investigação.

CARACTERIZAÇÃO DO CICLO PSICO-ONCOLÓGICO NO CANCRO DA MAMA

Estádio 1 – Diagnóstico

Na primeira fase do ciclo psico-oncológico da mama, a mulher tem um conhecimento directo e real de que existe uma patologia mamária e uma suspeita de cancro.

Como muitas outras patologias, o cancro da mama, pode estar por descobrir. Na sua fase inicial é emoldurado pelo silêncio, por ser uma patologia assintomática. Os preâmbulos de histórias de mulheres, com diagnóstico *a posteriori* de cancro da mama, podem ser variados. A descoberta de que algo não está bem - o que indica a presença de um nódulo - pode ser feita pela mulher, quando realiza o auto-exame mensal, ou por uma mamografia de rotina.

Este momento, designado "até chegar ao diagnóstico", divide-se, segundo Seligman (1996), em três fases, que correspondem: ao pré-diagnóstico, diagnóstico e ao primeiro impacto desse diagnóstico.

A **primeira fase** denomina-se de incerteza ansiosa do pré-diagnóstico, em que o pensamento interrogativo mais comum é: tenho ou não cancro da mama? Esta fase é considerada a mais difícil, pela espera, às vezes longa, de um diagnóstico.

A **segunda fase** corresponde ao diagnóstico, que leva a uma reacção de choque, apatia e de negação. Recebe-se uma notícia ameaçadora, considerada por muitos como um «pedaço de informação devastadora» (Pereira & Lopes, 2002, pp. 32).

Nesta fase, a reacção à informação dada, pode ser mais difícil se a mulher não passou pela primeira fase. Quando assim é, a mulher não tem previamente uma suspeita. Um exemplo desta situação concretiza-se quando a mulher realiza uma mamografia de rotina e, nesse momento, o radiologista alerta para um diagnóstico de cancro da mama, a ser esclarecido junto do médico de referência.

De uma outra forma receber o diagnóstico pode ser considerado um alívio, por finalmente se chegar a um esclarecimento da situação clínica.

Contudo, o impacto do diagnóstico também depende da forma como a doença é representada pela mulher, ao nível das suas causas e consequências, e de como a informação foi transmitida (Die-Trill, 2000).

A **terceira fase** é considerada após o primeiro impacto do diagnóstico. Pode existir um período de ansiedade, raiva e revolta, seguido de descrença e depressão.

A cirurgia é sempre uma hipótese colocada, e nesta fase a mulher passa por todos os exames prévios, necessários para realizar uma cirurgia, para além da decisão quanto ao tipo de cirurgia a realizar (Seligman, 1996; Costa, 2004).

A Reacção Emocional ao Diagnóstico

Qual o momento onde a resposta emocional é mais intensa? Geralmente, os níveis de *distress* aumentam aquando de uma suspeita de cancro e no período de diagnóstico, que antecede a cirurgia. Não obstante, o momento pós-cirurgico marcar um importante passo na forma de lidar com o cancro, uma vez que o prognóstico é conhecido (Spencer, Carver & Price, 1998).

O impacto psicológico de receber um diagnóstico de cancro enceta diferentes reacções emocionais, que escondem, conforme referiu Jimmie Holland, em 1979, diversos medos (Gili & Roca, 1996). De forma a esclarecê-los, a autora organizou-os segundo a tipologia «*6D*»: *Death* (morte - medo das consequências da doença, preocupação com o futuro); *Dependency* (dependência da família e dos Profissionais de Saúde); *Desfigurement* (desfiguramento, alterações na imagem corporal e ao nível funcional); *Disability* (incapacidade para prosseguir com os objectivos); *Disruption* (ruptura, principalmente nas relações sociais); e *Discomfort* (mal estar, consequências da doença, da cirurgia e dos tratamentos).

Na avaliação da reacção emocional da mulher esta tipologia deve ser considerada e, para além disso, deve-se ter em linha de conta a história emocional passada da mulher.

A Influência da História Emocional Passada

A investigação científica tem demonstrado que ter vivido acontecimentos de vida negativos (por exemplo, abuso físico, sexual, rapto, ser vítima de um assalto, de desastres naturais, ter um familiar que morreu com cancro da mama, ou a morte da mãe na infância) (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Butler, Koopman, Classen & Spiegel, 1999; Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Jacobs & Bovasso, 2000; Zakowski et al., 1997) e ter história passada de depressão, agrava a experiência emocional

perante o diagnóstico de cancro da mama (Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Holland & Lewis, 2001).

Num estudo, com mulheres com cancro da mama, comprovou-se a influência de uma tríade patogénica de acontecimentos de vida negativos, uma vez que, mulheres com um estado emocional alterado, passaram por acontecimentos de perda (por exemplo, morte de um familiar), por doença grave antes do cancro, e por situações de perda de suporte social (por exemplo, separação e/ou divórcio) (Kornblith, et al., 2001).

Não obstante, algumas investigações empíricas colocam esta associação de outra forma. Indicam que a relação entre os acontecimentos de vida negativos e o estado emocional actual é difícil de determinar, e acrescentam que muitos dos acontecimentos de vida negativos podem ser o resultado de um estado emocional alterado e não a sua causa. Concretizando, um diagnóstico clínico de depressão pode potenciar a vivência de acontecimentos de vida negativos (Rios et al., 1992).

Quais as Estratégias de *Coping* Eficazes?

Neste estádio inicial do adoecer da mama vários são os factores que podem ajudar a mulher, a saber: uma atitude positiva perante a vida, encarar um dia de cada vez, ser optimista, ser capaz de enfrentar os desafios sem aumentar os níveis de *distress* (Holland & Lewis, 2001).

Estes factores relacionam-se com aspectos positivos da personalidade e com estratégias de *coping* eficazes perante uma situação negativa, como o diagnóstico de um cancro da mama.

Os estudos indicam que neste estádio o recurso a estratégias de *coping* positivas, como o espírito de luta, contribuem para uma reacção emocional mais equilibrada face ao diagnóstico e à decisão a tomar quanto ao tipo de cirurgia (Patrão, Leal & Maroco, 2007).

Para além disso, acentuam que elevados níveis de ansiedade e depressão relacionam-se com a utilização de uma estratégia de *coping* de evitamento, desânimo/fraqueza, com o controlo das emoções negativas, e com pior QDV ao nível físico (Bleiker et al., 1995; David et al., 2006; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Ywamitsu et al., 2003).

Neste contexto, as estratégias de *coping* eficazes possibilitam à mulher encarar o cancro como um desafio, em vez de mais um problema sem solução, e desta forma estabelecerem um objectivo com elas mesmas: o de ultrapassar a doença ao longo do tempo (Holland & Lewis, 2001).

O processo de adaptação ao cancro da mama, que se inicia neste estádio, pode não ser sempre o mesmo, ou seja é considerado um processo dinâmico, e alterado de acordo com as necessidades nos diferentes estádios da doença (Osowiecki & Compas, 1999).

A Importância do Suporte Social face ao Diagnóstico

A satisfação com suporte social neste momento do diagnóstico é muito importante pelo efeito redutor do *distress*. O apoio da família, do companheiro, dos amigos e da equipa médica é imprescindível (Winnubst et al., 1990).

A fonte do suporte recebido pode variar e até pode ser combinada, no entanto, o aspecto fulcral é a qualidade desse suporte, caracterizado como benéfico, se for percepcionado, pela mulher, como realmente satisfatório (Winnubst, Couzjin & Ros, 1990).

Bolger e colaboradores (1996) concluíram que, se a rede social não expõe as suas capacidades de ajudar de forma eficaz, fornece assim um suporte negativo, pois não ajuda a aliviar o *distress* sentido pela mulher, nem promove a sua recuperação física.

Pode ser difícil para a rede social informal proporcionar apoio emocional, uma vez que o que a mulher sente, as dificuldades em lidar com as emoções e em tomar decisões, pode ser exactamente o que os mais próximos sentem, as mesmas emoções e dificuldades (Ogden, 2004).

Este dado alerta para os efeitos negativos que, o suporte social da rede social informal, pode trazer para a mulher, no sentido em que agrava o sentimento de vazio, de desamparo (Bloom, 2000).

De uma forma geral, os estudos indicam que, de facto, neste momento, o suporte social, nas suas diversas vertentes, vindo da rede social da mulher (companheiro, família, amigos e profissionais), é uma necessidade (Lindop & Cannon, 2001), e funciona como um factor protector associado a um menor impacto psicológico da doença (Carlsson et al., 1994; Friedman et al., 2006; Hilakivi-Clarke, et al., 1993; Holland & Holahan, 2003; Nells et al, 1991; Patrão, Maroco & Leal, 2006e; Shapiro et al., 2001).

Neste sentido, não se trata de prestar um suporte pelo controlo ou protecção da mulher, mas antes pela escuta, pela autenticidade na relação e pela procura de informação que ajude na tomada de decisão quanto aos tratamentos seguintes (Ogden, 2004).

O Impacto do Diagnóstico na QDV

A QDV, como uma variável que abarca várias dimensões, como o nível emocional, social e físico, pode sofrer oscilações, neste momento inicial do adoecer da mama. A mulher depara-se com a necessidade de programar alterações na sua rotina diária, por vezes interromper a sua rotina profissional, de forma a incluir a rotina inerente à doença (Ogden, 2004; Holland & Lewis, 2001).

Para as mulheres mais novas surgem preocupações adicionais, nomeadamente com a menopausa prematura (com sintomas de secura vaginal, afrontamentos e aumento de peso), gravidez futura, para além do funcionamento sexual (mais do que com a falta de interesse sexual) e a imagem corporal (Avis et al., 2004).

A relação com o marido/companheiro pode não ser um problema, mas a comunicação no casal sim. Muitas vezes, o diagnóstico de cancro da mama serve como ponto crítico para terminar a relação (Avis et al., 2004).

Para que o impacto a todos os níveis da QDV seja o mínimo possível é importante proporcionar à mulher a expressividade das suas emoções, nomeadamente as negativas (Classen et al., 1996; Stanton et al., 2000), para que haja um equilíbrio do seu estado emocional.

A mulher deve ter disponível, desde o início, a possibilidade de ser ajudada psicologicamente, pelo benefício da prevenção de um estado de *distress* e repercussões negativas na QDV. Várias terapias podem prestar o seu contributo. A terapia de suporte expressiva pode proporcionar, através da expressão emocional, o aumento de estratégias de *coping* de confronto e o bem-estar (Spiegel et al., 1999; Spiegel e Giese-Davis, 2002). Os programas cognitivo-comportamentais, e de treino de competências cognitivas também podem aumentar o bem-estar em mulheres com cancro da mama, pela intervenções nas cognições distorcidas (Hack & Degner, 2004).

É importante perceber, desde logo, quais são as mulheres que estão em risco, pois isso pode contribuir para uma pior QDV, baixo comportamento de adesão aos tratamentos e intervalos mais curtos da doença (Kreitleir, Kreitler, Chaitchik, Shaked & Shaked, 1997).

Estádio 2 - Pós-Cirurgia

Após a cirurgia, a mulher é esclarecida sobre o estádio do diagnóstico do cancro da mama (I, II, III ou IV, de acordo com a classificação TNM) (Holland, 1998b; Wittekind et al., 2005) e é tomada a decisão de realizar os tratamentos adjuvantes (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, entre outros). Tudo se desenrola no segundo estádio do ciclo psico-oncológico, denominado da "aceitação do diagnóstico ao tratamento da doença oncológica" (Costa, 2004; Seligman, 1996).

É possível surgirem estados de ansiedade, depressão e, até, de desespero, associados a um sentimento de perda. Para a mulher, a vida deixou de ser como era, confrontando-se com a perda de uma mama (Northrup, 1998; Seligman, 1996).

A mama simboliza a feminilidade e a maternidade, é associada ao prazer na intimidade, e também à vinculação mãe/bebé. Pode considerar-se a mama como a metáfora física do dar e receber (Northrup, 1998). A sua ablação parcial e/ou total influencia decisivamente a QDV da mulher a vários níveis, nomeadamente ao nível da imagem corporal e do relacionamento conjugal e sexual e, em mulheres mais novas, ao nível da fertilidade. Pode dizer-se que o cancro tem, às vezes, frutos que não se quer colher.

Os desejos inerentes ao ser mulher, na relação com o companheiro, podem ficar no domínio da probabilidade. Ninguém quer adoecer com algo que possa limitar a sua capacidade de amar, de ser amado, de ser mãe - pelo menos a disponibilidade para isso.

É importante que a mulher integre a sua nova imagem corporal, que olhe no espelho e reconheça o que vê, como seu. Por vezes, o espelho não capta o silêncio que vai por dentro e a doença instala-se como um *tabu* recíproco, uma vez que nem os familiares e amigos falam sobre o diagnóstico de cancro da mama, nem a própria mulher. Todos têm como objectivo diminuir o nível de preocupação entre si, não obstante, estimularem o evitamento emocional (Pereira & Lopes, 2002).

O diálogo, a partilha e a expressão desse silêncio em palavras é mais positivo (Pennebaker, 1999). Desta forma, o companheiro, os filhos, os familiares e os amigos são importantes fontes de suporte social, mas só poderão prestar ajuda se a mulher facilitar esse processo, pela expressão do que sente, para que consiga sentir o retorno - a compreensão. E assim, dá-se início à aceitação e integração do diagnóstico.

A Reacção Emocional Após a Cirurgia

Este estádio, pós-cirurgia, é considerado um período de desafios, em que a mulher tem que se adaptar ao diagnóstico, à perda da mama, e à decisão de realizar mais tratamentos, muitas vezes intrusivos (Ogden, 2004; Pais Ribeiro, 1998; Seligman, 1996).

Este contexto clínico pode trazer consideráveis repercussões ao nível emocional. Quando existe uma reacção emocional negativa, aquando da suspeita do diagnóstico, no primeiro estádio do ciclo psico-oncológico, essa reacção pode persistir no tempo com elevados níveis de depressão e ansiedade e, neste momento, será classificada com base no DSM IV (APA, 1994) como uma Perturbação de Adaptação, com ansiedade e/ou depressão, ou mista (Massie & Popkin, 1998).

Algumas investigações têm-se centrado na avaliação da sintomatologia de ansiedade e depressão. Numa revisão de estudos, os autores chegaram à conclusão que, a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com cancro da mama oscila, respectivamente, entre 1,5% e 40%, e 1% e 40% (Massie e Popkin, 1998; Russell, Craig & Massie, 1998) e advertem que as variâncias apresentadas podem existir por questões metodológicas e de critérios de diagnóstico, que não são homogéneos em todos os estudos.

Contudo, os estudos mais recentes indicam, de facto, a presença de níveis de ansiedade e de depressão de acordo com as percentagens apontadas, sendo de considerar a importância da avaliação da morbilidade psicológica na mulher com cancro da mama (Ell et al., 2005; Epping-Jordan, 1999; Golden-Kreutz & Andersen, 2004; Jacobs et al., 2000; Kissane, Grabsch, Love, Clarke, Bloch & Smith, 2004; Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik & Massie, 1999; Sollner, Maislinger, Konig, Devries & Lukas, 2004; Watson, et al., 1999; Woodward & Webb, 2001).

Após a cirurgia, o estado emocional pode voltar a um ponto de equilíbrio mas, geralmente, as mulheres não aumentam a sua percepção de bem-estar geral, o que pode estar relacionado com sentimentos de falta de esperança e insegurança quanto ao prognóstico da doença oncológica (Stommel et al., 2004).

Alguns estudos referem que os níveis de ansiedade e depressão diminuem depois do diagnóstico, outros indicam que os níveis de ansiedade diminuem, e os níveis de depressão aumentam, pela ameaça permanente à vida, o que se agrava em mulheres mais novas (Ell et al., 2005; Compas et al., 1999; Nosarti et al., 2002).

A morbilidade psicológica pode agravar-se de acordo com o estádio de diagnóstico clínico. Schnoll, Harlow, Brandt e Stolbach (1998) verificaram que, as mulheres com um diagnóstico correspondente ao estádio II, têm baixo nível de ansiedade e depressão, enquanto que, as mulheres no estádio IV têm elevada depressão e ansiedade.

Num outro estudo, não se comprova a diferença entre estádios, mas os resultados do *screening* psicológico confirmam a presença de morbilidade psicológica, uma vez que as mulheres com diagnóstico no estádio I têm uma prevalência de 45% de diagnóstico psiquiátrico (36.7% distúrbio do humor; 9.6% depressão *majo*r; 27.1% depressão *minor*; 8.6% ansiedade), e as mulheres no estádio IV apresentam 42% (31% distúrbio do humor; 6.5% depressão *major*; 24.5% depressão *minor*; ansiedade 6%). Nos dois grupos a depressão estava associada com história passada de depressão e a utilização da estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza (Kissane et al., 2004).

Por vezes, o aumento de sintomas depressivos está associado a problemas financeiros, à tendência para uma visão negativa, assim como ao tipo de cirurgia realizado (Golden-Kreutz & Andersen, 2004).

A Importância do Tipo de Cirurgia - Conservadora vs Mastectomia

O tipo de cirurgia pode implicar diferenças na resposta emocional. Geralmente, a mastectomia traduz um estado emocional mais negativo, do que a cirurgia parcial (Yeo et. al., 2004). No entanto, por vezes as mulheres que realizaram uma cirurgia parcial têm um nível de ansiedade superior em comparação com as mulheres que passaram por uma cirurgia radical, o que indica que apesar da mama ficar intacta, há um aumento da ansiedade, certamente pelo medo da recorrência do cancro (Cohen et al., 2000).

Por outro lado, neste momento, a mulher é informada que, mediante o estádio do diagnóstico, pode realizar tratamentos adjuvantes mais ou menos intrusivos e, posteriormente, uma cirurgia de reconstrução da mama e, assim, recuperar a sua imagem corporal. Tais acontecimentos indicam que o cancro da mama pode ter pior e/ou melhor prognóstico e, por conseguinte, aumentar a possibilidade de sobrevivência. Se o prognóstico for positivo, seguramente assistir-se-á a um aumento da tranquilidade e, o estado emocional da mulher pode voltar a ficar equilibrado (Spencer et al., 1998).

Sendo certo que, a estratégia que a mulher utiliza para lidar com o stressor, diagnóstico de cancro da mama e, o efeito do suporte social que recebe, podem contribuir para a

diminuição do impacto psicossocial deste momento (Baucom et. al., 2006; Yeo et al., 2004; Vos et al., 2004; Schou et al., 2005).

Diferentes Estratégias de Coping Após a Cirurgia

Numa revisão da literatura, de 1989 a 1992, a controvérsia é uma constante, quanto à atribuição de quais são as estratégias positivas e negativas no ajustamento após a cirurgia à mama.

Nalguns estudos, as mulheres com um espírito de luta e evitamento têm melhor ajustamento psicossocial, do que aquelas que utilizam a preocupação ansiosa, desânimo/fraqueza, e fatalismo, este último significativamente associado com uma atitude de controlo emocional (Carlsson et al., 1994; Classen et al., 1996; Ywamitsu et al., 2003). Noutros estudos, o evitamento está associado a pior ajustamento (Hampton Frombach, 2000; Vos et al., 2004; Watson et al., 1999).

Recentemente, numa outra investigação, a controvérsia mantém-se e os autores referem que, o desânimo/fraqueza, a preocupação ansiosa e o fatalismo são estratégias de *coping* passivas e pouco adaptativas no ajustamento à cirurgia da mama, e que, o espírito de luta e o evitamento são estratégias adaptativas (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chryssochoou, 2006).

Estes resultados indiciam uma limitação nesta área da adaptação ao cancro que, segundo Anagnostopoulos et al. (2006) pode estar relacionada com a existência de um padrão temporal com relações causais entre estratégias de *coping*.

As alterações podem ocorrer ao longo do ciclo psico-oncológico, e neste sentido, quando a mulher acredita que a vida não tem esperança, pode pensar que é o fim do mundo (desânimo/fraqueza), depois pode sentir-se ansiosa, preocupada e apreensiva (preocupação ansiosa). Para minimizar essas crenças e sentimentos negativos pode enveredar pela espiritualidade e colocar-se nas mãos de Deus (fatalismo). Isto pode funcionar como uma técnica de distracção dos pensamentos intrusivos, que permite evitar pensar sobre a gravidade da doença (evitamento) e, de seguida, enveredar por uma atitude de optimismo e determinação para combater a doença (espírito de luta) (Anagnostopoulos et al., 2006).

O processo de ajustamento ao cancro da mama, neste sentido, é considerado dinâmico, e alterado de acordo com o impacto dos diferentes momentos da doença. A forma como a mulher lida com as diferentes exigências depois da cirurgia pode ser uma e de seguida

modificar-se, o que implica a utilização de diferentes estratégias de *coping* em cada momento do ciclo psico-oncológico (Osowiecki, et al., 1999).

Num estudo, onde se avaliou o momento da cirurgia e dos tratamentos, verificou-se que as mulheres com sintomas de ansiedade e depressão, no primeiro e último momento, utilizavam o mesmo tipo de estratégias, centradas no evitamento emocional (Schou et al., 2005).

Não obstante, pela diferença nos resultados dos diversos estudos, fica claro que é pertinente considerar as estratégias de *coping*, como esforços que reduzem o impacto da cirurgia.

O Efeito Directo e Moderador do Suporte Social Após a Cirurgia

O suporte social pode influenciar os efeitos de um acontecimento de vida negativo, como o cancro da mama, a vários níveis: diminuindo a percepção da sua ameaça; alterando as consequências nos diferentes papéis que a mulher desempenha; influenciando as estratégias de *coping*; diminuindo as consequências na auto-estima; e influenciando a adaptação emocional (Lieberman, 1982).

Vários estudos apontam o efeito directo e moderador, do suporte social, associado a mais baixos níveis de ansiedade e depressão e a um melhor ajustamento emocional (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom, Stewart, Johnston, Bank & Fobair, 2001; Bolger et al., 1996; Carlsson et al., 1994; Hilakivi-Clarke et al., 1993; Komproe et al., 1997; Kornblith et al., 2001; Nells et al, 1991; Patrão et al., 2007; Wong-Kim e Bloom, 2005).

No estudo de Kornblith e colaboradores (2001), o *Modelo de Influência Directa* foi suportado, uma vez que mulheres com cancro de mama, com um estado emocional alterado, percepcionam baixo suporte social.

O *Modelo Protector* foi comprovado por Kagawa-Singer e Nguyen (2000), ao concluírem que, numa amostra de mulheres com diagnóstico de cancro da mama, o suporte social tem um efeito moderador positivo, afectando as estratégias de *coping* e o impacto emocional.

De facto, os estudos indicam que a percepção de suporte social na sua generalidade e os grupos de apoio, particularmente, trazem muitas vantagens para a QDV da mulher com cancro da mama. A satisfação com o suporte social recebido é benéfica nestas mulheres,

pois permite que se ajustem melhor e até vivam mais tempo, por expressarem menores níveis de ansiedade e depressão e elevada auto-estima (Spiegel et al., 1999).

Neste estádio, pós-cirurgia da mama, o suporte informativo é importante, e refere-se ao conhecimento de que se necessita, por exemplo, quais os tipos de tratamentos seguintes e os seus efeitos secundários. O tipo de informação pode alterar a avaliação da ameaça, para uma avaliação mais positiva, que pode acontecer com uma mulher mastectomizada, ao saber que pode fazer uma cirurgia reconstrutiva (Bloom, 2000).

Por outro lado, o suporte emocional implica estar ao lado, ouvir, preocupar-se e reforçar a percepção de estar disponível, influenciando, assim, directamente, a auto-estima e o bem-estar da mulher. Para além do suporte informativo e emocional, a mulher, pode beneficiar de suporte instrumental, que se refere a uma ajuda específica, e neste estádio, pode ser traduzido na ajuda de um membro da rede social, que se presta a cuidar das crianças enquanto a mulher vai a uma consulta, ou uma ajuda monetária no processo da doença (Bloom, 2000).

Num estudo, de carácter longitudinal, ao longo do adoecer da mama, concluiu-se que tanto o suporte emocional como o instrumental aumentou (do pré para pós-tratamento) vindo do marido, família e amigos, com uma influência directa positiva nos níveis de ansiedade e depressão (Alferi, Carver, Antoni, Weiss & Dúran, 2001).

Numa revisão de estudos anterior, de 1980 a 1995, na temática do suporte social e dos grupos de apoio a mulheres com cancro da mama, os resultados estão de acordo com o que já se referiu (McLean, 1995).

Sendo certo que, todos os resultados científicos apresentados apelam para a pertinência do efeito directo e moderador do suporte da rede social, do mesmo modo também indicam que uma das formas de reduzir a perturbação emocional em mulheres com cancro da mama será, com base em intervenções psicossociais, que aumentam a QDV e, consequentemente, o suporte social percebido. Muitos estudos referem, mesmo, o efeito positivo de diferentes tipos de intervenções, na diminuição do impacto do diagnóstico e tratamentos para o cancro da mama (Carlsson et al., 1994; Kornblith et al., 2001).

O Impacto da Cirurgia na QDV

O impacto da cirurgia na QDV da mulher com cancro da mama tem sido estudado, distinguindo tipos de cirurgia. A realização de uma mastectomia (cirurgia radical) ou de uma cirurgia conservadora (cirurgia parcial) pode ter um impacto diferente na QDV da

mulher, existindo um maior impacto da mastectomia, em diversas dimensões (Pais Ribeiro, 2001).

Uma das dimensões que podem resultar afectadas é a imagem corporal. Numa meta-análise de estudos, sobre o efeito psicossocial da cirurgia parcial e radical, verificou-se que a imagem corporal é um factor muito importante de diferenciação desses dois grupos, sendo que as mulheres que realizaram cirurgia parcial têm melhor imagem corporal (Moyer, 1997).

Outros estudos confirmam este dado (Cohen et al., 2000; Al-Ghazal et al., 2000), referindo que as mulheres que passaram por uma cirurgia parcial têm melhor imagem corporal, em comparação com as mastectomizadas.

A mulher mastectomizada pode sentir uma violação da sua imagem corporal, logo menos atractividade física, menos feminilidade e pode, em função disso, diminuir a sua resistência e experimentar maiores níveis de ansiedade e depressão e, isolamento das actividades sociais (Carver et al., 1998; Hopwood et al., 2000; Rowland, Desmond, Meyerowitz, Belin, Wyatt & Ganz, 2000; Schag, Ganz, Polinsky, Fred, Hirji & Petersen, 1993; Spencer et al., 1999).

A abordagem psicanalítica refere-se à identidade feminina, que pode ser desafiada no cancro da mama e, de igual forma, os estudos empíricos, consideram importante a percepção do desfiguramento físico, a discrepância entre a percepção da imagem passada e a actual, e a consequente perda de confiança nas relações com outros significativos (White, 2000).

Este aspecto é importante, nomeadamente na relação de casal, pois uma das preocupações das mulheres relaciona-se com a sua sexualidade e atractividade face ao outro (Spencer et al., 1999).

Numa revisão de estudos, os autores concluem que existem duas dimensões muito importantes, designadamente a imagem corporal e satisfação sexual, com melhores resultados na cirurgia conservadora (Carlsson et al., 1994; Moyer, 1997).

A importância da imagem corporal e sexualidade para as mulheres mastectomizadas continua a ser comprovada em estudos recentes (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; Ramos & Patrão, 2005; Vos et al., 2004;Yeo et al., 2004), o que indica um elevado impacto psicossocial do momento pós-cirurgia, que se pode prolongar, durante e após os tratamentos (Carver et al.1998).

A distinção quanto ao tipo de cirurgia não se verifica num outro estudo, uma vez que, as mulheres sujeitas a cirurgia conservadora referem necessidade de maior suporte do que as

mastectomizadas. Talvez pelo medo potencial da recorrência e da possível necessidade de ter que voltar a passar pela cirurgia, e desta feita total (Lindop & Cannon, 2001). Para além disso, não existem diferenças ao nível emocional, físico, nem de interferência nas actividades do dia-a-dia, o que pode indicar que estes aspectos não dependem necessariamente do tipo de cirurgia (Yeo et al., 2004).

De outra forma, numa revisão da literatura de 1980 a 2000 sobre os efeitos da cirurgia nas actividades diárias e na QDV, apesar de não existir uma relação forte, as mulheres com mais efeitos negativos, a nível físico, têm mais restrições nas actividades diárias e uma QDV inferior, nomeadamente as mulheres mastectomizadas (Rietman et al., 2002).

A existência de resultados controversos coloca a questão da verdadeira importância do tipo de cirurgia para a QDV da mulher, pois pode ser menos importante do que o contacto com o diagnóstico e os tratamentos adjuvantes (Coscarelli, et al., 1993).

Contudo, de forma geral, os estudos indicam que passar pela cirurgia, para tratamento do cancro da mama, independentemente do tipo de cirurgia, tem um impacto negativo a nível da QDV física, emocional, social, sexual e na imagem corporal. A mulher pode sentir medo de morrer, deterioração da saúde, tristeza, ansiedade e preocupação com a vida sexual, o que provavelmente implica uma diminuição na percepção da QDV a todos os níveis (Golden-Kreutz, et al., 2005; Wronska, Stepien & Kulik, 2003).

Numa revisão da literatura conclui-se que, as mulheres mais novas têm uma QDV inferior, com efeitos negativos na imagem corporal e sexual. Sabe-se que a beleza é muito valorizada actualmente, para além da juventude. Para estas mulheres, o cenário real é uma menopausa precoce, com o aceleramento rápido do envelhecimento do corpo. Para além disso, os problemas ao nível da sexualidade acentuam-se e, as dificuldades relacionam-se com a redução na frequência do contacto sexual e na sensibilidade mamária (Baucom et al., 2006).

Estádio 3 – Pós-Tratamentos

Segundo Seligman (1996), este estádio é precisamente denominado “dos tratamentos em diante”. Engloba duas fases, chamadas de fase intermédia e de fase permanente.

Ao longo do tempo, a mulher passa da fase aguda do cancro, que vai desde o diagnóstico até ao fim dos tratamentos, para uma fase intermédia, que funciona como um canal entre a doença e o bem-estar (Costa, 2004; Mullan, 1985; Pinto & Pais Ribeiro, 2006).

Esta fase intermédia corresponde a um período crítico de transição, caracterizado pelo fim do contacto permanente com a equipa médica, com constantes avaliações do estado de saúde, que até à data imprimia um sentimento de segurança e de controlo da doença e, agora pode impulsionar sentimentos de abandono e de maior vulnerabilidade física e emocional.

Para além desses sentimentos, a mulher pode ter receio de entrar na vida normal, sentir incerteza quanto ao futuro e medo de morrer, designado de *Síndrome de Damocles*. No entanto, também pode surgir, na mulher, um sentimento de alívio por tudo já ter terminado (Beisecker et al., 1997; Holland & Lewis, 2001; Pereira & Lopes, 2002).

Pode instaurar-se, assim, um sentimento de ambiguidade apesar de, após a fase aguda e entrada nesta fase intermédia, o cancro passar a ser considerado uma doença crónica, que deve ser vigiada clinicamente segundo o protocolo proposto pelo médico, paralelamente com o retorno à rotina normal (Ogden, 2004; Pereira e Lopes, 2002).

Após essa fase intermédia, a mulher pode, ainda, aceder a uma fase permanente, equivalente à sobrevivência, à cura, a uma remissão controlada do cancro da mama. Esta fase é conquistada quando não existe evidência clínica da doença (Costa, 2004; Holland & Lewis, 2001; Mullan, 1985; Pinto & Pais Ribeiro, 2006).

A Continuidade da Resposta Emocional Após os Tratamentos

Neste estádio a mulher pode, finalmente, despir-se da angústia inerente a todos os tratamentos que realizou (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), ou pode sentir o seu estado emocional agravado (Ganz et al., 2004; Nevel, 2000).

Neste contexto, pode existir uma linha de experiência emocional ao longo do ciclo psico-oncológico, que vai desde uma baixa evidência de alterações emocionais, entrada

num processo reactivo ao diagnóstico, agravado após a cirurgia, e nesta fase, após os tratamentos. Este *continum* de experiências emocionais reportam-se a vários medos que a mulher pode sentir, organizados na tipologia «*6D*» (Gili & Roca, 1996).

A experiência emocional, se for sentida como negativa, pode culminar, também nesta fase, com o diagnóstico de uma perturbação de adaptação, com ansiedade e/ou depressão, ou mista (APA, 1994; Massie & Popkin, 1998), como já se havia referido anteriormente.

Os estudos mais recentes apontam, na generalidade, para uma prevalência de ansiedade e depressão acima dos 15%.

Um estudo denominado *Southern European Psycho-Oncology Study* (SEPOS), com pacientes com cancro Portugueses, Italianos e Espanhóis, em que 50% das participantes eram mulheres com cancro da mama, concluíram que 34% da amostra tinha elevados níveis de ansiedade e 24.9% elevados níveis de depressão (Grassi, Travado, Moncayo, Sabato & Rossi, 2004). Um outro estudo do mesmo grupo de trabalho verificou uma prevalência de 17.6% das participantes com elevada ansiedade e 15.4% com elevada depressão (Gil, Grassi, Travado, Tomamichel & Gonzalez, 2005).

Neste sentido, a ansiedade é um problema com significado em mulheres com cancro da mama, neste momento do ciclo psico-oncológico.

É de salientar que, nesta fase, as mulheres estão a realizar todos os exames que avaliam o seu estado de saúde, colocando como hipótese a necessidade de mais algum tipo de intervenção médica. Se assim for, a mulher passa pela realização de mais tratamentos intrusivos (Costa, 2004; Pereira & Mestre, 1997), situação que em si pode ser geradora de ansiedade.

A ansiedade pode ainda estar relacionada com o fim dos tratamentos, e com a incerteza quanto ao resultado dos exames que vão ditar a entrada no estatuto de sobrevivente.

Alguns estudos indicam que os níveis de depressão tendem a diminuir, mas sem associação com um aumento da QDV geral, exactamente, pela insegurança quanto ao prognóstico (Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards & Ramirez, 2005; Helgeson et al., 2004; Stanton et al., 2002; Stommel et al., 2004).

Contrariamente, no estudo de Shapiro e colaboradores (2001) a depressão é o problema emocional mais comum, sendo que as mulheres com história psiquiátrica, mais novas e com um estádio mais grave da doença, apresentam um risco mais elevado. Para além disso, outro estudo chama atenção para o risco de ter história familiar de cancro da mama, a mulher ser mais nova e solteira, como outros factores de risco para alterações ao nível emocional (Friedman et al., 2006).

Não obstante, terminar os tratamentos e entrar no caminho da sobrevivência pode ser uma experiência positiva. Para algumas mulheres é uma experiência de transição, que não afecta o bem-estar psicológico, servindo até de base para mudanças nas relações próximas, na forma de olhar para si e de definir as prioridades do projecto de vida (Cordova et al., 2001; Pereira & Lopes, 2002; Shapiro et al., 2001). Estas mulheres, perante uma ameaça à vida, adoptam uma estratégia positiva, que está inerente à sugestão do Dr. John Dorsey «*To live cancer with love*» (Dorsey, 1986, pp.165).

Qual a Influencia das Estratégias de *Coping* ?

Desde o início do ciclo psico-oncológico que a mulher com cancro da mama tem que adoptar uma ou várias estratégias, com as quais se sinta confortável, para lidar com o impacto dos tratamentos a vários níveis, numa trajectória que culmina neste estádio, que espelha a incerteza quanto ao futuro (Mullen, 1985; Seligman, 1996).

As estratégias adaptativas e negativas, que a mulher pode utilizar, encetam diferentes relações com a passagem, neste momento, do estatuto de doente para saudável e sobrevivente (Watson & Greer, 1998).

Estratégias de Coping Adaptativas

Para que, neste estádio, se traduzam menos efeitos negativos ao nível físico, emocional, sexual e social, mais uma vez é importante focar que as estratégias de *coping* activas comprovam ser as que promovem o melhor ajustamento (Lechner et al., 2006).

Os estudos vão nesse sentido, quando sublinham nos seus resultados que, desenvolver um espírito de luta e optimismo face ao cancro da mama e utilizar a expressão emocional contribui para mais baixos níveis de ansiedade e depressão (Classen et al., 1996; Friedman, et al., 2006; Shapiro et al., 2001).

A mulher, ao passar pelo processo da doença oncológica da mama numa atitude positiva, de espírito de luta, reage melhor a todos os tratamentos, especialmente se já teve contacto na família com uma situação de cancro, em que o familiar tenha adquirido o estatuto de sobrevivente (Boehmke & Dickerson, 2006).

A existência de um acontecimento de vida negativo, como o cancro da mama, pode ser uma ameaça ao sentido da vida, definido como a crença que a vida vale a pena ser vivida, que o indivíduo é uma parte importante na relação com os outros e que, nesse contexto, o

sofrimento pode ser ultrapassado. O recurso a uma estratégia de *coping* activa, permite integrar esse acontecimento de vida numa visão positiva do mundo, dar-lhe um sentido, reduzir o seu impacto negativo (Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006) e, assim, encontrar aquilo que alguns autores chamam de *benefit finding*.

Por isso, o *benefit finding* emoldura uma forma de *coping* positiva e activa, que promove a estabilidade da condição psicológica (Stanton et al., 2002). Essa atitude positiva, geralmente, está associada a um estádio da doença menos grave, nível baixo de depressão e ansiedade, melhor imagem corporal, bom suporte social e uma boa QDV (Pikler & Winterowd, 2003; Schnoll et al., 1998; Schou et al., 2005).

Kaethe Weingarten, Psicóloga, Professora Universitária, num artigo, sobre a sua experiência pessoal com o diagnóstico, por 3 vezes, de cancro da mama, afirma:

> «I believe that hope can be made available to all, because we can do hope together. Hope is a verb, not a noun. Hope is helping people feel conneted when cancer makes them feel isolated. Hope is resisting indifference to the plight of those who are sick and diminished. Hope is doing what one can for others.» (pag. 159).

Nesta reflexão, a autora explica que, depois dos tratamentos, a palavra que fica é a esperança. Na verdade, alguns estudos têm provado a sua relação com a saúde, no sentido de que a presença de um sentimento de esperança pode estar associado a melhor QDV e a um bom prognóstico da doença (Weingarten, 2005).

Estratégias de Coping Negativas

O evitamento é, mais uma vez, nesta fase, associado à incerteza quanto ao estado de saúde e a um pior prognóstico (Shapiro et al., 2001;Wade, Nehmy & Koczwara, 2005). O mecanismo de acção que pode estar aqui a funcionar pode ser semelhante ao dos indivíduos que evitam/reprimem os pensamentos ansiosos e, através de um efeito paradoxal, ocorre um aumento da intensidade e frequência desses pensamentos.

Num estudo onde se avaliou o momento antes e depois dos tratamentos, verificou-se que as mulheres com sintomas de ansiedade e depressão utilizavam, nos dois momentos, as estratégias centradas no evitamento emocional (Schou et al., 2005).

Todavia os estudos são contraditórios. Muitas vezes o evitamento, na defesa dos possíveis efeitos negativos dos tratamentos do cancro da mama, está associado a um melhor ajustamento (Sosa, Capafóns & Carbalheira, 1999). Tal facto não está, contudo, comprovado noutros estudos (Hack, 1999; Holland e Holahan, 2003).

O recurso ao desânimo/fraqueza, como estratégia de *coping* negativa, muitas vezes está associada a elevado neuroticismo, níveis de depressão elevados que se mantêm mesmo depois de terminados os tratamentos (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004; Schou et al., 2005; Spencer et al., 1998).

O Contributo do Suporte Social

Neste estádio, após os tratamentos, a rede social pode estimular, na mulher, a percepção de *benefit finding* ou de *posttraumatic growth* (Weiss, 2004). Assim, os diversos tipos de suporte social têm uma influência importante na vivência do cancro da mama como uma experiência positiva.

Por outro lado, como este é um estádio fronteira para a entrada na sobrevivência é importante que a rede social informal tenha disponíveis mecanismos que ajudem a mulher no regresso à sua rotina normal.

A Necessidade de Diferentes Tipos de Suporte Social

Neste estádio, a presença de suporte social relaciona-se com um estado emocional menos alterado e, com a ausência de sintomas de stress pós-traumático ao longo da sobrevivência (Kornblith et al., 2001).

No final dos tratamentos, são menos frequentes as visitas ao hospital, já não há tanto contacto com todos os técnicos e, por conseguinte, a família e amigos podem percepcionar a doença – cancro da mama – como algo que pertence ao passado e ter o desejo imediato que a mulher volte à sua rotina normal. Esta mudança pode ser difícil, uma vez que pode existir a percepção, pela mulher, de que o suporte, até então recebido, começa agora a diminuir (Bloom, 2000).

A mulher expressa, neste momento, necessidade de suporte instrumental e baseado na informação (Bloom, 2000). Estes tipos de suporte traduzem-se em suporte material e financeiro e, em suporte fornecido formalmente, por programas educacionais e grupos de

suporte e, informalmente pelos membros da rede social (Hamilton, Sandelowski & Faan, 2004; Holland e Lewis, 2001).

O suporte emocional deve prolongar-se, nesta fase, uma vez que continua a ser uma necessidade da mulher e, se não está presente, associa-se a elevados níveis de depressão e ansiedade (Burgess et al., 2005).

Pode pensar-se em outras formas de suporte social que não promovam o isolamento da mulher. Neste sentido, um estudo avaliou os benefícios do uso da Internet, em mulheres com cancro da mama, como forma de suporte social e, comprovou-se que essas mulheres estão menos isoladas e têm melhor suporte social, ao contrário dos resultados de outros estudos, com outras populações, por exemplo de adolescentes, que referem malefícios do uso da Internet, como o isolamento da rede social (Fogel, Albert, Schnabel, Ditkoff & Neugut, 2002).

Assim sendo, é obvio que falar sobre a doença e sobre o que vem a seguir é mais saudável, para o funcionamento emocional e, por si só, uma forma de receber suporte. Se de facto, a mulher à sua volta sentir um ambiente social tóxico, é importante que surjam outras fontes de suporte que desenvolvam a sua capacidade de compreender, expressar e regular emoções, de forma a anular esse efeito negativo (Schmidt & Andrykowski, 2004).

É importante que a mulher sinta a bi - direccionalidade do suporte social, pois já está numa fase de saída da doença e entrada no estatuto de sobrevivente, e é natural que necessite de participar na relação com o outro, na qual recebe suporte, e também fornece suporte (Kayser, Sormanti & Strainchamps, 1999).

A Importância de uma Lei Protectora

Nos EUA existe uma Lei que protege a mulher com cancro da mama no retorno à rotina normal, espelhando um suporte instrumental. A Lei é denominada *Women's Health and Cancer Rights Act* (WHCRA), de 21 Outubro de 1998, e regulamenta os direitos das mulheres quando passam pelo cancro da mama, quanto à escolha dos seus tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, e reconstrução mamária) e quanto à reformulação de determinadas regalias sociais e profissionais (ACS, 2006).

Em Portugal, surgiu uma legislação especifica para doentes oncológicos em 2000 (Decreto de Lei 92/2000 de 19 de Maio, I série A, 2201-2202) que regula a protecção especial para estes doentes, que podem usufruir de uma pensão por invalidez, pensão social por invalidez, ou de um complemento de dependência, conforme o seu regime social,

atribuído pelo Centro Nacional de Pensões e/ou pelos Centros Regionais de Segurança Social. Para isso, devem apresentar, nesses serviços, um relatório médico e a deliberação dos serviços de verificação da incapacidade permanente.

Desta forma, a mulher tem que iniciar um primeiro processo de entrega de um requerimento de avaliação de incapacidade (Mod.6959/10 – 530007210 - anexo 1) ao Delegado de Saúde da sua residência, conforme o que é exposto nos Decretos de Lei sobre o regime de avaliação das pessoas com deficiência (Decretos de Lei - 202/96 de 23 de Outubro, I série A, 3707-3709 e 174/1997 de 19 Julho, I série A, 3642-3643), para ser avaliada por uma Junta Médica, e lhe ser atribuído, conforme a Tabela Nacional de Incapacidades, um atestado médico de incapacidade para um fim específico, ou multiusos. E, assim, a mulher com cancro da mama poderá usufruir de algumas adaptações nas tarefas inerentes à sua profissão, pode ter regalias no crédito para habitação e benefícios fiscais, entre outros, o que pode facilitar o regresso à rotina normal.

Todavia, muitas vezes, o que sucede é o incumprimento da lei, ou a sua aplicação de forma diferente a situações idênticas. Esta situação associa-se à questão da discriminação, especialmente, no local de trabalho, vinda do empregador e dos próprios colegas de trabalho. As atitudes e crenças negativas associadas passam pela consideração de que o cancro é uma sentença de morte, que impossibilita o indivíduo de voltar à sua *performance*, para além da probabilidade do cancro ser contagioso, e por isso, impossibilitar o retorno à vida profissional habitual (Holland & Lewis, 2001; Weis & Weis, 1997).

A Influência dos Tratamentos na Qualidade de Vida

Várias áreas da QDV podem resultar afectadas neste último estádio, desde o nível físico, social, emocional, até à imagem corporal e sexualidade (Taylor, Lamdan, Siegel, Shelby, Hrywna & Moran-Limi, 2002).

A quimioterapia é um tratamento que tem alguns efeitos secundários, como a perda do cabelo e o aumento de peso, com repercussões directas na imagem corporal e sexual (Schover, 1991; Schover et al., 1995), apesar de nem todos os estudos chegarem a essa conclusão (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998).

As mulheres mais novas evidenciam mais problemas ao nível da imagem corporal e sexual, associados ao facto de ter realizado uma mastectomia, queda do cabelo após quimioterapia, preocupação com perda ou ganho de peso, baixa auto-estima e dificuldade

do marido/companheiro em perceber os seus sentimentos (Fobair, Stewart, Chang, D'Onofrio, Banks & Bloom, 2006).

A imagem corporal, considerada como a figura mental do corpo, está associada aos sentimentos de feminilidade e atractividade e a uma forma de estar no mundo e de expressão social. A forma como cada mulher experimenta o seu corpo depende dos pensamentos, percepções e sentimentos sobre tamanho, competência e funcionamento do seu corpo (Fobair et al., 2006).

Na maioria dos estudos comprova-se que as mulheres que realizaram uma mastectomia e quimioterapia têm geralmente mais problemas a nível da imagem corporal e na sexualidade (Arora et al., 2001;Carver et al., 1998; Ganz et al., 2004;Yurek et al., 2000).

A influência dos distintos tratamentos adjuvantes na QDV a nível do funcionamento sexual é considerada distinta, uma vez que, as mulheres que realizaram quimioterapia evidenciam pior QDV em comparação com as mulheres que só realizaram hormonoterapia e/ou radioterapia, independentemente do tipo de cirurgia que tenham realizado na fase anterior (Arora et al., 2001; Ganz et al., 2004; Schover et al., 1995).

Contudo, quando as mulheres percepcionam um benefício, como seja maior proximidade na relação com o companheiro/marido, evidenciam melhor QDV a todos os níveis, mostram-se menos deprimidas e emocionalmente mais positivas (Carver & Antoni, 2004).

SEGUNDA PARTE

METODOLOGIA

A fundamentação teórica anteriormente exposta serve como pilar de construção desta investigação, concretamente na sistematização dos objectivos. Neste capítulo apresentam-se esses objectivos, as variáveis em estudo e caracterizam-se os três estudos desta investigação. Para a concretizar foi necessário adoptar vários procedimentos em diferentes fases. Apresenta-se por isso as questões ligadas à recolha dos instrumentos, à ética desta investigação, à constituição da amostra e análise estatística (factorial, descritiva, inferencial e de modelação estrutural).

OBJECTIVOS

De forma a perceber o processo de doença de uma amostra de mulheres portuguesas com cancro da mama traçou-se, como **Objectivo Principal** desta investigação, o estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro da mama.

Para tal procedeu-se à análise da evolução das variáveis psicossociais, ao longo do tempo (**ESTUDO 1**) e à análise da relação entre essas variáveis, em cada um dos três estádios (estádio 1 – "até chegar ao diagnóstico"; estádio 2 – "da aceitação do diagnóstico ao tratamento"; estádio 3 – "dos tratamentos em diante") (**ESTUDO 2**). Para além disso, realizou-se um modelo estrutural de impacto psicossocial em cada estádio, do referido ciclo (**ESTUDO 3**).

A existência de diferentes estádios ao longo do adoecer da mama e, em cada um deles, a importância de algumas variáveis psicossociais (Fox, 1998; Seligman, 1996) sugere a necessidade de analisar a evolução das variáveis psicossociais, ao longo desses estádios, e a sua relação, numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama, com recurso a duas metodologias (tranversal e longitudinal) e a diferentes análises estatísticas (descritiva, inferencial e de análise de equações estruturais).

Nesse sentido os **Objectivos Específicos** foram considerados da seguinte forma:

ESTUDO 1

. Caracterizar as participantes, segundo as Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicossociais, de um grupo longitudinal.

. Analisar a evolução das variáveis psicossociais, ao longo do ciclo psico-oncológico (Estádio 1, Estádio 2 e Estádio 3).

ESTUDO 2

. Caracterizar as participantes, de três grupos transversais, segundo as Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicossociais.

. Analisar a relação entre as Variáveis Psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Estratégias de Coping e QDV), Sociodemográficas (idade, estado civil e situação profissional), e Clínicas (antecedentes oncológicos familiares, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos) no **Estádio 1**.

. Analisar a relação entre as Variáveis Psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Estratégias de Coping e QDV), Sociodemográficas (idade, estado civil e situação profissional), e Clínicas (tipo de cirurgia, tipo de diagnóstico, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos) no **Estádio 2**.

. Analisar a relação entre as Variáveis Psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Estratégias de Coping e QDV), Sociodemográficas (idade, estado civil e situação profissional), e Clínicas (tratamentos, tipo de diagnóstico, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos) no **Estádio 3**.

ESTUDO 3

. Construir um Modelo Estrutural de Impacto Psicossocial de cada estádio do ciclo psico-oncológico (estádio 1 (Diagnóstico); estádio 2 (Pós-Cirurgia); e estádio 3 (Pós-Tratamentos)) a partir dos resultados da Análise Inferencial das variáveis psicossociais, sociodemográficas e clínicas, que evidenciam diferenças significativas (**ESTUDO 2**), e a partir da revisão teórica.

Resumindo, pretende-se por um lado, analisar a evolução e a relação das variáveis psicossociais ao longo dos três estádios e, por outro, construir um modelo estrutural que explique o impacto psicossocial de cada estádio, com base nos dados empíricos e teóricos, de forma a compreender a resposta, de uma amostra de mulheres portugueses com cancro da mama, em cada momento da doença (Fox, 1998; Helgeson, Snyder & Seltman, 2004;

Holland & Lewis, 2001; Price et al., 2000a; Price et al., 2000b; Ruíz et al., 1999; Seligman, 1996).

VARIÁVEIS

As variáveis psicossociais avaliadas, em cada estádio do ciclo psico-oncológico, desta investigação foram seleccionadas de acordo com a sua pertinência teórica, como indicado na revisão da literatura. De forma complementar consideraram-se algumas variáveis sociodemográficas, de forma a caracterizar as participantes. Considerou-se também um conjunto de variáveis clínicas, diferentes em cada estádio, que possibilitam a caracterização da doença (Fox, 1998; Holland 1998a; Seligman, 1996).

As variáveis psicossociais foram definidas como as variáveis principais e, as variáveis sociodemográficas e clínicas foram definidas como secundárias.

As Variáveis Psicossociais enquadram o **Suporte Social Percebido** (que contem a avaliação das dimensões de Satisfação com os Amigos, com a Intimidade, com a Família, com as Actividades Sociais, e o Suporte Social Total); o **Controlo Emocional** (onde se avalia o controlo da Ansiedade, Depressão, Raiva, que no seu conjunto permite obter a avaliação do Controlo Emocional Total); a **Ansiedade** e **Depressão** (que engloba um conjunto de seis itens para avaliar cada um deste domínios); as **Estratégias de *Coping*** (que engloba a avaliação das dimensões de Desânimo/ Fraqueza, Espírito de Luta, Fatalismo, Preocupação Ansiosa e Evitamento Cognitivo); o **Neuroticismo (**que engloba um conjunto de doze itens para avaliar este domínio); a **Qualidade de Vida** (que inclui a avaliação do Estado Global de Saúde, do Funcionamento Físico, emocional, Social, Imagem Corporal, Funcionamento e Satisfação Sexual).

As Variáveis Sócio-demográficas englobam a Idade, o Estado Civil, a Escolaridade e a Situação Profissional.

As Variáveis Clínicas englobam os Comportamentos de Adesão (screening e auto-exame), os Antecedentes Oncológicos de Cancro Mama, os Antecedentes Pessoais de Patologia da Mama, o Tipo de Cirurgia, o Tipo de Tratamento Pós-Cirúrgico, o Diagnóstico, a Psicopatologia Prévia, o Acompanhamento Psicológico, o Tipo e Número de Acontecimentos Vida Negativos.

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram avaliadas para caracterizar respectivamnete as participantes e a doença, no entanto, em cada estádio, e na relação com as variáveis psicossociais, segundo a revisão teórica, só algumas dessas variáveis faz

sentido incluir. Assim, consideram-se apenas a idade, o estado civil, a situação profissional, os antecedentes oncológicos familiares, o tipo de cirurgia, os tratamentos, o tipo de diagnóstico, a psicopatologia prévia, o acompanhamento psicológico e os acontecimentos de vida negativos. Estas variáveis são descritas, na revisão da literatura, como factores de influência na resposta psicossocial face ao adoecer da mama (Fox, 1998; Holland & Lewis, 2001; Weis & Weis, 1997).

TIPO DE ESTUDO

Esta investigação tem um carácter longitudinal e transversal. Desde logo, foi perceptível que optar por um desenho meramente longitudinal não era viável, quer pela mortalidade das participantes em estudo, quer pela baixa adesão à participação contínua na investigação. Por isso, esta investigação também inclui um desenho transversal, de certa forma complexo, mas exequível, ao nível económico, temporal e prático.

Assim, esta investigação engloba uma amostra longitudinal, que contempla três estádios diferentes do ciclo psico-oncológico, com trinta mulheres com cancro da mama, que foram seguidas nesses três estádios (**ESTUDO 1**); e uma amostra transversal, constituída por três sub-amostras independentes, cada uma correspondente a esses três estádios, com cento e vinte mulheres (**ESTUDO 2** e **3**).

Os três estádios contemplados nesta investigação foram (Costa, 2004; Pereira & Mestre, 1997; Seligman, 1996):

. **Estádio 1** – corresponde ao momento antes da cirurgia, caracterizado por elevada suspeita de cancro da mama, ou de um pré-diagnóstico, em que a mulher é sujeita a vários exames pré-operatórios durante um período de duas a três semanas.

. **Estádio 2** – corresponde ao momento pós-cirurgia, total e/ou parcial, que permite depois da análise da anatomia patológica esclarecer definitivamente o diagnóstico, que decorre no mês a seguir à cirurgia.

. **Estádio 3** – corresponde ao momento pós-tratamentos (Radioterapia, Quimioterapia e Hormonoterapia), em que a mulher realiza vários exames que permitem concluir qual a sua situação clínica, e do sucesso da intervenção, e planeia com o seu Médico o plano de vigilância, que decorre nos 3 meses seguintes.

PARTICIPANTES

As participantes neste estudo foram 300 mulheres com cancro da mama. A amostra foi constituída através de uma amostragem não-probabilística ou não-aleatória, do tipo acidental, casual ou conveniente (Maroco, 2007).

As participantes foram organizadas em dois grupos. No primeiro grupo recorreu-se a uma amostra longitudinal de trinta mulheres com cancro de mama, que foram avaliadas nos três estádios (**ESTUDO 1**). No segundo grupo, face às limitações temporais e de mortalidade da amostra, constituíram-se 3 amostras independentes, cada uma com noventa mulheres com cancro da mama, correspondentes a cada um dos três estádios. As trinta mulheres do primeiro grupo, avaliadas em cada um dos três estádios, foram incluídas neste segundo grupo, no estádio correspondente, o que totaliza, para cada uma das 3 amostras independentes, cento e vinte mulheres com cancro da mama. Estas três amostras constituem a base do **ESTUDO 2** e do **ESTUDO 3**.

Em ambos os grupos, a selecção das participantes foi realizada tendo em conta os seguintes **critérios de inclusão**: (1) decisão voluntária para participar no estudo; (2) ter cancro da mama primário (a primeira vez que tem cancro da mama); (3) ter domínio da língua portuguesa; (4) 1º Ciclo do Ensino Básico; (5) não ter realizado tratamentos (quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia) numa primeira fase.

Carcterização da Amostra Longitudinal

Apresenta-se, de seguida, de forma descritiva as variáveis sócio-demograficas e clínicas para o grupo de participantes correspondentes ao **ESTUDO 1** (n=30).

O Quadro 1 mostra que as participantes, numa percentagem superior, pertencem ao grupo etário dos 39-53 (45%), são casadas (66.7%), uma parte tem 1º Ciclo do Ensino Básico (26.7%), e outra tem o Ensino Secundário (26.7%), e estão no activo (63.3%).

Quadro 1- Frequências e % das Variáveis Sociodemográficas (n=30)

Variáveis	**Categorias**	**Frequências**	**%**
Grupo Etário	24-38	3	10.0
	39-53	**14**	**46.7**
	54-68	7	23.3
	> = 69	6	20.0
Estado Civil	Solteira	4	13.3
	Casada/União Facto	**20**	**66.7**
	Divorciada/Separada	2	6.7
	Viúva	4	13.3
Escolaridade	**1ºCiclo**	**8**	**26.7**
	2ºCiclo	6	20.0
	3ºCiclo	6	20.0
	Secundário	**8**	**26.7**
	Superior	2	6.7
Situação Profissional	Activa	**19**	**63.3**
	Activa/Baixa Médica	1	3.3
	Desempregada	2	6.7
	Reformada	6	20.0
	Outra	2	6.7

As mulheres demonstram ter um comportamento preventivo, uma vez que na sua maioria realizavam *screening* (73.3%) e o auto-exame da mama (73.3%). São mulheres, na sua maioria, sem antecedentes familiares oncológicos da mama (60%) e sem patologia mamária prévia (66.7%). Neste momento não realizam acompanhamento psicológico (96.7%), nem tomaram medicação, consultaram um psiquiatra e/ou psicólogo antes da situação de suspeita de cancro de mama, por outra situação considerada subjectivamente de stress (50%). Para além disso, realizaram uma cirurgia radical (mastectomia - 90%), quimioterapia/radioterapia /hormonoterapia (46.6%) e, o diagnóstico refere-se ao estádio 2 (83.3%) (Quadro 2).

Quadro 2 - Frequências e % Variáveis Clínicas (n=30)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Screening	Não	8	26.7
	Sim	**22**	**73.3**
Auto-Exame da Mama	Não	8	26.7
	Sim	**22**	**73.3**
Antecedentes	**Não**	**18**	**60**
Familiares	Sim	12	40
Oncológicos Mama			
Antecedentes	**Não**	**20**	**66.7**
Patologia Mama	Sim	10	33.3
Psicopatologia	Não	**15**	**50**
Anterior	Sim	15	50
Acompanhamento	Não	**29**	**96.7**
Psicológico	Sim	1	3.3
Tipo Cirurgia	Parcial	3	10
	Radical	**27**	**90**
Tratamentos Pós	Quimioterapia	2	6.7
Cirurgia	Radioterapia	2	6.7
	Quimioterapia /Radioterapia	**4**	**13.3**
	Hormonoterapia	1	3.3
	Quinioterapia / Hormonoterapia	**6**	**20**
	Radioterapia/ Hormonoterapia	4	**13.3**
	Quimioterapia /Radioterapia/ Hormonoterapia	11	36.7
Diagnóstico	Estádio 1	4	13.3
	Estádio 2	**25**	**83.3**
	Estádio 3	1	3.3

As participantes referem na sua maioria um a dois acontecimentos de vida negativos (66.7%), que se associam predominantemente a situações de separação e perda (76.7%), e ao diagnóstico e vivência de doença da própria, da família e/ou amigos (56.7%) (Quadro 3).

Quadro 3 - Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=30)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Conflito Familiar	Não	22	73.3
	Sim	8	26.7
Separação/Perda	Não	7	23.3
	Sim	**23**	**76.7**
Mudanças de Vida	Não	24	80.0
	Sim	6	20.0
Doença do Outro e	Não	13	43.3
Próprio	**Sim**	**17**	**56.7**
Problemas	Não	27	90.0
Financeiros	Sim	3	10.0
N Acontecimentos	0	2	6.7
Vida Negativos	**1**	**9**	**30.0**
	2	**11**	**36.7**
	3	6	20.0
	4	1	3.3
	5	1	3.3

As participantes na sua maioria estão na faixa etária dos 39-53, são casadas, tem o 1º ciclo do ensino básico e, estão no activo profissionalmente.

De outra forma, estas mulheres, apresentam na sua maioria comportamentos de elevada adesão ao rastreio do cancro da mama, sem antecedentes familiares de cancro da mama e pessoais de patologia mamária. Perante a doença, na sua generalidade, realizaram uma mastectomia, e tratamentos pós-cirugicos (radioterapia e quimioterapia), com um diagnóstico clínico no estádio II, segundo a classificação TNM. Para além disso, apontam a vivência de acontecimentos de vida negativos e ausência de psicopatologia prévia, e não recorreram a acompanhamento psicológico durante o cancro da mama.

Caracterização das Amostras Transversais

Para cada estádio realizou-se uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Estádio 1

Neste estádio 1, denominado "até chegar ao diagnóstico" (Seligman, 1996), foram avaliadas 120 mulheres e, de seguida, apresenta-se a análise descritiva das variáveis sócio-demograficas e clínicas.

O Quadro 4 mostra que as participantes, numa percentagem superior, pertencem ao grupo etário dos 39-53 (45%), são casadas (65%), têm o 1º Ciclo do Ensino Básico (39.2%), e estão a trabalhar no activo (55.8%).

Quadro 4 - Frequências e % das Variáveis Sociodemográficas (n=120)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Grupo Etário	24-38	8	6.7
	39-53	**54**	**45.0**
	54-68	39	32.5
	> = 69	19	15.8
Estado Civil	Solteira	16	13.3
	Casada/União Facto	**78**	**65.0**
	Divorciada/Separada	12	10.0
	Viúva	14	11.7
Escolaridade	**1ºCiclo**	**47**	**39.2**
	2ºCiclo	20	16.7
	3ºCiclo	23	19.2
	Secundário	15	12.5
	Superior	15	12.5
Situação Profissional	**Activa**	**67**	**55.8**
	Activa/Baixa Médica	5	4.2
	Desempregada	14	11.7
	Reformada	29	24.2
	Outra	5	4.2

As mulheres tinham um comportamento preventivo, uma vez que na sua maioria realizavam *screening* (80%) e o auto-exame da mama (69.2%). São mulheres, na sua maioria, com antecedentes familiares oncológicos da mama (69.2%), mas que não têm patologia mamária prévia (77%). Neste momento não realizam acompanhamento psicológico (96.7%), mas já tomaram medicação, consultaram um psiquiatra e/ou psicólogo antes da situação de suspeita de cancro de mama, por outra situação considerada subjectivamente de stress (55%) (Quadro 5).

Quadro 5 - Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=120)

Variáveis	**Categorias**	**Frequências**	**%**
Screening	Não	24	20.0
	Sim	**96**	**80.0**
Auto-Exame da Mama	Não	37	30.8
	Sim	**83**	**69.2**
Antecedentes Familiares	**Não**	**83**	**69.2**
Oncológicos Mama	Sim	37	30.8
Antecedentes Patologia	**Não**	**77**	**64.2**
Mama	Sim	43	35.8
Psicopatologia Prévia	Não	54	54.0
	Sim	**66**	**55.0**
Acompanhamento	**Não**	**116**	**96.7**
Psicológico	Sim	4	3.3

As participantes referem na sua maioria um a dois acontecimentos de vida negativos (58.4%), que se associam predominantemente a situações de separação e perda (85%), e ao diagnóstico e vivência da doença da própria, da família e/ou amigos (67.5%) (Quadro 6).

Quadro 6 - Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=120)

Variáveis	**Categorias**	**Frequências**	**%**
Conflito Familiar	Não	67	55.8
	Sim	53	44.2
Separação/Perda	Não	18	15.0
	Sim	**102**	**85.0**
Mudanças de Vida	Não	83	69.2
	Sim	37	30.8
Doença do Outro e	Não	39	32.5
Próprio	**Sim**	**81**	**67.5**
Problemas	Não	95	79.2
Financeiros	Sim	25	20.8
N Acontecimentos	**1**	29	**24.2**
Vida Negativos	**2**	41	**34.2**
	3	26	21.7
	≥ 4	24	19.9

Estádio 2

Este estádio é caracterizado pela aceitação do diagnóstico e pelo início da realização dos tratamentos adjuvantes (Seligman, 1996).

As 120 mulheres avaliadas, neste estádio, são caracterizadas, de seguida, quanto às variáveis sócio-demograficas, clínicas e psicossociais.

As participantes na sua maioria pertencem ao grupo etário dos 39-53 anos (44.2%), são casadas (70%), têm o 1º Ciclo do Ensino Básico, e uma parte é activa profissionalmente, mas está de baixa (29.2%) e outra parte reformada (26.7%) (Quadro 7).

Quadro 7 - Frequências e % das Variáveis Sociodemograficas (n=120)

Variáveis	**Categorias**	**Frequências**	**%**
Grupo Etário	24-38	8	6.7
	39-53	**53**	**44.2**
	54-68	39	32.5
	> = 69	20	16.7
Estado Civil	Solteira	14	11.7
	Casada/União Facto	**84**	**70.0**
	Divorciada/Separada	10	8.3
	Viúva	12	10.0
Escolaridade	**1ºCiclo**	**58**	**48.3**
	2ºCiclo	15	12.5
	3ºCiclo	18	15.0
	Secundário	15	12.5
	Superior	14	11.7
Situação Profissional	Activa	27	22.5
	Activa/Baixa Médica	**35**	**29.2**
	Desempregada	9	7.5
	Reformada	**32**	**26.7**
	Outra	17	14.2

As mulheres apresentam um comportamento preventivo, pois na sua maioria realizavam *screening* (70.8%) e o auto-exame da mama (75%). Na sua maioria não têm antecedentes familiares oncológicos da mama (71.7%), nem patologia mamária (65.8%). Neste momento não realizam acompanhamento psicológico (93.3%), mas já tomaram medicação, consultaram um psiquiatra e/ou psicólogo antes da situação de cancro de mama (53.3%). Para além disso, realizaram uma cirurgia radical (mastectomia, 73.3%), com diagnóstico no estádio 2 (59.2%) (Quadro 8).

Quadro 8 - Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=120)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Screening	Não	35	29.2
	Sim	**85**	**70.8**
Auto-Exame da	Não	30	25.0
Mama	**Sim**	**90**	**75.0**
Antecedentes	**Não**	**86**	**71.7**
Familiares	Sim	34	28.3
Oncológicos Mama			
Antecedentes	**Não**	**79**	**65.8**
Patologia Mama	Sim	41	34.2
Psicopatologia Prévia	Não	56	46.7
	Sim	**64**	**53.3**
Acompanhamento	**Não**	**112**	**93.3**
Psicológico	Sim	8	6.7
Tipo Cirurgia	Parcial	32	26.7
	Radical	**88**	**73.3**
Diagnóstico	Estádio 1	28	23.3
	Estádio 2	**71**	**59.2**
	Estádio 3	21	17.5

As participantes referem, na sua maioria, um a dois acontecimentos de vida negativos (64.2%), que se associam predominantemente a situações de separação e perda (67.5%), e ao diagnóstico e vivência da doença da própria, da família e/ou amigos (51.7%) (Quadro 9).

Quadro 9 - Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=120)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Conflito Familiar	Não	98	81.7
	Sim	22	18.3
Separação/Perda	Não	39	32.5
	Sim	**81**	**67.5**
Mudanças de Vida	Não	102	85.0
	Sim	18	15.0
Doença do Outro e	Não	58	48.3
Próprio	**Sim**	**62**	**51.7**
Problemas	Não	115	95.8
Financeiros	Sim	5	4.2
N Acontecimentos	0	8	6.7
Vida Negativos	**1**	**42**	**35.0**
	2	**35**	**29.2**
	3	23	19.2
	≥ 4	12	9.9

Estádio 3

Neste estádio 3, denominado “dos tratamentos em diante” (Seligman, 1996), foram avaliadas 120 mulheres e, de seguida, apresenta-se a análise descritiva das variáveis sócio-demograficas, clínicas e psicossociais.

As participantes, numa percentagem superior, pertencem ao grupo etário dos 39-53 (35%), são casadas (63.3%), têm 1º Ciclo do Ensino Básico (45%), e uma parte é reformada (35%) e outra activa profissionalmente, mas de baixa (18.3%) (Quadro 10).

Quadro 10 - Frequências e % das Variáveis Sociodemograficas (n=120)

Variáveis	**Categorias**	**Frequências**	**%**
Grupo Etário	24-38	20	16.7
	39-53	**42**	**35.0**
	54-68	33	27.5
	> = 69	25	20.8
Estado Civil	Solteira	16	13.3
	Casada/União Facto	**76**	**63.3**
	Divorciada/Separada	7	5.8
	Viúva	21	17.5
Escolaridade	**1ºCiclo**	**54**	**45.0**
	2ºCiclo	14	11.7
	3ºCiclo	19	15.8
	Secundário	22	18.3
	Superior	11	9.2
Situação	Activa	42	35.0
Profissional	**Activa/Baixa Médica**	**22**	**18.3**
	Desempregada	3	2.5
	Reformada	**42**	**35.0**
	Outra	11	9.2

As mulheres tinham um comportamento preventivo, uma vez que na sua maioria realizavam *screening* (60.8%) e o auto-exame da mama (72.5%). São mulheres, na sua maioria, sem antecedentes familiares oncológicos da mama (65.8%), sem patologia mamária prévia (78.3%). Neste momento não realizam acompanhamento psicológico (92.5%), nem tomaram medicação, consultaram um psiquiatra e/ou psicólogo antes da situação de suspeita de cancro de mama, por outra situação considerada subjectivamente de stress (64.2%). Para além disso, realizaram uma cirurgia radical (mastectomia - 91.7%), quimioterapia/radioterapia (24.2%) e/ou quimioterapia/radioterapia/hormonoterapia (25.8%), e o diagnóstico refere-se ao estádio II (80%) (Quadro 11).

Quadro 11 - Frequências e % das Variáveis Clínicas (n=120)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Screening	Não	47	39.2
	Sim	**73**	**60.8**
Auto-Exame da Mama	Não	33	27.5
	Sim	**87**	**72.5**
Antecedentes Familiares	**Não**	**79**	**65.8**
Oncológicos Mama	Sim	41	34.2
Antecedentes Patologia	**Não**	**94**	**78.3**
Mama	Sim	26	21.7
Psicopatologia Prévia	**Não**	**77**	**64.2**
	Sim	43	35.8
Acompanhamento	**Não**	**111**	**92.5**
Psicológico	Sim	9	7.5
Tipo Cirurgia	Parcial	10	8.3
	Radical	**110**	**91.7**
Tratamentos Pós	Quimioterapia	23	19.2
Cirurgia	Radioterapia	6	5.0
	Quimioterapia/ Radioterapia	**29**	**24.2**
	Hormonoterapia	13	10.8
	Quimioterapia/ Hormonoterapia	10	8.3
	Rádioterapia / Hormonoterapia	8	6.7
	Quimioterapia /Radioterapia/Hormonoterapia	**31**	**25.8**
Diagnóstico	Estádio 1	17	14.2
	Estádio 2	**96**	**80.0**
	Estádio 3	7	5.8

Na sua maioria as participantes apontam um a três acontecimentos de vida negativos (51,7%), que se associam predominantemente a situações de separação e perda (59.2%), e ao diagnóstico e vivência da doença da própria, da família e/ou amigos (60.8%) (Quadro 12).

Quadro 12 - Frequências e % dos Acontecimentos de Vida Negativos (n=120)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Conflito Familiar	Não	93	77.5
	Sim	27	22.5
Separação/Perda	Não	49	40.8
	Sim	**71**	**59.2**
Mudanças de Vida	Não	100	83.3
	Sim	20	16.7
Doença do Outro e	Não	47	39.2
Próprio	**Sim**	**73**	**60.8**
Problemas	Não	109	90.8
Financeiros	Sim	11	9.2
N Acontecimentos	0	15	12.5
Vida Negativos	**1**	**33**	**27.5**
	2	22	18.3
	3	**29**	**24.2**
	4	4	3.3
	5	12	10.0
	6	5	4.2

Uma vez que as três amostras transversais, com 120 mulheres cada, se constituíram em amostras independentes, tornou-se relevante avaliar até que ponto as amostras diferiam nas

suas características sociodemográficas, já que estas variáveis podem apresentar um efeito de interferência (*Confoundinf Effect*) sobre os resultados inferenciais referentes aos três estádios.

A Análise Inferencial com o Teste do Qui-quadrado de Homogeneidade revela heterogeneidade das amostras em algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, descritas abaixo nos Quadros 13 e 14.

Quadro 13 - Homogeneidade das Amostras nos 3 Estádios relativamente às Variáveis Sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	**Estatística Teste Qui Quadrado**	**g.l.**	**P**
Situação Profissional	56.162	8	**<.001**

Relativamente às variáveis sociodemográficas apenas a situação profissional registou alterações significativas entre as três amostras (χ^2 (8)= 56.162; p<.001). De acordo com a Análise de Frequências do estádio 1 a maioria das mulheres estão activas profissionalmente (55.8%), no estádio 2 estão de baixa (29.2%) e são reformadas (26.7%), e no estádio 3 a maioria é reformada (35%) (Quadro 13).

Quadro 14 - Homogeneidade das Amostras nos 3 Estádios relativamente às Variáveis Clínicas

Variáveis Clínicas	**Estatística Teste Qui Quadrado**	**g.l.**	**P**
Screening	10.617	2	**.005**
Antecedentes Patologia Mama	6.781	2	**.034**
Psicopatologia Prévia	10.839	2	**.004**
Diagnóstico	84.161	4	**.001**

Em relação às variáveis clínicas, as alterações significativas entre as três amostras, evidenciam-se: no *screening* (χ^2 (2)= 10.617; p=.005), nos antecedentes de patologia mamaria (χ^2 (2)= 6.781; p=.034), na psicopatologia prévia (χ^2 (2)= 10.839; p=.004), no tipo de cirurgia (χ^2 (2)= 59.153; p<.001) e no diagnóstico (χ^2 (2)= 84.161; p<001) (Quadro 14).

De acordo com a Análise de Frequências do estádio 1 a maioria das mulheres realizaram o screening (80%), não têm antecedentes de patologia mamária (64.2%) e têm psicopatologia prévia (55%). Em comparação com o estádio 2, a maioria das mulheres realizaram o screening (70.8%), não têm antecedentes de patologia mamária (65.8%) e têm psicopatologia prévia (53.3%). No estádio 3, a maioria das mulheres realizaram o screening (60.8%), não têm antecedentes de patologia mamária (78.3%) e não têm psicopatologia prévia (64.2%).

Para além disso, no estádio 2 a maioria das mulheres tem um diagnóstico no estádio II (59.2%). No estádio 3 a maioria das mulheres tem um diagnóstico no estádio II (80%).

Nos três estádios as características sociodemograficas das mulheres são idênticas quanto ao grupo etário (39-53 anos), ao estado civil (casada) e escolaridade (1º ciclo), e diferentes quanto à situação profissional, uma vez que, no primeiro estádio a maioria das mulheres estão activas profissionalmente, no segundo estádio a maioria está de baixa e/ou reformada, e no terceiro estádio são reformadas.

Quanto às características clínicas, as três amostras não diferem quanto aos antecedentes familiares de cancro da mama (sem antecedentes), ao acompanhamento psicológico (sem acompanhamento), e quanto ao tipo de acontecimentos de vida negativos (de perda e de doença). De outra forma, as três amostras já diferem quanto às percentagens relativamente à presença de psicopatologia prévia, aos comportamentos de adesão ao rastreio (*screening*), aos antecedentes pessoais de patologia mamária e diagnóstico.

Para além destas características clínicas, existe outra inerente ao terceiro estádio, donde as mulheres apresentam ainda como principal característica ter realizado quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia.

MATERIAL

Para a selecção dos instrumentos foi tido em conta a sua adequação para avaliação das variáveis em estudo, a sua estrutura, e a sua utilização ao nível nacional e internacional. Foram contactados os autores dos questionários utilizados, no sentido de recolher autorização e informação sobre a sua validade e cotação. Os autores contactados forneceram autorização através do contacto directo com o investigador. Exemplos disso são os questionários: Escala de Satisfação Social com o Suporte Social (Ribeiro, 1999b); *Courtauld Emotional Control Scale* (Watson & Greer, 1983); *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1995); Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (Watson e al., 1994 – versão portuguesa de Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003); NEO-FFI - Versão Reduzida do Inventário de Personalidade NEO-PI-R (Costa & MacCrae, 1992 – versão portuguesa aferida por Lima, 1997). Para os restantes questionários, concretamente o QLQ – C30 (EORTC, 2001) e o QLQ - BR 23 (EORTC, 2001), que avaliam a Qualidade de Vida, foi obtida autorização junto dos autores por correio electrónico (anexo2).

Nem todos os questionários estavam traduzidos para português, o que obedeceu à utilização da técnica da tradução-retroversão e, nem todos os questionários tinham sido

utilizados em amostras oncológicas. *À posteriori* do início desta investigação, alguns questionários foram alvo de publicações em amostras oncológicas, com introdução de novos dados sobre a sua estrutura factorial e fiabilidade. Neste documento, esses dados vão ser referidos, como resultado da pesquisa bibliográfica.

Os Instrumentos utilizados foram os seguintes: **Questionário Sócio-Demográfico e Clínico**; **ESSS -** Escala de Satisfação Social com o Suporte Social (Ribeiro, 1999); **CEC** - *Courtauld Emotional Control Scale* (Watson & Greer, 1983); **BSI** - *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1995); Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (**Mini-Mac**) (Watson et al., 1994 - versão portuguesa de Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003); Qualidade de Vida - **QLQ – C30** (EORTC, 2001); **QLQ - BR 23** (EORTC, 2001); **NEO - FFI** Versão Reduzida do Inventário de Personalidade NEO-PI-R (Costa & MacCrae, 1992 – versão portuguesa aferida por Lima, 1997). Estes questionários, no seu conjunto, constituíram o instrumento apresentado e auto-preenchido pelas participantes dos três estudos (anexo 3).

Questionários Sócio-Demográfico e Clínico

Os Questionários Sócio-Demográfico e Clínico foram construídos para a presente investigação para avaliar as variáveis socio-demográficas e clínicas, estas últimas inerentes à patologia oncológica da mama, de acordo com a pesquisa bibliográfica efectuada (Holland & Lewis, 2001; Pereira & Mestre, 1997; Weis & Weis, 1997).

As variáveis sócio-demograficas avaliadas foram a Idade, o Estado Civil, a Escolaridade, e a Situação profissional.

Cada uma destas variáveis foi categorizada segundo distintas dimensões. A variável Idade foi agrupada em quatro classes: “24-38 anos”; “39-53 anos”; “54-68 anos”;”≥ 69 anos”, definindo a variável o grupo etário.

Para o Estado Civil considerou-se as classes: “Solteira”, “Casada e/ou União de Facto”, “Divorciada”, “Viúva”. Na Escolaridade adoptou-se os seguintes níveis: “1º Ciclo”, “2º Ciclo”, “3º Ciclo”, “Ensino Secundário” e, “Ensino Superior”. Para a Situação Profissional considerou-se as dimensões: “Activa”, “Activa/ Baixa Médica”, “Desempregada”, “Reformada”, “Outra” (por exemplo, doméstica).

As variáveis clínicas avaliadas foram: os Comportamentos de Adesão; os Antecedentes Familiares e Pessoais de Cancro Mama e de Patologia Mamária; o Estádio/Diagnóstico de

Cancro da Mama; o Tipo de Cirurgia; Tipo de Tratamento; a Psicopatologia Prévia; o Acompanhamento Psicológico; e os Acontecimentos de Vida Negativos.

Os Comportamentos de Adesão foram avaliados através de duas questões relativas à realização anual do screening e realização mensal do auto-exame da mama, com possibilidade de resposta dictómica (“sim” ou ”não”).

Os Antecedentes Familiares e Pessoais de Cancro Mama e de Patologia Mamária foram avaliados através de duas questões de resposta dictómica (“sim” ou “não”).

Quanto à avaliação do Estádio/Diagnóstico de Cancro da Mama, realizou-se uma questão, sendo que as respostas foram cotadas segundo a Classificação TNM – Estádio I, II e III (Holland, 1998a; Wittekind et al., 2005).

O Tipo de Cirurgia foi avaliada através de uma questão aberta e cotado em função das respostas como radical e/ou parcial.

Para avaliação do Tipo de Tratamento foi colocada uma questão aberta, sendo que a classificação foi organizada pelos diferentes tipos de tratamentos possíveis, concretamente a quimioterapia, radioterapia e a hormonoterapia.

A Psicopatologia Prévia foi avaliada através de uma questão aberta, na qual se pergunta se alguma vez consultou um profissional de saúde por problemas de ansiedade, depressão ou outro tipo de transtorno.

O Acompanhamento Psicológico foi avaliado através de uma questão aberta, na qual se pergunta se está neste momento a ser seguido por um Psicólogo.

Por fim, os Acontecimentos de Vida Negativos foram avaliados através de uma questão directa que avalia o tipo/número de acontecimentos de vida que implicaram para a mulher um reajustamento, e uma atribuição de impacto negativo. Esta variável foi tipificada em acontecimentos de vida relacionados com conflitos familiares, de separação e perda, mudanças de vida, doença do próprio e de outros, e problemas financeiros. Estes foram os acontecimentos apontados e que são comummente relatados na literatura (Hilakivi-Clarke, et al., 1993).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) avalia a satisfação com o suporte social percebido. É constituída por 15 itens, distribuídos por 4 sub-escalas (satisfação com as amizades; actividades sociais; intimidade; e família; e). Para cada item deve ser assinalado o grau de concordância numa escala de tipo likert de cinco pontos (de

«Concordo Totalmente» a «Discordo Totalmente»). Na cotação da Escala, pelo somatório dos itens de cada sub-escala obtém-se o *score* correspondente a cada sub-escala. O somatório dos 15 itens produz um *score* total de satisfação com o suporte social. Quanto mais elevados os valores, maior satisfação com o suporte social percebido. É de notar que existem itens invertidos.

No quadro seguinte apresenta-se a descrição de cada sub-escala, os itens correspondentes (normais e invertidos), bem como os valores de consistência interna do primeiro estudo de desenvolvimento e validação da escala (Pais Ribeiro, 1999). No estudo original recorreu-se a uma amostra de 609 estudantes do nível secundário e universitário. Num outro estudo, com uma amostra oncológica, participaram 127 mulheres com cancro da mama (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003), e por fim num outro estudo mais recente, avaliaram-se as propriedades psicométricas numa amostra de 84 mulheres com cancro da mama (Varela, 2006).

Quadro 15 - Descrição da Escala e Sub-Escalas da ESSS e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 2**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 3**
Satisfação com Amizades 5 itens: 3 (normal) 12, 13, 14, 15 (invertidos)	Grau de satisfação com número vezes que se é procurado pelos amigos; quantidade de amigos e de tempo disponível para estar com os amigos; e tipo de amigos.	0.83	0.81	0.84
Satisfação com Actividades Sociais 3 itens: 2, 7, 8	Grau de satisfação com as actividades sociais, na sua participação, frequência e número.	0.85	0.76	0.54
Satisfação com Familia 3 itens (invertidos): 9, 10, 11	Grau de satisfação com o relacionamento com a família, quantidade de tempo disponível para estar com a família, e actividades realizadas em conjunto.	0.64	0.89	0.83
Satisfação com Intimidade 4 itens: 1, 6 (normal) 4, 5 (invertidos)	Grau de satisfação com o apoio que se tem disponível, em situações de necessidade, e disponibilidade em ter alguém verdadeiramente intimo.	0.64	0.66	0.71
Escala Total 15 itens	Grau satisfação suporte social percebido	0.85	0.83	0.87

Estudo 1: Pais Ribeiro, 1999 (n=609); Estudo 2: Santos, Ribeiro & Lopes, 2003 (n=385); Estudo 3: Varela, 2006 (n=84)

Os três estudos da ESSS evidenciam níveis de consistência interna considerados de um nível aceitável a um nível bom, mantendo a estrutura de 15 itens na totalidade da escala.

Escala de Controlo Emocional - Courtauld Emotional Control Scale (CEC)

A Escala de Controlo Emocional - *Courtauld Emotional Control Scale* (CEC) (Watson & Greer, 1983) é composta por 21 itens e mede, de forma global, o controlo de respostas afectivas negativas, agrupando-se em três sub-escalas que avaliam o grau de controlo da raiva, ansiedade e tristeza. Tem um formato de resposta tipo Likert de quatro pontos (de «quase nunca» a «quase sempre»). Para a sua adaptação realizou-se o sistema de tradução e retroversão para Português.

Os autores no artigo de publicação da escala chamam a atenção para os itens invertidos (4, 8, 11, 12 e 19) que devem ser alterados aquando da cotação. A escala tem um *score* total dado pela soma de todos os itens, e um *score* para cada sub-escala, obtido pela soma dos itens correspondentes. As pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior de controlo emocional.

Quadro 16 - Descrição da Escala e Sub-Escalas da CEC e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 2**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 3**
Controlo Raiva 7 itens: 1, 2, 3, , 6, 7 (normal); 4 (invertido)	Nível de controlo da raiva	0.86	0.65	0.84
Controlo Ansiedade 7 itens: 9, 10, 13, 14 (normal); 8, 11, 12 (invertidos	Nível de controlo da ansiedade	0.88	0.68	0.82
Controlo Tristeza 7 itens: 15, 16, 17, 18, 20, 21 (normal); 19 (invertido)	Nível de controlo da tristeza	0.88	0.80	0.84
Escala Total 21 itens	Nível controlo emocional	0.88	0.87	0.91

Estudo 1: Watson & Greer, 1983 (n=140); Estudo 2: Carreiras & Patrão, 2006 (n=30); Estudo 3: Silva & Patrão, 2006 (n=30).

A escala CEC evidencia boas qualidades psicométricas, nos estudos apresentados (Watson & Greer, 1983; Carreiras & Patrão, 2006; Silva & Patrão, 2006) (Quadro 16), relativamente aos níveis de consistência interna, de um nível aceitável a bom. O primeiro estudo é de apresentação da escala pelos autores, com uma amostra de 140 homens e mulheres com cancro. Os dois estudos seguintes são portugueses, com 30 participantes cada um, com cancro da mama.

Escalas de Avaliação da Ansiedade e Depressão do Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI - *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982) – é um inventário de sintomas psicopatológicos com 53 itens, que engloba nove dimensões (somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade Interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideacção paranóide; psicoticismo) e três índices globais. Este questionário é uma forma breve do Symptom Checklist-90 (SCL-90).

A versão portuguesa foi aferida por Canavarro (1995), com 551 sujeitos (clínicos e não clínicos). O Alpha de Cronbach das escalas oscilou entre 0.71 e 0.85, o que indica uma boa consistência interna. O inventário tem um formato de resposta tipo likert de quatro pontos (do «nunca» a «muitíssimas vezes»).

Nesta investigação foram utilizadas as sub-escalas de depressão e ansiedade, por isso só se apresentam as suas características detalhadamente, como o realizaram Schnoll et al. (1998), uma vez que só usaram, do BSI, as sub-escalas de ansiedade e depressão. Para cada sub-escala obtém-se um *score* através da soma dos respectivos itens. Um *score* elevado indica a existência de perturbação.

No estudo de aferição de Canavarro (1995) a consistência interna das escalas utilizadas é considerada boa, no entanto, nos estudos que se seguiram, com amostras de mulheres com cancro da mama, a consistência interna é de aceitável a boa (n=30 em cada estudo) (Silva & Patrão, 2006; Farinha, 2006) (Quadro 17).

Quadro 17 - Descrição das Sub-Escalas de Ansiedade e Depressão, e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 2**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 3**
Depressão 6 itens: 9, 16, 17, 18, 35, 50	Avaliação sintomas de humor e afecto disfórico, perda de energia vital, falta de motivação, e interesse pela vida	0.72	0.78	0.67
Ansiedade 6 itens: 1, 12, 19, 38, 45, 49	Avaliação do nervosismo, tensão, ansiedade generalizada, ataques de pânico, apreensão, aspectos somáticos	0.76	0.75	0.79

Estudo 1: Canavarro, 1995 (n=551); Estudo 2: Silva & Patrão, 2006 (n=30) ; Estudo 3: Farinha, 2006 (n=30).

Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (Mini-Mac)

A Escala de ajustamento mental ao cancro, versão reduzida (Mini-Mac) (Watson, Law, Santos, Greer, Baruch & Bills, 1994 – tradução Ribeiro, 2002) é constituída por 29 itens, e tem como origem a *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC), desenvolvida em 1988.

Avalia cinco estratégias de *coping* ao cancro: desânimo/fraqueza; preocupação ansiosa; espírito de luta, evitamento cognitivo e fatalismo. Cada item descreve a reacção do doente ao cancro, num formato de resposta de tipo likert de quatro pontos (do «não se aplica de modo algum a mim», a «aplica-se totalmente a mim»). Valores elevados nas sub-escalas de desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, evitamento e fatalismo, indicam níveis de *coping* pouco adaptativos e negativo, enquanto que elevados níveis na sub-escala espírito de luta indica níveis de *coping* adaptativo e positivo.

No estudo dos autores da escala MAC os níveis de consistência interna são bons para a MiniMac, o que já não acontece em estudos portugueses. Num dos estudos com 30 mulheres com cancro da mama, a dimensão fatalismo apresenta valores não aceitáveis, o que segundo os autores indica uma fragilidade nesta dimensão, que já tem sido observada noutros países, e pode colocar a questão da diferença sócio-cultural (Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003). Os mesmos autores optaram por conservar a estrutura original da escala, mas ao realizarem uma análise factorial perceberam que os itens saturavam em 2 factores, sendo que as dimensões desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa saturam no mesmo factor e o espírito de luta e evitamento cognitivo saturavam noutro factor. Noutro estudo, com 84 mulheres com cancro da mama, as dimensões do espírito de luta, evitamento cognitivo e mais uma vez fatalismo, evidenciam valores não aceitáveis de consistência interna, colocando em causa a fiabilidade da medida (Varela, 2006) (Quadro 18).

Quadro 18 - Descrição da Escala e Sub-Escalas da Mini-Mac e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 2**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 3**
Desânimo/Fraqueza 8 itens: 1,2, 6, 13, 16, 18, 22, 28	Pessimismo; ausência de combate activo da doença; doença encarada como uma perda.	0.87	0.85	0.89
Preocupação Ansiosa 8 itens: 8, 10, 12, 14, 15, 23, 27, 29	Ansiedade persistente; procura compulsiva de informação, interpretada de forma pessimista.	0.88	0.92	0.86
Espírito de Luta 4 itens:3, 19, 20, 26	Atitude optimista; a doença é um desafio; crença de controlo sobre o percurso da doença.	0.76	0.77	0.57
Evitamento Cognitivo 4 itens: 4, 9, 21, 24	Recusa do diagnóstico; ou negação da sua gravidade	0.74	0.90	0.53
Fatalismo 5 itens: 5, 7, 11, 17, 25	Aceitação passiva e serenidade quanto aos resultados	0.62	0.23	0.49

Estudo 1: Watson et al., 1994 (n=630); Estudo 2: Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003 (n=60); Estudo 3: Varela, 2006 (n=84).

Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QDV) foi avaliada através de dois instrumentos desenvolvidos pelo *Cancer Study Group on Quality of Life* da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC, 2001).

O primeiro desses instrumentos designa-se de QLQ – C30. É considerado um questionário de avaliação da QDV em pacientes com cancro, constituído por 30 itens, divididos por uma escala global, cinco escalas funcionais (Funcionamento físico, de papel, emocional, cognitivo e social), e por 3 sub-escalas de sintomas associados ao cancro e tratamento, e 6 itens simples que avaliam sintomas que os doentes com cancro costumam numerar.

O formato da resposta é de tipo likert de quatro pontos (do «não» ao «muito») para as escalas funcionais, e de sete pontos (do «péssima» a «óptima») para a escala global de saúde. *Scores* elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV. Os scores são transformados de 0 a 100, conforme indicação no manual de cotação (EORTC, 2001).

Nesta investigação só se utilizou a escala global de saúde e três sub-escalas de QDV (física, emocional e social), como também fizeram Santos, Ribeiro e Lopes (2003) no seu estudo com 385 doentes oncológicos. Nesse estudo os autores realizaram um processo de adaptação do questionário e retiraram um item da escala funcionamento físico, por baixa associação com os restantes itens, e associaram a escala de funcionamento cognitivo e emocional. Referem que existiu uma boa consistência interna, com coeficientes de Alpha de Cronbach desde 0.79 a 0.86.

Num outro estudo internacional, menos recente, com 305 doentes oncológicos, o questionário manteve a sua estrutura, com excepção da sub-escala do funcionamento de papel, por baixa consistência interna (Aaronson et al., 1993). Um outro estudo de Pais Ribeiro, Pinto e Santos (2007), submetido para publicação, com 933 doentes oncológicos também mantêm a estrutura do questionário, que revela bons níveis de consistência interna (Quadro 19).

Quadro 19 - Descrição da Escala Global e Escalas Funcionais QLQ – C30 e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 2**
Estatuto Global de Saúde 2 itens: 29, 30	Avalia o Estatuto Global de Saúde	0.89	0.88
Física 5 itens: 1. 2, 3, 4, 5	Avalia o nível físico	0.71	0.74
Papel 2 itens: 6,7	Avalia o nível funcional nos papeis desempenhados na profissão e lazer	0.52	0.85
Emocional 4 itens: 21, 22, 23, 24	Avalia o nível emocional	0.80	0.87
Cognitivo 2 itens: 20, 25	Avalia o desempenho cognitivo	0.73	0.57
Social 2 itens: 26, 27	Avalia o desempenho social	0.77	0.78

Estudo 1: Aaronson, N. et al., 1993 (n=305); Estudo 2: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2007 (n=933)

O outro instrumento de avaliação da QDV é o QLQ – BR 23 (EORTC, 2001). É um módulo aplicado a pacientes com cancro da mama especificamente, durante o processo de doença (cirurgia e tratamentos), com 23 itens, divididos por quatro escalas funcionais (imagem corporal, funcionamento e satisfação sexual, e perspectiva futura) e quatro escalas de sintomas (onde se avalia sintomas da doença, efeitos secundários do tratamento). Nesta investigação foram utilizadas as escalas de imagem corporal, funcionamento e satisfação sexual, pela sua relevância teórica e empírica.

O formato da resposta é de tipo likert de quatro pontos (do «não» ao «muito»). *Scores* elevados nas escalas de funcionamento, satisfação sexual e imagem corporal indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV. Os *scores* são transformados de 0 a 100, conforme indicação no manual de cotação (EORTC, 2001).

Os resultados de um estudo, com uma amostra alemã (n=170), indicam bons resultados de consistência interna, como se verifica na tabela seguinte (Sprangers et al., 1996) (Quadro 20).

Quadro 20 - Descrição da Escala e Sub-Escalas do QLQ – BR23 e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**
Imagem Corporal 4 itens: 9, 10, 11, 12	Avalia o nível de satisfação com a imagem corporal depois da cirurgia e tratamentos	0.89
Funcionamento Sexual 2 itens: 14, 15	Avalia o nível de funcionamento sexual depois da cirurgia e tratamentos	0.81
Satisfação Sexual 1 item: 16	Avalia o nível de satisfação sexual depois da cirurgia e tratamentos	_____

Estudo 1: Sprangers et al., 1996 (n= 170)

Personalidade - NEO – FFI

O NEO-FFI, NEO *Five Factor Inventory* é a versão reduzida do Inventário de Personalidade NEO-PI-R desenvolvido por Paul Costa e Robert MacCrae em 1992. A versão portuguesa foi aferida por Lima (1997), com uma amostra não clínica de 1781 sujeitos, do Conselho de Leiria, que preencheram o NEO-PI-R.

Na sua versão reduzida, o NEO-FFI, é composto por 60 itens, com um formato de resposta tipo Likert de quatro pontos, que permite avaliar cinco dimensões básicas da personalidade, conforme é postulado na teoria dos «Big Five»: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade (Parker e Stumpf, 1998).

Os itens do inventário têm um formato de tipo likert de quatro pontos (de «concordo totalmente» a «discordo totalmente»). Neste estudo só se utilizou a dimensão neuroticismo, uma vez que do ponto de vista teórico a dimensão do neuroticismo é uma das características avaliadas para caracterizar a personalidade Tipo C em pacientes com cancro da mama (Swan et al., 1992; Amelang et al., 1996; Andreu, 2001; Patrão & Leal, 2004). Nesta dimensão as pontuações baixas indicam estabilidade emocional, por isso os indivíduos são capazes de fazer face a situações de stress sem ficarem transtornados.

Quadro 21 - Descrição Sub-Escala Neuroticismo do NEO-FFI e Valores da Consistência Interna

Escala	Descrição	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 1**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 2**	Consistência Interna **Alpha Cronbach Estudo 3**
Neuroticismo 12 itens: 6, 11, 21, 26, 36, 41, 51, 56 (normal); 1, 16, 31, 46 (invertidos)	Avalia a adaptação vs. instabilidade emocional – identifica os indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos, e respostas de coping desadequadas. Há tendência para experimentar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa.	0.84	0.76	0.86

Estudo 1: Parker & Stumpf, 1998 (n=870); Estudo 2: Carreiras & Patrão, 2006 (n=30); Estudo 3:Bertoquini (comunicação pessoal) (n=1506)

Os estudos que utilizaram o NEO-FFI evidenciam boas qualidades métricas (Parker & Stumpf, 1998; Carreiras & Patrão, 2006; Bertoquini (2007), e bons níveis de consistência interna. O primeiro estudo é internacional e utilizou uma amostra de 870 homens e mulheres voluntários. Os outros estudos são portugueses, o primeiro com 30 mulheres com cancro da mama, e o segundo com 1506 estudantes universitários (Quadro 21).

Análise Factorial Confirmatória dos Instrumentos

As propriedades psicométricas das escalas originais e das novas estruturas factoriais com os itens reorganizados são apresentadas de seguida individualmente para cada questionário, segundo critérios estatísticos estabelecidos[1].

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Os Quadros 22 e 23 permitem a comparação entre a estrutura original da ESSS e a final. Nesta escala foram eliminados quatro itens (itens 3 e 12 da sub-escala amizades; itens 1 e 6 da sub-escala intimidade) por motivos estatísticos, o que possibilitou que a escala no seu geral obtivesse um melhor ajustamento à estrutura factorial original, e melhor consistência interna, mesmo em comparação com os dados de Patrão, Maroco & Leal (2006a), com uma amostra de 120 mulheres com cancro da mama (χ^2 =81.122, DF=48, p=.002, χ^2 /df=1.690, RMSEA=.076, P(RMSEA<0.05)=.072, CFI=.934, PCFI=.680, GFI=.898). A consistência interna da estrutura final apresenta valores considerados bons ($\alpha \geq 0.70$).

Quadro 22 - Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna da ESSS

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
ESSS – Escala Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)	Amizades	3,12,13,14,15	χ^2 =737.418 DF=.84 p=.000, χ^2 df=8.779 RMSEA=.147 p(RMSEA<0.05)=.000, CFI=.724, PCFI=.579, GFI=.772	.803
	Actividades Sociais	2,7,8		.724
	Familia	9,10,11		.771
	Intimidade	1,4,5,6		.598
	Total	15 Itens		.850

Quadro 23 - Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna da ESSS

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
ESSS – Escala Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)	Amizades	13,14,15	χ^2 =137.527, DF=38, p=.000, χ^2 df=3.619 RMSEA=.085 p(RMSEA<0.05)=.000, CFI=.934, PCFI=.645, GFI=.932	.803
	Actividades Sociais	2,7,8		.724
	Familia	9,10,11		.771
	Intimidade	4,5		.808
	Total	11 Itens		.811

[1] Critérios de aceitação de ajustamento do modelo (Arbukle, 2005; Hoyle, 1995; Hu & Bentler, 1998; McDonal & Ho, 2002): RMSEA - valor inferior 0.05=excelente; entre 0.05-0.08=bom ajustamento do modelo; entre 0.08-0.1=ajustamento marginal/ aceitável; e superior a 0.1=inaceitável; CFI, GFI e PCFI - valor de 1 corresponde a um ajustamento perfeito, a partir de 0.9 é considerado uma boa adequação; se o valor for de 0, não existe adequação do modelo teórico (estrutura factorial) aos dados observados.

Critérios de aceitação dos valores de Alpha de Cronbach – a partir de 0.70 aceitável (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Escala de Controlo Emocional - Courtauld Emotional Control Scale (CEC)

Na escala de controlo emocional foram eliminados doze itens, em função dos valores dos índices de modificação elevados, e por motivos teóricos, o que possibilitou que a escala no seu geral obtivesse um melhor ajustamento à estrutura factorial original, e uma consistência interna aceitável (Quadro 24).

Os itens eliminados contribuíram para maior validade teórica da escala, uma vez que a escala tem como objectivo a avaliação do controlo emocional, e os itens que apresentavam índices de modificação elevados relacionavam-se com a expressão emocional, por exemplo, o item 4 da sub-escala de controlo da raiva «Digo o que sinto».

Quadro 24 - Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna da CEC

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
CEC- Courtauld Emotional Control Scale (Watson e Greer, 1983).	Raiva	1,2,3,4,5,6,7	χ^2 =884.508, DF=186, p=.000,	.815
	Ansiedade	8,9,10,1112,13,14	χ^2 df=4.755 RMSEA=.102	.810
	Tristeza	15,16,17,18,19,20, 21	p(RMSEA<0.05)=.000, CFI=.799, PCFI=.708,	.820
	Total	21 Itens	GFI=.789	.905

A consistência interna da estrutura final apresenta valores mais baixos do que a original, mas ainda considerados de aceitáveis a bons (Quadro 25).

Quadro 25 - Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna da CEC

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
CEC- Courtauld Emotional Control Scale (Watson e Greer, 1983).	Raiva	3,5,7	χ^2 =59.213, DF=24, p=.000,	.607
	Ansiedade	9,10,13	χ^2 df=2.467 RMSEA=.064	.774
	Tristeza	17,18,21	p(RMSEA<0.05)=.123,	.756
	Total	9 Itens	CFI=.970, PCFI=.647, GFI=.966	.843

Escalas de Avaliação da Ansiedade e Depressão do Brief Symptom Inventory (BSI)

Na escala BSI - ansiedade e depressão - foram eliminados 2 itens por motivos estatísticos (item 50 da sub-escala ansiedade; e item 38 da sub-escala depressão), o que possibilitou que a escala no seu geral obtivesse um melhor ajustamento à estrutura factorial proposta, e melhor consistência interna (Quadro 26).

Este ajustamento foi realizado com uma amostra de 300 mulheres com cancro da mama, e em comparação com dados anteriores, com uma amostra mais reduzida (n=120), o ajustamento é de qualidade superior (Patrão, Maroco & Leal, 2006b) (χ^2 =235.412,

DF=161, p=.000, χ^2/df=1.462, RMSEA=.123, P(RMSEA<0.05)=.161, CFI=.924, PCFI=.783, GFI=.844).

Quadro 26 - Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna do BSI

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
BSI Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982)	Depressão Ansiedade	9,16,17,18,35,50 1,12,19,38,45,49	χ^2 =207.095, DF=53, p=.000, χ^2 df=3.907 RMSEA=.090 p(RMSEA<0.05)=.000, CFI=.911, PCFI=.731,GFI=.907	.838 .790

A escala final, para além de apresentar um bom ajustamento, apresenta também uma boa consistência interna (Quadro 27).

Quadro 27 Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna do BSI

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
BSI Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982)	Depressão Ansiedade	9,16,17,18,35 1,12,19,38,49	χ^2 = 100.203, DF=34, p=.000, χ^2 df=2.947 RMSEA=. 074 p(RMSEA<0.05)=.010, CFI=.954., PCFI=.720, GFI=.944	.815 .786

Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (Mini-Mac)

Na escala Mini Mac – *coping* - foram eliminadas duas sub-escalas (preocupação ansiosa e fatalismo) por motivos estatísticos, o que possibilitou que a escala no seu geral obtivesse um melhor ajustamento e consistência interna, mesmo comparando com resultados anteriores (χ^2 =122.556, DF=84, p=.004, χ^2 /df=1.459, RMSEA=.062, P(RMSEA<0.05)=.199, CFI=.934, PCFI=.747, GFI=.879) (Patrão, Maroco & Leal, 2006c) (Quadro 28).

É de referir que a sub-escala fatalismo em alguns estudos tem apresentado níveis muito baixos e inaceitáveis, de consistência interna, e os autores têm colocado em questão a fiabilidade da medida, o que indica alguma fragilidade, que já tem sido observada noutros países e, pode colocar a questão da diferença sócio-cultural (Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003;Varela, 2006).

Quanto à sub-escala preocupação ansiosa, nesta amostra de mulheres com cancro da mama, os itens que a compõem invalidam o ajustamento do modelo, relativo à estrutura factorial original, apesar de inicialmente apresentar uma boa consistência interna. Num estudo português com uma amostra oncológica de 385 indivíduos, que utilizou a versão alargada, a MAC, observou-se também a eliminação da sub-escala preocupação ansiosa,

depois de realizar uma Análise Factorial Exploratória com a extracção de factores pelo método das componentes principais (Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003). Por outro lado, algumas investigações evidenciam que os estilos de *coping*, menos adaptativos, mais utilizados são o desânimo/fraqueza e o evitamento (Watson et al., 1999; Hampton et al., 2000), que continuam a ser contemplados na estrutura validada para a amostra desta investigação.

Quadro 28 - Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna da Mini Mac

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
Mini-Mac Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson et al., 1994)	Desanimo/Fraqueza	1,2,6,13,18,22,28	χ^2 =1273.093, DF=367, p=.000, χ^2 df=3.469 RMSEA=.083 p(RMSEA<0.05)=.000, CFI=.771, PCFI=.697, GFI=.791	.836
	Preocupação Ansiosa	8,10,12,14,15,23,27, 29		.843
	Espírito Luta	3,19,20,26		.731
	Evitamento Cognitivo	4,9,21,24		.642
	Fatalismo	5,7,11,16,17		.645

A escala final revela um bom ajustamento e uma boa consistência interna (Quadro 29).

Quadro 29 - Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna da Mini Mac

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
Mini-Mac Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson et al., 1994)	Desanimo/Fraqueza	1,6,18,22	χ^2 = 135.197, DF=51, p=.000, χ^2 df=2.651 RMSEA=.068 p(RMSEA<0.05)=.018, CFI=.915, PCFI=.707, GFI=.942	.688
	Preocupação Ansiosa	-		-
	Espírito Luta	3,19,20,26		.731
	Evitamento Cognitivo	4,9,21,24		.719
	Fatalismo	-		-

Qualidade de Vida

O QLQ-C30, nas três dimensões utilizadas, e com a medida global de saúde revela um bom ajustamento para a amostra desta investigação. Desta forma, no Quadro 30 apresenta-se a sua estrutura original, como sendo aquela que se utilizou. Os valores de consistência interna desta escala apresentam-se num nível considerado bom.

Quadro 30 - Análise Confirmatória dos Factores Originais e Consistência Interna do QLQ C 30 e do QLQ BR 23

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
QLQ – C30	Global	29, 30	χ^2 =138.457, DF=59, p=.000,	.918
EORTC, 2001	Física	1,2,3,4,5	χ^2 df=2.347 RMSEA=.061	.690
	Emocional	21,22,23,24	p(RMSEA<0.05)=.079,	.843
	Social	26,27	CFI=.957, PCFI=.724, GFI=.944	.773
QLQ – BR23	Imagem Corporal	9,10,11,12	χ^2 =79.996, DF=13, p=.000,	.891
EORTC, 2001	Funcionamento Sexual	14,15	χ^2 df=6.154 RMSEA=.147	.889
	Satisfação Sexual	16	p(RMSEA<0.05)=.000,	-
			CFI=.947, PCFI=.586, GFI=.910	

Para o QLQ-BR 23 apresenta-se uma estrutura final diferente da original, pois foram associadas duas dimensões – o funcionamento sexual e a satisfação sexual – uma vez que a ultima era constituída por um só item, e teoricamente faz sentido incluir os itens numa só dimensão. Foi eliminado um item da sub-escala imagem corporal (item 12), por razões estatísticas e teóricas. Dessa forma, a qualidade do ajustamento e o nível de consistência interna não só melhoraram, como ficaram num nível muito bom (Quadro 31).

Quadro 31 - Análise Confirmatória dos Factores Finais e Consistência Interna do QLQ C 30 e do QLQ BR 23

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
QLQ – BR23	Imagem Corporal	9,10,11	χ^2 =4.571 , DF=8, p=.802,	.848
EORTC, 2001	Funcionamento/	14,15,16	χ^2 df=.571 RMSEA=.000	.929
	Satisfação Sexual		p(RMSEA<0.05)=.954,	
			CFI=1.000, PCFI=.533,	
			GFI=.994	

Personalidade - NEO – FFI

Relativamente ao questionário NEO-FFI depois da análise exploratória conclui-se que nenhum dos índices de ajustamento são bons, e por isso não se conseguiu confirmar de forma aceitável a estrutura segundo o modelo dos cinco factores. Vários são os estudos que referem não conseguir confirmar a estrutura do modelo proposto pelos autores (Vassend & Skrondal, 1997).

Posto isto, e a partir do ponto de vista teórico, considerou-se pertinente utilizar apenas a sub-escala de neuroticismo. Este procedimento foi adoptado numa outra investigação, de forma a avaliar a personalidade Tipo C (Swan et al., 1992). E como é referido na Fundamentação Teórica, para esclarecimento da associação da personalidade Tipo C em mulheres com cancro da mama, é importante avaliar o nível de neuroticismo, sendo que níveis baixos de neuroticismo comprovam a existência da característica principal da

personalidade Tipo C (Swan et al., 1992; Amelang et al., 1996; Andreu, 2001; Patrão & Leal, 2004). Para além disso, a sub-escala neuroticismo tem por si só um ajustamento aceitável (χ^2 =182.766; DF=54; p=.000; χ^2 /df=3.385; RMSEA=.081; p (RMSEA<0.05)=.000; CFI=.850; PCFI=.696; GFI=.916) e uma boa consistência interna (α=0.78) (Quadro 32).

Quadro 32 - Análise Confirmatória do Factor Original e Consistência Interna do Neo FFI - neuroticismo

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
NEO-FFI Neuroticismo	Neuroticismo	1,6,11,16,21, 26, 31,36,41,46,51, 56	χ^2 =182.766; DF=54; p=.000; χ^2 /df=3.385; RMSEA=.081; p (RMSEA<0.05)=.000; CFI=.850; PCFI=.696; GFI=.916	.777

De forma a melhorar o ajustamento da escala de neuroticismo foram retirados dois itens (itens 16 e 46), por terem índices de modificação muito elevados, e estarem assim, a influenciar negativamente o ajustamento (Quadro 33).

Quadro 33 - Análise Confirmatória do Factor Final e Consistência Interna do Neo FFI - neuroticismo

Escalas	Factores Originais	Itens	Estatística	Alpha Cronbach
NEO-FFI Neuroticismo	Neuroticismo	1,6,11,21,26,31, 36, 41,51,56	χ^2 =58.629, DF=33, p=.004, χ^2 df=1,777 RMSEA=.047 p(RMSEA<0.05)=.592, CFI=.964, PCFI=.707, GFI=.968	.754

Algumas sub-escalas, das sete escalas utilizadas nesta investigação, apresentaram valores baixos de validade factorial e de consistência interna. A única escala com uma boa validade factorial inicial é a QLQ-C 30 (EORTC, 2001).

Quanto aos índices de consistência interna inicias, as sub-escalas que apresentavam valores baixos foram a intimidade (suporte social), evitamento cognitivo (*coping*), fatalismo (*coping*) e funcionamento físico (QDV). Estas sub-escalas apresentam valores, abaixo de 0.60, considerados inaceitáveis (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Após a análise factorial confirmatória, para cada escala utilizada nesta investigação, obteve-se uma nova estrutura, mas desta feita, com um bom ajustamento, em comparação com as estruturas factoriais originais, e bons níveis de consistência interna, que permite, a partir deste momento, realizar os procedimentos estatísticos seguintes.

PROCEDIMENTO

Da Recolha Bibliográfica

Num primeiro momento realizou-se pesquisa bibliográfica em várias bibliotecas nacionais e internacionais e bases de dados (PsycINFO, PsycARTICLES, e Medline), visando as seguintes palavra-chave: *anxiety, depression, emotional control, coping, quality of life, social support, psychological impact, psychosocial adjustment, breast cancer, survivor, life events, personality, neuroticism*.

Da Recolha da Amostra

Para a constituição da amostra foi contactada a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), que dispõe de uma Consulta de Senologia, e que funcionou como Instituição principal de contacto com mulheres com cancro da mama, nas diferentes fases do ciclo oncológico. A recolha iniciou-se em Janeiro de 2003, e terminou em Novembro de 2006.

Contudo, pelo facto de ser muito difícil aceder ao consentimento informado, por parte das mulheres com cancro da mama, pela dificuldade de expressão sobre o seu "cancro", foi necessário recorrer a outras Instituições.

Depois de contactada directamente a Liga Portuguesa Contra o Cancro em Lisboa foi autorizada a realização desta investigação no Movimento Vencer e Viver (MVV), associação de mulheres com cancro da mama, que presta atendimento diário no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa. A recolha de dados no MVV realizou-se desde Janeiro de 2003 a Outubro de 2006.

De forma a recolher o maior número de participantes possível foram também contactados o Centro Hospitalar de Caldas da Rainha e o Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche. Nestes Hospitais recolheu-se amostra durante um ano (ano de 2004).

Para além disso, recolheu-se amostra no âmbito das iniciativas do CII (Centro de Investigação e Intervenção do ISPA), realizadas na área do cancro da mama (Melo, Leal & Maroco 2006)

Na Consulta de Senologia da MAC, quase diariamente, foi possível recolher informações e esclarecimentos junta da equipa técnica de acompanhamento das mulheres, de forma a obter os dados relativos ao diagnóstico, doença e tratamento. Nas outras

instituições, esses dados foram recolhidos mediante informação fornecida pelas próprias mulheres.

Em todas as Instituições contactadas o procedimento foi semelhante para os três estádios. As mulheres foram contactadas, num espaço adequado e em conjunto com o investigador preencheram a primeira página do instrumento, e de seguida preencheram as restantes páginas do instrumento individualmente. Quando a mulher optava pelo estabelecimento de uma data de entrega, geralmente ocorreu na semana seguinte.

É de referir também que existiu um significativo número de mulheres que acederam participar no estudo, mas que depois nunca fizeram o retorno do questionário no seu devido tempo. Apesar de se fazer sempre um contacto telefónico duas semanas após a entrega. Os motivos da mortalidade da amostra são muitos, desde a falta de tempo, de espaço emocional, até à morte, literalmente.

O procedimento para o **ESTUDO 1** (amostra longitudinal) corresponde ao acompanhamento das mesmas trinta mulheres ao longo do tempo.

Neste Estudo aplicaram-se os mesmos questionários nos três estádios de recolha de dados, sendo que o Consentimento Informado e os Questionário Sociodemográfico e Clínico foram preenchidos uma só vez. As participantes deste **ESTUDO 1** foram inseridas na amostra dos **ESTUDO 2** e **3**, no estádio em que foram avaliadas.

Nos **ESTUDOS 1, 2** e **3** recolheu-se informação em três estádios distintos. No primeiro Estádio ("até chegar ao diagnóstico") procedeu-se à aplicação dos questionários (anexo 3):

. Consentimento Informado e Escrito para participar na Investigação;

. Questionários Sócio-demográfico e Clínico;

. ESSS - Suporte Social - Escala de Satisfação Social com o Suporte Social (Ribeiro, 1999);

. CEC - Controlo Emocional - *Courtauld Emotional Control Scale* (Watson & Greer, 1983);

. BSI - Ansiedade e Depressão - *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1995);

. Mini-Mac - Estratégias de *Coping* - Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (Watson et al., 1994 - versão portuguesa de Pais Ribeiro, Ramos & Samico, 2003);

. QV - Qualidade de Vida - QLC - C 30 (EORTC, 2001);

. NEO-FFI – neuroticismo - Versão Reduzida do Inventário de Personalidade NEO-PI-R (Costa & MacCrae, 1992 – versão portuguesa aferida por Lima, 1997).

Depois da intervenção cirúrgica e nas primeiras consultas depois da cirurgia aplicaram-se os mesmos questionários, e o QLQ BR 23 (EORTC, 2001), que avalia a QDV na patologia oncológica da mama. Este estádio foi designado **"**da aceitação do diagnóstico ao tratamento". Nesta fase existe confirmação definitiva do estádio do diagnóstico de cancro da mama.

Após a realização da quimioterapia e/ ou radioterapia e as provas clínicas, aplicaram-se os mesmos questionários acima referidos e o QLQ BR 23 (EORTC, 2001), por ser um questionário de QDV que só deve ser aplicado no processo de doença. Este estádio designou-se "dos tratamentos em diante".

Estes três estádios caracterizam o ciclo psico-oncológico da mama (Costa, 2004; Pereira & Mestre, 1997; Seligman, 1996).

Das Questões Éticas

Na realização desta investigação cumpriu-se procedimentos que obedecem a princípios éticos. Utilizou-se como referência o código da ética para a investigação científica da *American Psychology Association* (APA), como recomenda Pais Ribeiro (1999).

Como já se referiu os locais de recolha de amostra foram contactados directamente, em reunião com o responsável de cada instituição, e dessa forma se apresentou o projecto, e obteve-se autorização para iniciar a investigação.

Na abordagem das mulheres com cancro da mama foi sempre solicitado no início da entrevista o consentimento informado, sendo que para isso, se explicava os objectivos da investigação, o anonimato das respostas e confidencialidade das mesmas, uma vez que estas apenas eram usadas no tratamento estatístico e não como resultado individual.

Neste contacto com as mulheres foi perceptível muitas vezes que o estado psicológico estava alterado, e que as próprias mulheres verbalizavam ter poucos recursos para lidar com todo o processo. Sempre que esta situação foi detectada, a mulher foi encaminhada para o Departamento de Psicologia da instituição.

Da Análise Estatística

A Análise Estatística realizada nesta investigação engloba a validade factorial dos instrumentos para a amostra de 300 mulheres com cancro da mama (**ESTUDO 1, 2** e **3**), seguida da análise descritiva das variáveis sócio-demograficas, clínicas e psicossociais

(**ESTUDO 1** e **ESTUDO 2**), da análise inferencial dessas variáveis em estudo (**ESTUDO 2**) e, por ultimo a análise de modelos estruturais (**ESTUDO 3**).

Realizou-se a codificação dos questionários, segundo as normas dos autores e respectivos manuais. De seguida inseriu-se esses dados, numa base de dados em formato electrónico por recurso ao software SPSS (v. 14, SPSS Inc., Chicago, IL).

Análise Factorial

Para avaliar a validade factorial dos constructos propostos pelos autores da versão inicial dos questionários, aplicados à amostra de 300 mulheres desta investigação, utilizou-se a Análise Factorial Confirmatória, por recurso ao software AMOS (SPSS Inc. Chicago, IL, V.6) (Arbukle, 2005) (anexo 4).

A estrutura factorial original, proposta pelos autores, de cada questionário foi representada por variáveis latentes, que correspondem às dimensões ou sub-escalas dos questionários, e por variáveis manifestas, que correspondem aos itens. A qualidade do ajustamento da estrutura factorial original na amostra desta investigação foi avaliada por recurso às seguintes medidas de qualidade de ajustamento (Arbukle, 2005; Hoyle, 1995):

. *Measures based on the population discrepancy* – RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*);

. *Comparison to a baseline Model* – CFI (*Comparative Fit Índex*); GFI (*Goodness of Fit Índex*);

. *Parsimony adjusted measures* - PCFI (*Parsimonious Comparative Fit Índex*).

Os critérios de aceitação de ajustamento do modelo teórico utilizados foram os seguintes (Arbukle, 2005; Hoyle, 1995; Hu & Bentler, 1998; McDonal & Ho, 2002):

. RMSEA - um valor inferior 0.05 é considerado excelente; entre 0.05 – 0.08, corresponde a um bom ajustamento do modelo; entre 0.08 - 0.1, existe um ajustamento marginal/ aceitável; e superior a 0.1, será inaceitável;

. CFI, GFI e PCFI – um valor de 1 corresponde a um ajustamento perfeito, sendo que a partir de 0.9 se considera um bom ajustamento do modelo teórico aos dados observados; se o valor for zero, o modelo teórico não é adequado para explicar os dados observados.

As medidas utilizadas devem em conjunto corresponder aos valores bons/aceitáveis para se poder considerar que existe uma boa adequação do modelo teórico aos dados observados.

Quando a estrutura factorial original não foi confirmada, com a amostra em estudo, procedeu-se ao refinamento da estrutura de acordo com os índices de modificação, para valores acima de 10 e de acordo com as considerações teóricas. Os itens que não tinham validade estatística, nem teórica foram rejeitados com o objectivo de melhorar o ajustamento.

Utilizou-se o *Alpha de Cronbach* de forma a estimar a fiabilidade de cada um dos factores das escalas originais. Levou-se em conta o que Maroco e Garcia-Marques (2006) consideram quanto aos valores aceitáveis nesta medida (0.70).

Os itens que não tinham validade estatística, nem teórica, foram rejeitados com o objectivo de ajustar o modelo factorial aos dados observados.

Análise Descritiva

Os **ESTUDOS 1** e **2** (longitudinal e o transversal) implicaram uma análise estatística com recurso à Análise Descritiva (frequências e percentagens) das variáveis sociodemograficas e clínicas em estudo. Para tal utilizou-se o software SPSS (v. 14, SPSS Inc., Chicago, IL).

Na análise descritiva das variáveis psicossociais latentes utilizou-se o software AMOS (v. 6.0, SPSS Inc., Chicago, IL), para obter os *Factor Weigth Scores*, a partir dos quais se estimou o score (média ponderada) de cada sub-escala, a partir dos itens que as definem. De seguida realizou-se a conversão, dos valores apresentados por cada sub-escala, em *scores* 0 a 100, de forma a facilitar a leitura dos resultados. Assumiu-se que de 0 a 25 os valores são baixos, de 25 a 50 os valores são médios-baixos, de 50 a 75 os valores são médios-altos e de 75 a 100 os valores são altos, no que diz respeito à amplitude das dimensões avaliadas. Estes cálculos foram efectuados com o software SPSS (v. 14, SPSS Inc., Chicago, IL) (anexo 4).

Análise Inferencial

A Análise Inferencial foi efectuada nos **ESTUDO 1** e no **ESTUDO 2**. Para decidir qual o tipo de testes estatísticos (paramétricos ou não-paramétricos) a ser utilizado, para a análise das variáveis, analisou-se a normalidade e homogeneidade das variâncias, de cada variável. Para tal, utilizou-se respectivamente o Teste de Kolmogorov-Smirnov e o Teste de Levene, para um nível de significância de 0.05. Sempre que o *p-value* dos testes era

inferior a 0.05, conclui-se que as variáveis sob estudo não tinham uma distribuição normal e/ou homogeneidade das variâncias, sendo este o critério de decisão para a escolha de testes estatísticos não-paramétricos (Maroco, 2007; Marks & Yardley, 2004).

Para analisar as diferenças entre as variáveis psicossociais ao longo do ciclo psico-oncológico da mama, no **ESTUDO 1** (amostra longitudinal), recorreu-se ao método não-paramétrico para comparação de populações a partir de amostras emparelhadas, designado de Anova em ordens de Friedman, que permite estudar um único factor em duas ou mais amostras repetidas (Maroco, 2007; Marks & Yardley, 2004).

De outra forma, para analisar as diferenças entre as variáveis psicossociais, sociodemográficas e clínicas, no **ESTUDO 2** (amostras transversais) utilizou-se o Teste não-paramétrico de Kruskal Wallis, que permite testar se duas ou mais amostras provém da mesma população ou de populações diferentes (Maroco, 2007; Marks & Yardley, 2004). Para comparar as médias das ordens apresentadas pelo Kruskal Wallis, para cada variável em estudo, que revelava um efeito significativo, utilizou-se o cálculo de comparações múltiplas para amostras independentes, com o objectivo de analisar quais as amostras que evidenciam diferenças significativas. As diferenças significativas foram assinaladas com letras diferentes (a,b,c,d) (Maroco, 2007).

Para analisar a homogeneidade das amostras, no **ESTUDO 2** recorreu-se ao Teste de Qui-Quadrado de homogeneidade (Maroco, 2007) (anexo 4).

Consideraram-se como efeitos estatisticamente significativos aqueles com um *p-value* inferior a 0.05.

Análise de Modelos Estruturais

A construção do modelo e validação do modelo estrutural teve por base a metodologia de análise de equações estruturais (AEE) (*strutural equation modeling* - SEM), por recurso ao software AMOS (v. 6.0, SPSS Inc., Chicago, IL) (anexo 4).

A análise de equações estruturais implica a realização de um modelo de medida e de um modelo estrutural.

Para construir o modelo de medida e o modelo estrutural deve-se ter em conta que as variáveis latentes correspondem às variáveis não directamente medidas, às dimensões dos questionários, que no modelo têm uma representação gráfica de um círculo. As variáveis manifestas indicam as variáveis directamente medidas (os itens dos questionários) representadas graficamente por rectângulos. Cada uma destas variáveis manifestas tem associado um erro residual, representado por um círculo.

A relação causal entre variáveis é apresentada sob a forma de setas unidireccionais (→) e, as correlações sob a forma de setas bidireccionais (↔).

Nas relações que se estabelece entre variáveis podem-se fixar as trajectórias ou parâmetros (entre zero e um) ou estas podem estimar-se "livremente" a partir dos dados da amostra.

Na presente investigação, concretamente no **ESTUDO 3**, partiu-se de um ponto de vista teórico e empírico, ou seja, com base na revisão teórica realizada e apresentada anteriormente, que elucida quanto à pertinência das variáveis a avaliar em cada estádio, e com base nas variáveis que apresentaram, através da estatística inferencial, diferenças estatisticamente significativas ao longo dos três estádios do ciclo psico-oncológico (**ESTUDO 2**), construiu-se um modelo estrutural, para cada um desses três estádios.

As variáveis psicossociais, que têm relevância teórica em cada estádio e que apresentaram diferenças estatisticamente significativas no **ESTUDO 2**, compõem o modelo estrutural para os três estádios:

. No **Estádio 1** as variáveis são a ansiedade, depressão, suporte social dos amigos, da família e das actividades sociais, estratégia de *coping* desânimo/fraqueza e espírito de luta, QDV física, QDV emocional, estado de saúde global, controlo emocional (depressão, ansiedade e raiva), neuroticismo, idade, estado civil e situação profissional, antecedentes oncológicos familiares, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos.

. No **Estádio 2** as variáveis são a ansiedade, depressão, suporte social dos amigos e das actividades sociais, estratégia de *coping* desânimo/fraqueza, QDV física, QDV emocional, QDV social, estado de saúde global, imagem corporal, controlo emocional (depressão, ansiedade e raiva), neuroticismo, idade, estado civil e situação profissional, tipo de cirurgia, tipo de diagnóstico, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos.

. No **Estádio 3** as variáveis são a ansiedade, depressão, suporte social dos amigos e da família, estratégia de *coping* desânimo/fraqueza, espírito de luta e evitamento, QDV física, QDV emocional, estado de saúde global, controlo emocional (depressão, ansiedade e raiva), neuroticismo, idade, estado civil e situação profissional, tratamentos, tipo de diagnóstico, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos.

O método que se utilizou para a estimação dos parâmetros desconhecidos, das diferentes trajectórias do modelo, foi o da máxima verosimilhança (*maximum likelihood*), que forneceu as estimativas dos coeficientes estandardizados das trajectórias (uma estimativa superior a 0.5 em valor absoluto indica uma associação forte), o desvio padrão, a estatística Z teste (*critical ratio*) e o *p-value* (valores de $p<0.05$ foram considerados como indicativos de trajectórias significativas).

O ajustamento do modelo foi avaliado através de índices comparativos de ajustamento, já referidos aquando da descrição do procedimento da análise factorial, concretamente o RMSEA, CFI, GFI e PCFI. Adoptaram-se os mesmos critérios de avaliação definidos anteriormente (Arbukle, 2005; Hoyle, 1995; Hu & Bentler, 1998; McDonald & Ho, 2002).

O refinamento dos modelos quando a análise indicava um ajustamento medíocre foi feito a partir dos índices de modificação. Considerou-se que a remoção dos itens com índices de modificação superiores a 10 ($p>0.001$) permitiam a melhoria da qualidade do ajustamento do modelo.

Desta forma, identificou-se um modelo estrutural, que estima o impacto psicossocial, para cada um dos 3 estádios, do ciclo psico-oncológico da mama.

RESULTADOS

Primeiro apresentam-se os resultados relativos ao **ESTUDO 1** (amostra longitudinal), concretamente: os valores dos *scores* das variáveis psicossociais, convertidos numa escala de 0 a 100; e as variáveis que evidenciam diferenças significativas ao longo do ciclo psico-oncológico (três estádios).

Relativamente ao **ESTUDO 2** (amostras transversais) apresentam-se: os valores das médias ponderadas das variáveis psicossociais, convertidos numa escala de 0 a 100; e as relações significativas entre as variáveis em estudo (psicossociais, sociodemográficas e clínicas).

Posteriormente, apresentam-se três Modelos Estruturais de Impacto Psicossocial, que representam a relação entre as variáveis em estudo nos diferentes estádios do ciclo psico-oncológico, que concretizam o **ESTUDO 3**.

ESTUDO 1

O **ESTUDO 1** corresponde à metodologia de tipo longitudinal, que se refere à avaliação de uma amostra de trinta mulheres ao longo do ciclo psico-oncológico, nos três estádios propostos por Seligman (1996).

Evolução Psicossocial ao longo do Ciclo Psico-oncológico

De acordo com os objectivos deste **ESTUDO 1** avaliaram-se os scores das variáveis psicossociais, convertidos numa escala de 0 a 100, e as diferenças significativas entre as variáveis psicossociais ao longo dos três momentos avaliados.

Apresenta-se, de seguida, de forma descritiva as variáveis psicossociais, para este grupo de participantes (n=30), em cada um dos três estádios.

Estádio 1

No Quadro 34 verifica-se que as mulheres apresentam, em média, baixos níveis de depressão, ansiedade, de controlo emocional da raiva, e no estatuto global de saúde. Para além disso, apresentam, em média, níveis altos de satisfação com suporte social na intimidade, da família, dos amigos, nas actividades sociais e no total, de controlo da ansiedade, da tristeza e no total, de desânimo/fraqueza, de espírito de luta, de evitamento, na QDV física, emocional e social, e neuroticismo.

Quadro 34 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=30)

Variáveis	**Dimensões**	**Média**	**Mediana**	**DP**	**Mínimo**	**Máximo**
Suporte Social	Amigos	50.64	56.36	18.041	13.65	68.25
	Actividades Sociais	54.34	58.96	17.133	25.40	74.13
	Familia	70.28	78.92	21.844	27.50	95.13
	Intimidade	63.59	71	20.747	21.24	84.20
	Total	67.93	67.71	15.107	39.00	91.40
Controlo	Raiva	45.29	42.53	18.354	20.47	81.87
Emocional	Ansiedade	50.05	51.71	15.820	19.73	78.93
	Tristeza	61.41	51.70	25.260	24.80	99.20
	Total	52.25	52.08	14.573	21.67	86.67
BSI	Depressão	13.33	8.58	12.235	.00	41.67
	Ansiedade	13.37	11.30	8.805	2.30	29.80
Coping	Desanimo/Fraqueza	72.37	71.06	12.919	47.67	98.50
	Espírito Luta	53.90	55.66	8.395	33.33	75.33
	Evitamento Cognitivo	57.91	59.15	7.062	42.50	75.87
QDV	E. Global de Saúde	41.87	41.67	23.998	.00	100
	Física	81.55	86.67	17.558	20	100
	Emocional	63.89	66.67	24.285	.00	100
	Social	89.58	100	19.212	.00	100
Personalidade	Neuroticismo	52.89	52.38	7.428	36.73	64.50

Estádio 2

No Quadro 35 verifica-se que as mulheres apresentam, em média, baixos níveis de depressão, ansiedade, de controlo emocional da raiva, ansiedade e no total, desânimo/fraqueza e neuroticismo. Para além disso, apresentam, em média, níveis altos de satisfação com suporte social na intimidade, da família, dos amigos, nas actividades sociais e no total, de controlo da tristeza, de espírito de luta, de evitamento e na QDV física, emocional e social, no estatuto global de saúde, na imagem corporal e no funcionamento e satisfação sexual.

Quadro 35 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=30)

Variáveis	Dimensões	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Suporte Social	Amigos	51.31	54.60	15.440	13.65	68.25
	Actividades Sociais	51.34	49.70	15.491	14.83	74.13
	Familia	79.61	87.02	20.986	19.03	95.13
	Intimidade	69.19	71.76	18.884	16.84	84.20
	Total	71.66	71.15	15.327	30.79	91.40
Controlo	Raiva	38.97	35.61	18.675	20.47	81.87
Emocional	Ansiedade	42.16	39.46	15.554	19.73	78.93
	Tristeza	60.71	57.20	22.587	24.80	99.20
	Total	47.28	45.30	14.873	23.73	86.67
BSI	Depressão	18.90	16.28	12.790	.00	45.77
	Ansiedade	14.33	11.30	12.070	.00	53.10
Coping	Desanimo/Fraqueza	41.00	38.56	12.488	27.90	66.47
	Espírito Luta	63.05	62.83	13.018	20.67	82.67
	Evitamento Cognitivo	56.04	56.90	10.769	18.97	75.87
QDV	E. Global de Saúde	52.29	50	19.384	.00	100
	Física	74.72	73.33	18.085	13.33	100
	Emocional	66.11	66.67	23.264	.00	100
	Social	74.03	75	24.330	.00	100
	Imagem Corporal	73.79	77.78	28.584	.00	100
	Sexual	86.67	100	20.452	11.11	100
Personalidade	Neuroticismo	26.18	24.22	9.713	9.30	45.40

Estádio 3

No Quadro 36 verifica-se que as mulheres apresentam, em média, baixos níveis de depressão, ansiedade, de controlo emocional da raiva, ansiedade e no total, desânimo/fraqueza, neuroticismo, e no estatuto global de saúde. Para além disso, apresentam, em média, níveis altos de satisfação com suporte social na intimidade, da família, dos amigos, nas actividades sociais e no total, de controlo da tristeza, de espírito de luta, de evitamento, e na QDV física, emocional e social, na imagem corporal e no funcionamento e satisfação sexual.

Quadro 36 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=30)

Variáveis	Dimensões	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Suporte Social	Amigos	55.17	55.56	11.692	13.65	68.25
	Actividades Sociais	52.11	53.37	17.871	14.83	74.13
	Familia	78.82	81.81	18.592	19.03	95.13
	Intimidade	69.87	79.80	19.955	16.84	84.20
	Total	72.92	72.97	12.717	34.09	91.40
Controlo	Raiva	44.61	41.46	13.888	20.47	78.67
Emocional	Ansiedade	41.19	39.46	15.410	19.73	78.93
	Tristeza	56.83	49.60	22.807	24.80	99.20
	Total	47.54	44.72	15.988	22.73	82.80
BSI	Depressão	16.23	14.35	10.886	.00	35.83
	Ansiedade	15.12	13.00	12.477	.00	48.20
Coping	Desanimo/Fraqueza	43.62	45.43	13.363	27.90	78.00
	Espírito Luta	63.13	62.33	12.683	20.67	82.67
	Evitamento Cognitivo	56.73	56.90	9.510	27.87	75.87
QDV	E. Global de Saúde	42.71	45.83	19.038	8.33	100
	Física	78.33	80.00	15.989	13.33	100
	Emocional	72.15	75.00	23.208	.00	100
	Social	81.53	100	23.845	.00	100
	Imagem Corporal	76.94	83.33	24.872	.00	100
	Sexual	83.70	100	22.999	.00	100
Personalidade	Neuroticismo	25.88	24.27	9.502	6.88	47.20

As diferenças significativas (p<0.05) entre as variáveis psicossociais ao longo do ciclo psico-oncológico (três estádios) são apresentadas no Quadro 37.

Quadro 37 - Médias das ordens e Valores da Estatística de Teste Friedman para as Variáveis Psicossociais com diferenças significativas entre Estádios

Variáveis Psicossociais	Estádios 1	2	3	Friedman χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Família	1.65^{a}	2.22^{b}	2.13^{ab}	6.241	2	**.044**
Espírito de Luta	1.33^{a}	2.32^{b}	2.35^{b}	20.887	2	**.000**
Desânimo / Fraqueza	2.90^{a}	1.45^{b}	1.65^{b}	38.000	2	**.000**
Controlo da Ansiedade	2.38^{a}	1.93^{ab}	1.68^{b}	7.810	2	**.020**
Neuroticismo	3.00^{a}	1.43^{b}	1.57^{b}	46.828	2	**.000**
Estatuto Global Saúde	2.70^{a}	1.92^{b}	1.38^{c}	28.450	2	**.000**
Imagem Corporal	-	1.65^{a}	1.35^{b}	4.263	1	**.039**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A satisfação com o suporte social da família é significativamente diferente entre pelo menos dois dos estádios (χ^2 (2)=6.241; p=.044). A satisfação é baixa no 1º estádio, e mais elevada nos outros dois estádios.

A estratégia de *coping* de espírito de luta varia significativamente diferente entre os estádios (χ^2 (2)= 20.887; p<.001). O recurso ao espírito de luta é mais baixo no 1º estádio, e mais elevado nos outros dois estádios, sendo que não se observam diferenças significativas entre o 2º e 3º estádio.

A estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza é significativamente diferente entre dois estádios (χ^2 (2)= 38.000; p<.001). O recurso a esta estratégia é mais elevado no 1º estádio, e mais baixo nos outros 2 estádios, entre os quais não se observam diferenças significativas.

O controlo da ansiedade é significativamente diferente entre dois estádios (χ^2 (2)= 7.810; p<.001). O recurso a este tipo de controlo é mais elevado no 1º estádio, e mais baixo no 3º estádio. Não se verificam diferenças significativas entre o 1º e o 2º estádio e entre o 2º e 3º estádio.

O nível de neuroticismo é significativamente diferente entre dois dos estádios (χ^2 (2)= 46.828; p<.001). Este traço de personalidade é mais elevado no 1º estádio, e mais baixo nos outros 2 estádios, entre os quais não se observam diferenças significativas.

A percepção do estado de saúde global é significativamente diferente entre estádios (χ^2 (2)= 28.450; p<.001). Esta percepção é mais elevado no 1º estádio, e mais baixo nos outros 2 estádios, sendo que não se observam diferenças significativas entre o 2º e 3º estádio.

A imagem corporal é significativamente diferente entre dois estádios (χ^2 (2)= 4.263; p=.039). A imagem corporal é percepcionada como mais negativa no 2º estádio, em comparação com o 3º estádio.

.

Ao nível das variáveis psicossociais, em média e em todos os estádios, as mulheres expressam um estado emocional equilibrado, satisfação média com o suporte social, recurso a estratégias de *coping* adaptativas e uma QDV, a todos os níveis, elevada.

No geral os resultados indicam que as 30 mulheres, desta amostra, ao longo do tempo vão sentindo mais apoio da sua família, desenvolvem estratégias de *coping* mais adaptadas, apesar de percepcionarem o seu estado de saúde global num nível inferior, bem como a sua imagem corporal. Para além disso, estas mulheres diminuíram o controlo da ansiedade e os níveis de neuroticismo.

ESTUDO 2

O **ESTUDO 2** refere-se à avaliação de 3 amostras de 120 mulheres, em cada um dos três estádio proposto por Seligman (1996), para caracterizar o ciclo psico-oncológico, os mesmos avaliados no **ESTUDO 1**, anteriormente apresentado.

Análise Descritiva das Variáveis Psicossociais

Estádio 1

Neste estádio 1 ("até chegar ao diagnóstico") (Seligman, 1996), foram avaliadas 120 mulheres. De seguida apresenta-se a análise descritiva das variáveis psicossociais.

Pela análise do Quadro 38 verifica-se que as mulheres apresentam, em média, baixos níveis de depressão, ansiedade, de controlo emocional da raiva, da ansiedade e no total, de satisfação com suporte social dos amigos e nas actividades sociais, de desânimo/fraqueza, e de neuroticismo. Para além disso, apresentam, em média, níveis altos de satisfação com suporte social na intimidade, da família e no total, de controlo da tristeza, de espírito de luta, de evitamento, no estatuto global de saúde, e na QDV física, emocional e social.

Quadro 38 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis Psicossociais (n=120)

Variáveis	Dimensões	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Suporte Social	Amigos	49.87	53.51	16.476	13.65	68.25
	Actividades Sociais	45.28	44.47	16.381	14.83	74.13
	Familia	77	78.92	20.302	19.03	95.13
	Intimidade	66.75	71.76	21.032	16.84	84.20
	Total	68.16	71.01	14.452	23.11	90.57
Controlo	Raiva	45.68	42	17.411	20.47	81.87
Emocional	Ansiedade	47.22	48.30	16.471	19.73	78.93
	Tristeza	63.68	58.80	21.393	24.80	99.20
	Total	22.37	21.06	6.658	9.59	37.14
BSI	Depressão	15.13	12.71	12.689	.00	55.58
	Ansiedade	11.68	10.46	9.590	.00	38.10
Coping	Desânimo/Fraqueza	47.85	47.61	15.892	27.90	89.53
	Espírito Luta	65.07	63.66	12.744	20.67	82.67
	Evitamento Cognitivo	57.73	56.90	11.244	18.97	75.87
QDV	E. Global Saúde	63.89	66.67	12.635	25	91.67
	Física	80.89	83.33	16.211	33.33	100
	Emocional	75.83	75	18.355	25	100
	Social	88.89	91.67	14.734	33.33	100
Personalidade	Neuroticismo	36.60	36.20	13.471	11.60	64.50

Estádio 2

Este estádio é caracterizado pela aceitação do diagnóstico e pelo início da realização dos tratamentos adjuvantes (Seligman, 1996).

Pela análise do Quadro 39 verifica-se que as mulheres apresentam, em média, baixos níveis de depressão, de ansiedade, de controlo emocional da raiva, ansiedade e no total, de satisfação com suporte social dos amigos e nas actividades sociais, de desânimo/fraqueza, e de neuroticismo. Para além disso, apresentam, em média, níveis altos de satisfação com suporte social na intimidade, da família e no total, de controlo da tristeza, de espírito de luta, de evitamento, no estatuto global de saúde, na QDV física, emocional, social, na imagem corporal e funcionamento e satisfação sexual.

Quadro 39 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo Variáveis Psicossociais (n=120)

Variáveis	Dimensões	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Suporte Social	Amigos	49.61	50.75	14.227	13.65	68.25
	Actividades Sociais	48.11	50.55	16.916	14.83	74.13
	Familia	76.60	78.92	19.407	19.03	95.13
	Intimidade	67.44	71.76	19.777	16.84	84.20
	Total	68.97	70.25	14.381	25.96	91.40
Controlo	Raiva	45.53	42.40	18.111	20.47	81.87
Emocional	Ansiedade	46.03	44.60	15.066	19.73	78.93
	Tristeza	63.05	59.60	21.397	24.80	99.20
	Total	22.08	20.34	6.525	9.29	37.14
BSI	Depressão	17.60	15.66	11.746	.00	54.45
	Ansiedade	14.01	13.76	9.662	.00	39.83
Coping	Desânimo/Fraqueza	45.30	45.43	14.154	27.90	88.67
	Espírito Luta	63.96	63.66	13.161	20.67	82.67
	Evitamento Cognitivo	56.42	56.90	11.205	18.97	75.87
QDV	E. Global Saúde	50.28	50	17.159	16.67	91.67
	Física	80.44	83.33	17.236	33.33	100
	Emocional	72.78	75	17.361	16.67	100
	Social	78.33	83.33	24.033	.00	100
	Imagem Corporal	76.67	88.89	26.479	22.22	100
	Sexual	81.11	83.33	20.456	22.22	100
Personalidade	Neuroticismo	27.92	26.76	10.588	.78	62.55

Estádio 3

Neste estádio 3, denominado “dos tratamentos em diante” (Seligman, 1996), foram avaliadas 120 mulheres. Apresenta-se de seguida a análise descritiva das variáveis psicossociais.

No Quadro 40 verifica-se que as mulheres apresentam, em média, baixos níveis de depressão, ansiedade, de controlo emocional da raiva, ansiedade e no total, de satisfação com suporte social nas actividades sociais, de desânimo/fraqueza, no estatuto global de saúde, e de neuroticismo. Para além disso, apresentam, em média, níveis altos de satisfação

com suporte social na intimidade, da família, dos amigos e no total, de controlo da tristeza, de espírito de luta, de evitamento, na QDV física, emocional, social, na imagem corporal e funcionamento e satisfação sexual.

Quadro 40 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo Variáveis Psicossociais (n=120)

Variáveis	Dimensões	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Suporte Social	Amigos	50.53	54.60	14.650	13.65	68.25
	Actividades Sociais	43.52	44.47	17.995	14.83	74.13
	Familia	76.81	78.36	19.528	19.03	95.13
	Intimidade	69.71	71.00	16.921	16.84	84.20
	Total	68.80	70.60	13.475	34.09	91.40
Controlo	Raiva	46.77	42.00	17.944	20.47	81.87
Emocional	Ansiedade	45.13	39.46	16.774	19.73	78.93
	Tristeza	61.64	54.60	20.648	24.80	99.20
	Total	21.93	20.54	7.065	9.74	37.14
BSI	Depressão	14.83	11.72	12.633	.00	59.50
	Ansiedade	11.23	9.90	9.409	.00	37.13
Coping	Desânimo/Fraqueza	45.95	45.73	13.897	27.90	86.50
	Espírito Luta	64.09	62.66	10.738	20.67	82.67
	Evitamento Cognitivo	55.37	56.90	10.137	18.97	75.87
QDV	E. Global Saúde	38.05	41.67	15.111	16.67	66.67
	Física	79.33	80	15.693	40	100
	Emocional	74.17	75	19.738	8.33	100
	Social	82.78	100	25.326	.00	100
	Imagem Corporal	71.85	66.67	24.540	33.33	100
	Sexual	79.26	88.89	26.859	.00	100
Personalidade	Neuroticismo	27.14	26.36	9.756	2.90	50.58

Relativamente às variáveis psicossociais, nos três estádios, verifica-se, em média, um estado emocional equilibrado, estratégias de *coping* adequadas e percepção satisfatória do suporte social, para além da percepção de uma boa QDV, médio neuroticismo e controlo emocional.

Análise Inferencial das Variáveis Psicossociais, Sociodemográficas e Clínicas

De forma a dar resposta aos objectivos deste **ESTUDO 2** realizou-se uma Análise Inferencial que permitiu avaliar quais as variáveis que apresentam alterações significativas em função do estado emocional, das variáveis sociodemograficas e clínicas.

Para uma apresentação mais completa e explícita desses resultados enumeram-se:

. As relações estatisticamente significativas (p<0.05) entre as variáveis psicossociais, em função da resposta emocional das mulheres, de cada uma das três amostras transversais e no respectivo estádio da doença;

. As relações estatisticamente significativas (p<0.05) entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil e situação profissional) e cada uma das variáveis psicossociais, em cada estádio;

. As relações estatisticamente significativas (p<0.05) entre as variáveis clínicas (antecedentes oncológicos familiares, tipo de cirurgia, tratamentos, tipo de diagnóstico, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos) e cada uma das variáveis psicossociais, em cada estádio.

Estádio 1

A Relação entre a Resposta Emocional e o Suporte Social Percebido, Estratégias de Coping e a QDV

Pela análise do Quadro 41 pode-se perceber que, neste estádio 1 (diagnóstico), a percepção do suporte social nas actividades sociais e da família, a estratégia de *coping* desânimo/fraqueza, e a QDV (física, emocional e o estado de saúde global) são influenciados significativamente pelos níveis de ansiedade.

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos níveis de ansiedade são a percepção do suporte social nas actividades sociais (χ^2 (3)= 12.525; p=.006) e da família (χ^2 (3)= 13.356; p=.004); a adopção da estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza (χ^2 (3)= 14.586; p=.002); e a QDV a nível físico (χ^2 (3)= 12.121; p=.007), emocional (χ^2 (3)= 31.526; p<.001) e o estatuto global de saúde (χ^2 (3)= 11.591; p=.009).

A análise da diferença, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres desta amostra, quando evidenciam elevados níveis de ansiedade têm uma percepção de baixo suporte social nas actividades sociais e da família; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; e apresentam uma baixa percepção da QDV física e emocional, e elevada percepção do estatuto global de saúde. De outra forma, as mulheres desta amostra que evidenciam baixos níveis de ansiedade têm uma percepção de elevado suporte social nas actividades sociais e da família; e elevada percepção da QDV física e emocional e baixa percepção do estatuto global e saúde (Quadro 41).

Quadro 41 - Diferenças significativas em função dos níveis de Ansiedade no Estádio 1 (n=120)

Variáveis Psicossociais	Médias da Ordens - Nível Ansiedade 0	1	2	3	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Actividades Sociais	69.32^{ac}	64.38^{ac}	44.10^{b}	32.30^{b}	12.525	3	**.006**
Suporte Social – Família	67.21^{ac}	64.01^{a}	51.98^{a}	13.50^{b}	13.359	3	**.004**
Desânimo/ Fraqueza	52.16^{ac}	55.31^{a}	77.12^{b}	94.90^{b}	14.586	3	**.002**
QDV Física	73.99^{ac}	55.44^{b}	49.17^{b}	42.50^{b}	12.121	3	**.007**
QDV Emocional	81.30^{ac}	53.01^{bc}	45.62^{bc}	16.60^{b}	31.526	3	**.000**
Estatuto Global Saúde	76.75^{a}	76.60^{a}	60.43^{a}	49.39^{b}	11.591	3	**.009**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Pela análise do Quadro 42 pode-se perceber que os níveis de depressão influenciam o suporte social dos amigos e nas actividades sociais; o recurso ao desânimo/ fraqueza e espírito de luta como estratégias de *coping*; o nível de controlo da depressão, ansiedade e no geral; e a percepção da QDV física, emocional e o estatuto global de saúde.

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos níveis de depressão são o suporte social dos amigos (χ^2 (4)= 11.389; p=.023) e nas actividades sociais (χ^2 (4)= 15.279; p=.004); o recurso ao desânimo/ fraqueza (χ^2 (4)= 21.305; p<.001) e espírito de luta (χ^2 (4)= 9.649; p=.047) como estratégias de *coping*; e a QDV física (χ^2 (4)= 20.869; p<.001); emocional (χ^2 (4)= 31.581; p<.001) e o estatuto global de saúde (χ^2 (4)= 19.596; p=.001).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres desta amostra, quando evidenciam elevados níveis de depressão têm uma percepção baixa de suporte social dos amigos e nas actividades sociaisl; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; têm baixa percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde.

Por outro lado, as mulheres desta amostra que evidenciam baixos níveis de depressão têm uma percepção elevada de suporte social dos amigos e nas actividades sociais; recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*; têm elevada percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde (Quadro 42).

Quadro 42 - Diferenças significativas em função dos níveis de Depressão no Estádio 1 (n=120)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Nível de Depressão 0	1	2	3	4	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social - Amigos	68.04^{a}	55.67^{abc}	52.65^{abc}	32.56^{b}	104.50^{ac}	11.389	4	**.023**
Suporte Social – Actividades Sociais	67.47^{a}	64.47^{ac}	45.94^{bc}	28.69^{b}	3.50^{abc}	15.279	4	**.004**
Espírito de Luta	66.84^{a}	62.34^{ab}	46.32^{b}	40.06^{b}	13.00^{ab}	9.649	4	**.047**
Desânimo	48.69^{a}	63.91^{bc}	79.94^{bc}	90.56^{bc}	113.00^{b}	21.305	4	**.000**
QDV Física	73.79^{a}	51.00^{b}	42.79^{b}	35.19^{b}	44.00^{ab}	20.869	4	**.000**
QDV Emocional	75.20^{a}	53.39^{c}	43.47^{c}	15.19^{bd}	28.50^{acd}	31.581	4	**.000**
Estatuto Global Saúde	93.25^{b}	64.05^{b}	79.79^{bc}	49.41^{a}	44.50^{ac}	19.596	4	**.001**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Psicossociais

Avaliou-se quais as variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Coping e QDV) que apresentam alterações significativas em função das variáveis sociodemograficas (Idade, Estado Civil e Situação Profissional). Apresentam-se, de seguida, as que evidenciam diferenças significativas (p<0.05).

Grupo Etário

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do grupo etário são o suporte social nas actividades sociais (χ^2 (3)= 11.621; p=.009) e a QDV física, num nível inferior (χ^2 (3)= 22.151; p<.001).

No Quadro 43, a análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres num escalão etário entre os 39-53 anos apresentam baixa percepção de suporte social nas actividades sociais e, as mulheres num escalão etário a partir dos 69 anos apresentam uma baixa percepção da QDV física. As mulheres no escalão etário entre os 24-38 anos apresentam elevada percepção de suporte social nas actividades sociais e da sua QDV física.

Quadro 43 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Grupo Etário (1= 24-38 anos; 2= 39-53 anos; 3= 54-68 anos; 4≥ 69)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Grupo Etário**				**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	1	**2**	**3**	**4**			
Suporte Social – Actividades Sociais	79.81[a]	54.63[b]	66.18[ab]	57.39[ab]	11.621	3	**.009**
QDV Física	97.56[a]	64.72[c]	60.33[c]	33.24[b]	22.151	3	**.000**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Situação Profissional

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função da situação profissional são o suporte social nas actividades sociais (χ^2 (4)= 13.958; p=.007) e QDV física (χ^2 (4)= 13.584; p=.009).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres com uma situação profissional activa apresentam uma elevada percepção de suporte social nas actividades sociais e de QDV física. As mulheres em situação de baixa médica, desempregadas e reformadas apresentam uma baixa percepção de suporte social nas actividades sociais e de QDV física (Quadro 44).

Quadro 44 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Situação Profissional (1= Activa; 2= Activa/Baixa Médica; 3= Desempregada; 4= Reformada; 5= Outra)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Situação Profissional 1	2	3	4	5	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Actividades Sociais	70.22[a]	30.00[b]	45.46[b]	50.83[b]	59.00[ab]	13.958	4	**.007**
QDV Física	69.39[a]	40.70[ab]	58.29[ab]	43.40[b]	66.60[ab]	13.584	4	**.009**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A Relação entre as Variáveis Clínicas e Psicossociais

Avaliou-se quais as variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Coping e QDV) que apresentam alterações significativas em função das variáveis Clínicas (antecedentes oncológicos familiares, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos). Apresentam-se, de seguida, as que evidenciam diferenças significativas (p<0.05).

Antecedentes Oncológicos Familiares

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos antecedentes oncológicos familiares são o suporte social nas actividades sociais (χ^2 (1)= 5.489; p=.019), QDV física (χ^2 (1)= 4.907; p=.027) e social (χ^2 (1)= 5.651; p=.017), ansiedade (χ^2 (1)= 7.790; p=.005) e depressão (χ^2 (1)= 6.217; p=.013).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres que evidenciam antecedentes oncológicos familiares de cancro de mama apresentam uma percepção elevada de suporte social nas actividades sociais, de QDV física e social. Para além de apresentarem um nível inferior de ansiedade e de depressão. As mulheres sem antecedentes oncológicos familiares de cancro de mama apresentam uma baixa percepção de suporte social nas actividades sociais, de QDV física e social. Para além de apresentarem um nível elevado de ansiedade e de depressão (Quadro 45).

Quadro 45 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Antecedentes Clínicos (0= não; 1= sim)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Antecedentes Oncológicos Familiares 0	1	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Actividades Sociais	49.36[a]	65.46[b]	5.489	1	**.019**
Ansiedade	73.76[a]	54.59[b]	7.790	1	**.005**
Depressão	72.31[a]	55.23[b]	6.217	1	**.013**
QDV Física	50.11[a]	65.13[b]	4.907	1	**.027**
QDV Social	51.28[a]	64.61[b]	5.651	1	**.017**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Psicopatologia Prévia

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função da psicopatologia prévia são o suporte social da família (χ^2 (1)= 6.034; p=.014) e na intimidade (χ^2 (1)= 4.038; p=.044) e, QDV a nível físico (χ^2 (1)= 8.156; p=.004).

No Quadro 46, a análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres que relatam psicopatologia prévia apresentam uma elevada percepção de suporte social da família e na intimidade (χ^2 (1)= 4.038; p=.044) e, elevada percepção da QDV a nível físico. De outra forma, as mulheres que não apresentam psicopatologia prévia têm uma baixa percepção de suporte social da família e na intimidade e, baixa percepção da QDV a nível físico.

Quadro 46 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Psicopatologia Prévia (0= não; 1= sim)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Psicopatologia Prévia**		**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**			
Suporte Social – Família	53.59[a]	68.94[b]	6.034	1	**.014**
Suporte Social – Intimidade	54.94[a]	67.30[b]	4.038	1	**.044**
QDV Física	52.41[a]	70.39[b]	8.156	1	**.004**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Acompanhamento Psicológico

As médias das ordens da variável psicossocial que apresenta diferenças significativas em função do acompanhamento psicológico é o suporte social dos amigos (χ^2 (1)= 6.455; p=.011).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, desta variável indica que, as mulheres que estão a realizar acompanhamento psicológico apresentam uma percepção elevada do suporte social dos amigos. Por outro lado, as mulheres que não estão a realizar acompanhamento psicológico apresentam uma baixa percepção do suporte social dos amigos (Quadro 47).

Quadro 47 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Acompanhamento Psicológico (0= não; 1= sim)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Acompanhamento Psicológico**		**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**			
Suporte Social – Amigos	17.50[a]	61.98[b]	6.455	1	**.011**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Neste estádio 1 (Diagnóstico) os resultados indicam que as mulheres com uma resposta emocional alterada apresentam uma percepção de baixo suporte social nas actividades sociais, dos amigos e da família; recurso ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; e uma baixa percepção da QDV física, emocional e do estatuto de saúde global.

Por outro lado, e de forma adaptativa, quando o estado emocional se revela equilibrado, neste estádio, as mulheres têm uma elevada percepção de suporte social dos amigos, nas actividades sociais e da família; recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*; e apresentam uma elevada percepção da QDV física e emocional e do estatuto de saúde global.

As variáveis sociodemográficas exercem influência nas variáveis psicossociais, sendo que no geral as mulheres mais novas (24-38 anos) apresentam apresentam elevada percepção de suporte social nas actividades sociais e da QDV física; as mulheres com uma situação profissional activa apresentam mais satisfação com o suporte social nas actividades sociais, e uma elevada percepção da QDV física.

As variáveis clínicas relacionam-se com as variáveis psicossociais, neste estádio, da seguinte forma: as mulheres que evidenciam antecedentes oncológicos familiares de cancro de mama apresentam satisfação com o suporte social nas actividades sociais, níveis baixos de ansiedade, de depressão e, elevada QDV a nível físico e social; as mulheres que relatam psicopatologia prévia apresentam satisfação com o suporte social da família e na intimidade, e elevada QDV a nível físico; as mulheres que neste momento estão a realizar acompanhamento psicológico apresentam satisfação com o suporte social dos amigos.

Estádio 2

A Relação entre a Resposta Emocional e o Suporte Social Percebido, Estratégias de Coping e a QDV

Pela análise do Quadro 48 pode-se perceber que neste estádio 2 (Pós-Cirurgia) os níveis de ansiedade influenciam a percepção do suporte social dos amigos, o recurso ao desânimo como estratégia de *coping*, a percepção da QDV (emocional, social e o estatuto global de saúde) e a percepção da imagem corporal.

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos níveis de ansiedade são o suporte social dos amigos (χ^2 (3)= 7.615; p=.055); o desânimo/fraqueza (χ^2 (3)= 11.361; p=.010); a QDV a nível emocional (χ^2 (3)= 32.166; p<.001), social (χ^2 (3)= 16.632; p=.001) e o estatuto global de saúde (χ^2 (3)= 12.150; p=.009); e a imagem corporal (χ^2 (3)= 11.201; p=.011).

De acordo com estes resultados, as mulheres desta amostra que evidenciam elevados níveis de ansiedade têm uma percepção de baixo suporte social dos amigos; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; apresentam uma baixa percepção da QDV emocional, social e do estatuto global de saúde; e baixa satisfação com a imagem corporal.

Por outro lado, as mulheres desta amostra que evidenciam baixos níveis de ansiedade têm uma percepção elevada de suporte social dos amigos; apresentam uma elevada percepção da QDV emocional, social e baixa percepção do estatuto global de saúde; e elevada satisfação com a imagem corporal.

Quadro 48 - Diferenças significativas em função dos níveis de Ansiedade no Estádio 2 (n=120)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Nível Ansiedade**				**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**	**2**	**3**			
Suporte Social – Amigos	68.82^{a}	59.43^{ab}	47.68^{b}	66.44^{ab}	7.615	3	**.055**
Desânimo / Fraqueza	50.00^{a}	59.25^{ab}	71.89^{b}	82.50^{b}	11.361	3	**.010**
QDV Emocional	79.48^{a}	57.93^{c}	43.71^{bc}	23.13^{b}	32.166	3	**.000**
QDV Social	75.33^{a}	53.08^{b}	49.20^{b}	44.13^{b}	16.632	3	**.001**
Estatuto Global Saúde	88.38^{b}	69.28^{bc}	61.23^{ac}	50.08^{ac}	12.150	3	**.007**
Imagem Corporal	71.12^{a}	57.63^{ab}	53.73^{b}	34.14^{b}	11.201	3	**.011**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Pela análise do Quadro 49 pode-se perceber que, neste estádio 2 (Pós-Cirurgia), os níveis de depressão influenciam o suporte social das actividades sociais, o recurso ao desânimo como estratégia de *coping*, a percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde, e a percepção da imagem corporal.

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos níveis depressão são o suporte social nas actividades sociais (χ^2 (4)= 14.205; p=.007); o desânimo/fraqueza (χ^2 (4)= 23.911; p<.001); a QDV a nível físico (χ^2 (4)= 12.960; p=.011), emocional (χ^2 (4)= 36.095; p<.001) e do estatuto global de saúde (χ^2 (4)= 16.110; p=.003); e a imagem corporal (χ^2 (4)= 18.075; p=.001).

De acordo com estes resultados, as mulheres desta amostra que evidenciam elevados níveis de depressão têm uma percepção de baixo suporte social nas actividades sociais; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; apresentam uma baixa percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde; e baixa satisfação com a imagem corporal. Por outro lado, as mulheres desta amostra que evidenciam baixos

níveis de depressão têm uma percepção elevada do suporte social nas actividades sociais; apresentam uma elevada percepção da QDV física, emocional e baixa percepção do estatuto global de saúde; e elevada satisfação com a imagem corporal (Quadro 49).

Quadro 49 - Diferenças significativas em função dos níveis de Depressão no Estádio 2 (n=120)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Nível de Depressão 0	1	2	3	4	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Actividades Sociais	72.05[a]	55.91[a]	51.86[b]	15.17[b]	46.50[ab]	14.205	4	**.007**
Desânimo/Fraqueza	46.00[a]	63.67[c]	71.54[bc]	104.33[b]	108.67[b]	23.991	4	**.000**
QDV Física	67.85[a]	70.93[a]	48.18[b]	34.50[ab]	32.67[ab]	12.960	4	**.011**
QDV Emocional	80.42[a]	52.59[c]	43.66[bc]	31.67[bc]	11.33[b]	36.095	4	**.000**
Estatuto Global Saúde	93.83[a]	83.83[a]	71.20[ab]	64.85[b]	47.74[b]	16.110	4	**.003**
Imagem Corporal	69.08[a]	67.37[a]	47.36[c]	75.83[c]	7.33[b]	18.075	4	**.001**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Psicossociais

Avaliou-se quais as variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Coping e QDV) que apresentam alterações significativas em função das variáveis sociodemograficas (Idade, Estado Civil e Situação Profissional). Apresentam-se, de seguida, as que evidenciam diferenças significativas (p<0.05).

Grupo Etário

Pela leitura do Quadro 50, as médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do grupo etário são o suporte social dos amigos (χ^2 (3)= 7.951; p=.047) e da família (χ^2 (3)= 9.142; p=.027), QDV física (χ^2 (3)= 16.131; p=.001) e o estatuto global de saúde (χ^2 (3)= 10.898; p=.012).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres de um escalão etário entre os 54-68 anos apresentam elevada percepção de suporte social dos amigos e da família. As mulheres mais novas (24-38 anos) apresentam uma baixa percepção de suporte social dos amigos, uma percepção elevada da QDV física e baixa do estatuto global de saúde. Por outro lado, as mulheres mais velhas (≥ 69 anos) apresentam baixa percepção de suporte social da família e uma percepção baixa da QDV física.

Quadro 50 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Grupo Etário (1= 24-38 anos; 2= 39-53 anos; 3= 54-68 anos; 4≥ 69)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Grupo Etário 1	2	3	4	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Amigos	44.44^{ac}	57.08^{bc}	72.49^{a}	52.63^{c}	7.951	3	**.047**
Suporte Social – Família	52.94^{ab}	58.42^{ab}	72.47^{a}	45.68^{b}	9.142	3	**.027**
QDV Física	89.63^{a}	63.47^{c}	62.94^{c}	36.23^{b}	16.131	3	**.001**
Estatuto Global Saúde	29.44^{a}	67.51^{b}	54.40^{ab}	66.25^{b}	10.898		**.012**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Situação Profissional

A situação profissional influência os níveis de ansiedade (χ^2 (4)= 12.134; p=.016) e depressão (χ^2 (4)= 12.266; p=.015). As mulheres com uma situação profissional activa apresentam baixos níveis de ansiedade e de depressão. As mulheres de baixa médica e desempregadas têm elevados níveis de ansiedade e depressão (Quadro 51).

Quadro 51 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Situação Profissional (1= Activa; 2= Activa/Baixa Médica; 3= Desempregada; 4= Reformada; 5= Outra)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Situação Profissional 1	2	3	4	5	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Ansiedade	45.57^{a}	71.36^{b}	81.39^{b}	57.77^{ab}	55.94^{ab}	12.134	4	**.016**
Depressão	45.06^{a}	66.91^{bc}	82.94^{c}	65.41^{bc}	50.71^{ab}	12.266	4	**.015**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A Relação entre as Variáveis Clínicas e Psicossociais

Avaliou-se quais as variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Coping e QDV) que apresentam alterações significativas em função das variáveis Clínicas (antecedentes oncológicos familiares, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos). Apresentam-se, de seguida, as que evidenciam diferenças significativas (p<0.05).

Cirurgia

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do tipo de cirurgia são o espírito de luta como estratégia de *coping* (χ^2 (1)= 7.671; p=.006), a QDV a nível físico (χ^2 (1)= 11.979; p=.001) e social (χ^2 (1)= 10.066; p=.002) e o estatuto global de saúde (χ^2 (1)= 4.496; p=.034).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres que realizaram uma cirurgia parcial recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*, apresentam uma percepção elevada da QDV a nível físico, social e no estatuto global de saúde. As mulheres que realizaram uma cirurgia radical não recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*, têm uma baixa percepção da QDV a nível físico, social e do estatuto global de saúde (Quadro 52).

Quadro 52 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Cirurgia

(0= parcial; 1= total)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Cirurgia**		**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**			
Espírito de Luta	65.78[a]	45.97[b]	7.671	1	**.006**
QDV Física	78.61[a]	53.91[b]	11.979	1	**.001**
QDV Social	76.64[a]	54.63[b]	10.066	1	**.002**
Estatuto Global Saúde	64.44[a]	49.66[b]	4.496	1	**.034**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Diagnóstico

Pela leitura do Quadro 53, as médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do diagnóstico são a depressão (χ^2 (1)= 8.238; *p*=.016), a QDV física (χ^2 (1)= 7.272; *p*=.026) e social (χ^2 (1)= 8.941; *p*=.011).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres que têm um diagnóstico, segundo a classificação TNM no estádio II, apresentam um nível de depressão elevado, uma percepção baixa da QDV a nível físico e social. As mulheres com um diagnóstico no estádio I apresentam uma QDV elevada a nível físico e social.

Quadro 53 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Diagnóstico

(1= Estádio I; 2= Estádio II; 3= Estádio III)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Diagnóstico**			**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	1	**2**	**3**			
Depressão	54.27[ab]	67.63[a]	44.69[b]	8.238	1	**.016**
QDV Física	74.48[a]	54.01[b]	63.79[ab]	7.272	1	**.026**
QDV Social	77.09[a]	55.84[b]	54.14[b]	8.941	1	**.011**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Psicopatologia Prévia

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função da psicopatologia prévia são o suporte social nas actividades sociais (χ^2 (1)= 6.688; *p*=.010), o desânimo/fraqueza como estratégia de *coping* (χ^2 (1)= 3.942; *p*=.047), a ansiedade (χ^2 (1)= 9.484; *p*=.002), a depressão (χ^2 (1)= 11.893; *p*=.001) e a QDV a nível emocional (χ^2 (1)= 9.130; *p*=.003).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres que relatam ausência de psicopatologia prévia apresentam baixa satisfação com o suporte social nas actividades sociais, recurso ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*, elevado nível de ansiedade e de depressão e, uma baixa percepção da QDV a nível emocional.

As mulheres que apresentam psicopatologia prévia têm elevada satisfação com o suporte social nas actividades sociais, não recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*, para além de apresentarem baixo nível de ansiedade e de depressão e, elevada percepção da QDV a nível emocional (Quadro 54).

Quadro 54 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Psicopatologia Prévia (0= não; 1= sim)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Psicopatologia Prévia**		**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**			
Suporte Social – Actividades Sociais	52.83[a]	69.27[b]	6.688	1	**.010**
Desânimo/Fraqueza	66.37[a]	53.79[b]	3.942	1	**.047**
Ansiedade	69.64[a]	50.05[b]	9.484	1	**.002**
Depressão	70.73[a]	48.80[b]	11.893	1	**.001**
QDV Emocional	51.59[a]	70.68[b]	9.130	1	**.003**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Neste estádio 2 (Pós-Cirurgia) os resultados indicam que as mulheres com uma resposta emocional alterada apresentam uma percepção de baixo suporte social dos amigos e nas actividades sociais; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; uma baixa percepção da QDV física, emocional, social e do estatuto global de saúde; e baixa satisfação com a imagem corporal.

Por outro lado, e de forma positiva, quando o estado emocional se revela equilibrado, neste estádio, as mulheres têm uma percepção elevada do suporte social nas actividades sociais e dos amigos; apresentam uma elevada percepção da QDV física, emocional, social e do estatuto global de saúde e, elevada satisfação com a imagem corporal.

Quanto às variáveis sociodemográficas é possível concluir que: as mulheres de meia-idade (54-68 anos) apresentam satisfação com o suporte social dos amigos e da família, enquanto que as mulheres mais novas (24-38 anos) apresentam uma percepção elevada da QDV física e um estatuto global de saúde num nível inferior; as mulheres com uma situação profissional activa apresentam baixo nível de ansiedade e de depressão.

Em relação às variáveis clínicas conclui-se que: as mulheres que realizaram uma cirurgia parcial recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*, apresentam uma

QDV a nível físico, social e percepção do estatuto global de saúde elevados; as que têm um diagnóstico, segundo a classificação TNM, no estádio II apresentam um nível de depressão elevado, uma QDV a nível físico e social baixa; por fim as mulheres que relatam ausência de psicopatologia prévia apresentam menos satisfação com o suporte social nas actividades sociais, recurso ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*, elevado nível de ansiedade e de depressão e, baixa QDV a nível emocional.

Estádio 3

A Relação entre a Resposta Emocional e o Suporte Social Percebido, Estratégias de Coping e a QDV

Pela análise do Quadro 55 pode-se perceber que neste estádio 3 (Pós-Tratamentos) os níveis de ansiedade afectam a percepção da QDV (física, emocional e o estatuto global de saúde).

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos níveis de ansiedade são a QDV a nível físico (χ^2 (3)= 40.773; p<.001), emocional (χ^2 (3)= 51.304; p<.001) e o estatuto global de saúde (χ^2 (3)= 28.603; p<.001).

De acordo com estes resultados, as mulheres desta amostra que evidenciam elevados níveis de ansiedade têm uma baixa percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde. De outra forma, as mulheres desta amostra que evidenciam baixos níveis de ansiedade têm uma elevada percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde (Quadro 55).

Quadro 55 - Diferenças significativas em função dos níveis de Ansiedade no Estádio 3 (n=120)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Nível Ansiedade**				**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**	**2**	**3**			
QDV Física	79.08[a]	56.31[c]	31.61[b]	21.83[b]	40.773	3	**.000**
QDV Emocional	82.25[a]	51.39[c]	32.57[b]	5.00[b]	51.304	3	**.000**
Estatuto Global Saúde	81.84[a]	65.39[c]	45.03[b]	10.17[b]	28.603	3	**.000**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Pela análise do Quadro 56 pode-se perceber que neste estádio 3 (Pós-Tratamentos) os níveis de depressão influenciam a percepção do suporte social dos amigos e da família, o desânimo, espírito de luta e evitamento como estratégias de *coping*, a QDV física, emocional e o estatuto global de saúde.

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos níveis de depressão são o suporte social dos amigos (χ^2 (4)= 11.261; p=.024) e da família (χ^2 (4)= 18.161; p=.001); o espírito de luta (χ^2 (4)= 10.146; p=.038); o desânimo/fraqueza (χ^2 (4)= 18.452; p=.001); o evitamento (χ^2 (4)= 10.238; p=.037); a QDV a nível físico (χ^2 (4)= 36.627; p<.001), emocional (χ^2 (4)= 34.214; p<.001) e o estatuto global de saúde (χ^2 (4)= 29.886; p<.001).

De acordo com estes resultados, as mulheres desta amostra que evidenciam elevados níveis de depressão têm uma percepção de baixo suporte social dos amigos e da família; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; apresentam uma baixa percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde.

Por outro lado, as mulheres desta amostra que evidenciam baixos níveis de depressão têm uma percepção elevada de suporte social dos amigos e da família; recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*; apresentam uma elevada percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde (Quadro 56).

Quadro 56 - Diferenças significativas em função dos níveis de Depressão no Estádio 3 (n=120)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Nível de Depressão**					**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**			
Suporte Social – Amigos	69.90^{a}	48.44^{b}	49.03^{b}	44.30^{ab}	56.70^{ab}	11.261	4	**.024**
Suporte Social – Família	70.10^{a}	39.93^{c}	54.82^{abc}	79.70^{ab}	45.00^{abc}	18.161	4	**.001**
Espírito de Luta	68.83^{a}	47.37^{b}	58.97^{ab}	40.70^{ab}	46.50^{ab}	10.146	4	**.038**
Desânimo/Fraqueza	52.50^{a}	62.48^{a}	64.65^{ac}	111.20^{bc}	90.60^{c}	18.452	4	**.001**
Evitamento	65.02^{a}	52.83^{ab}	68.21^{a}	55.90^{ab}	20.60^{b}	10.238	4	**.037**
QDV Física	74.63^{a}	54.70^{d}	33.32^{b}	3.20^{c}	55.00^{a}	36.627	4	**.000**
QDV Emocional	76.36^{a}	48.46^{b}	36.00^{b}	23.10^{b}	36.90^{b}	34.214	4	**.000**
Estatuto Global Saúde	112.40^{a}	63.93^{b}	84.35^{a}	48.18^{c}	11.60^{d}	29.886	4	**.000**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Psicossociais

Avaliou-se quais as variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Coping e QDV) que apresentam alterações significativas em função das variáveis sociodemograficas (Idade, Estado Civil e Situação Profissional). Apresentam-se, de seguida, as que evidenciam diferenças significativas (p<0.05).

Grupo Etário

Pela leitura do Quadro 57, as médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do grupo etário são o suporte social dos amigos (χ^2 (3)= 9.370; p=.025), da família (χ^2 (3)= 11.610; p=.009) e na intimidade (χ^2 (3)= 8.165; p=.043), a estratégia de *coping* de espírito de luta (χ^2 (3)= 9.860; p=.020) e a QDV física (χ^2 (3)= 21.535; p<.001).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres de meia-idade (54-68 anos) apresentam uma percepção elevada de suporte social dos amigos, da família e na intimidade.

As mulheres num escalão etário entre os 24-38 anos recorrem à estratégia de *coping* de espírito de luta. As mulheres entre os 39-53 anos apresentam melhor QDV física.

Quadro 57 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Grupo Etário (1= 24-38 anos; 2= 39-53 anos; 3= 54-68 anos; 4≥ 69)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Grupo Etário**				**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	1	**2**	**3**	**4**			
Suporte Social – Amigos	45.70[a]	55.70[a]	73.53[b]	63.20[ab]	9.370	3	**.025**
Suporte Social – Família	49.53[a]	51.83[a]	75.74[b]	63.72[ab]	11.610	3	**.009**
Suporte Social – Intimidade	66.65[a]	53.15[ab]	72.26[c]	52.40[ab]	8.165	3	**.043**
Espírito de Luta	81.25[a]	57.73[b]	59.62[b]	49.72[b]	9.860	3	**.020**
QDV Física	63.60[a]	73.69[a]	62.06[a]	33.80[b]	21.535	3	**.000**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Estado Civil

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do estado civil são o suporte social da família (χ^2 (3)= 12.670; p=.005), a ansiedade (χ^2 (3)= 10.229; p=.017), a depressão (χ^2 (3)= 12.211; p=.007), a QDV emocional (χ^2 (3)= 21.455; p=.000), social (χ^2 (3)= 9.477; p=.024) e o estatuto global de saúde (χ^2 (3)= 8.162; p=.043).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis indica que, as mulheres solteiras evidenciam baixa percepção do suporte social da família, elevado nível de ansiedade e depressão e, baixa QDV emocional.

As mulheres divorciadas apresentam boa percepção da QDV social, e baixa percepção do estatuto global de saúde – como se observa no Quadro 58**.**

Quadro 58 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Estado Civil (1=Solteira ; 2= Casada/União de Facto; 3= Divorciada; 4= Viúva)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Estado Civil 1	2	3	4	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Família	24.21[a]	62.76[a]	49.50[c]	72.81[b]	12.670	3	**.005**
Ansiedade	83.34[a]	57.12[b]	39.71[c]	62.26[b]	10.229	3	**.017**
Depressão	82.28[a]	55.23[b]	39.50[c]	69.98[ab]	12.211	3	**.007**
QDV Emocional	35.91[a]	64.32[b]	103.21[c]	51.17[ab]	21.455	3	**.000**
QDV Social	61.06[a]	54.66[ab]	80.71[c]	74.48[ac]	9.477	3	**.024**
Estatuto Global Saúde	54.81[a]	61.36[a]	30.86[b]	71.60[a]	8.162	3	**.043**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Situação Profissional

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função da situação profissional são o suporte social dos amigos (χ^2 (4)= 14.194; p=.007) e na intimidade (χ^2 (4)= 17.942; p=.001).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres com uma situação profissional – activa/ baixa médica apresentam baixa percepção do suporte social dos amigos. As mulheres com uma situação profissional – desempregada apresentam baixa percepção do suporte social na intimidade (Quadro 59).

Quadro 59 - Diferenças significativas em função da Variável Sociodemográfica – Situação Profissional (1= Activa; 2= Activa/Baixa Médica; 3= Desempregada; 4= Reformada; 5= Outra)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Situação Profissional 1	2	3	4	5	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Amigos	65.15[a]	39.91[bc]	73.33[abc]	69.71[a]	45.23[ac]	14.194	4	**.007**
Suporte Social – Intimidade	67.27[a]	45.50[b]	20.50[b]	69.94[a]	39.50[b]	17.942	4	**.001**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

A Relação entre as Variáveis Clínicas e Psicossociais

Avaliou-se quais as variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Coping e QDV) que apresentam alterações significativas em função das variáveis Clínicas (antecedentes oncológicos familiares, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos). Apresentam-se, de seguida, as que evidenciam diferenças significativas (p<0.05).

Tratamentos

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função dos tratamentos são o suporte social dos amigos (χ^2 (2)= 15.905; p=.014), a QDV baixa a nível físico (χ^2 (2)= 17.967; p=.006) emocional (χ^2 (2)= 16.100; p=.013) e social (χ^2 (2)= 13.455; p=.036), e a estratégia de *coping* desânimo/fraqueza (χ^2 (2)= 13.820; p=.032).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres que realizaram quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia apresentam uma elevada percepção do suporte social dos amigos, uma QDV baixa a nível físico, emocional e social. As mulheres que realizaram quimioterapia utilizam como estratégia de *coping* o desânimo/fraqueza (Quadro 60).

Quadro 60 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Tratamentos

(1= Quimioterapia; 2= Quimioterapia, Radioterapia; 3= Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia)

Variáveis Psicossociais	**Médias das Ordens - Tratamentos**			**Kruskall-Wallis χ^2**	**g.l.**	**P**
	1	**2**	**3**			
Suporte Social – Amigos	46.35[a]	72.50[b]	64.92[b]	15.905	2	**.014**
Desânimo	74.04[a]	52.31[b]	66.76[b]	13.820	2	**.032**
QDV Física	60.39[ab]	71.02[b]	58.68[a]	17.967	2	**.006**
QDV Emocional	53.65[a]	73.12[b]	57.61[a]	16.100	2	**.013**
QDV Social	68.04[a]	53.86[b]	54.10[b]	13.455	2	**.036**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Psicopatologia Prévia

Pela leitura do Quadro 61, as médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função da psicopatologia prévia são o espírito de luta como estratégia de *coping* (χ^2 (1)= 3.199; p=.023) e a QDV a nível social (χ^2 (1)= 4.464; p=.035).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres que relatam psicopatologia prévia recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping* e apresentam elevada QDV a nível social. As mulheres sem psicopatologia prévia não recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping* e têm uma baixa QDV a nível social (Quadro 61).

Quadro 61 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Psicopatologia Prévia (1=não; 2= sim)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Psicopatologia Prévia 0	1	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Espírito de Luta	50.84[a]	65.90[b]	5.199	1	**.023**
QDV Social	52.30[a]	65.08[b]	4.464	1	**.035**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Acompanhamento Psicológico

As médias das ordens das variáveis psicossociais que apresentam diferenças significativas em função do acompanhamento psicológico são o suporte social nas actividades sociais (χ^2 (1)= 9.452; p=.002), a ansiedade (χ^2 (1)= 5.031; p=.025), a depressão (χ^2 (1)= 12.633; p<.001), e a QDV emocional (χ^2 (1)= 5.093; p=.024).

A análise das diferenças, entre as médias das ordens, destas variáveis sugere que, as mulheres que neste momento (estádio 3) estão a realizar acompanhamento psicológico apresentam satisfação com o suporte social nas actividades sociais, baixa ansiedade e depressão e, elevada QDV emocional.

As mulheres que não realizam acompanhamento psicológico apresentam baixa satisfação com o suporte social nas actividades sociais, elevados níveis de ansiedade e depressão e, baixa QDV emocional (Quadro 62).

Quadro 62 - Diferenças significativas em função da Variável Clínica – Acompanhamento Psicológico (1=não; 2= sim)

Variáveis Psicossociais	Médias das Ordens - Acompanhamento Psicológico 0	1	Kruskall-Wallis χ^2	g.l.	P
Suporte Social – Actividades Sociais	26.28[a]	63.27[b]	9.452	1	**.002**
Ansiedade	85.44[a]	58.48[b]	5.031	1	**.025**
Depressão	100.00[a]	57.30[b]	12.633	1	**.000**
QDV Emocional	35.61[a]	62.52[b]	5.093	1	**.024**

Médias das Ordens com letras diferentes apresentam diferenças significativas para α=0.05.

Neste estádio 3 (Pós-Tratamentos) os resultados indicam que as mulheres com uma resposta emocional alterada apresentam: baixo suporte social dos amigos e da família; recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*; têm uma baixa percepção da QDV física, emocional e do estatuto global de saúde.

Por outro lado, e de forma positiva, quando o estado emocional se revela equilibrado, neste estádio, as mulheres têm uma percepção elevada de suporte social dos amigos e da família; recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*; apresentam uma elevada percepção da QDV física, emocional e do estado de saúde global.

Em relação às variáveis sociodemográficas observou-se que as mulheres de meia-idade (54-68 anos) apresentam satisfação com o suporte social dos amigos, da família e na intimidade; as mulheres mais novas (24-38 anos) recorrem à estratégia de *coping* de espírito de luta e apresentam melhor QDV física. Relativamente ao estado civil, as mulheres solteiras evidenciam baixo suporte social da família, níveis superiores de ansiedade e depressão, e baixa QDV emocional. De uma outra forma, as mulheres divorciadas apresentam boa percepção da QDV social, mas evidenciam baixa percepção do estatuto global de saúde. As mulheres com uma situação profissional – activa/ baixa médica apresentam baixo suporte social dos amigos; e as mulheres com uma situação profissional – desempregada apresentam baixo suporte social na intimidade.

Relativamente às variáveis clínicas as mulheres que realizaram quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia apresentam um elevado suporte social dos amigos e uma baixa percepção da QDV a nível físico, emocional e social. De outra forma, as mulheres que só realizaram quimioterapia utilizam como estratégia de *coping* o desânimo/fraqueza.

As mulheres que relatam psicopatologia prévia recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*, e apresentam uma elevada QDV a nível social.

As mulheres que neste momento (estádio 3) estão a realizar acompanhamento psicológico apresentam satisfação com o suporte social nas actividades sociais, baixos níveis de ansiedade e depressão, e elevada QDV emocional.

ESTUDO 3

Modelos Estruturais no Ciclo Psico-Oncológico

A partir da análise estatística inferencial do **ESTUDO 2** (que evidencia as variáveis que apresentaram diferenças significativas, em função da resposta emocional, em cada um dos três estádios), da revisão teórica e com base no objectivo delineado neste **ESTUDO 3**, elaborou-se um modelo estrutural para cada **estádio** do ciclo psico-oncológico da mama.

Para tal realizou-se um Modelo de Medida, em cada estádio, com base num grupo de variáveis psicossociais, diferentes de estádio para estádio, de acordo com a necessidade de avaliar constructos distintos em cada momento da doença, devido às especificidades inerentes e, de acordo com os diferentes resultados do **ESTUDO 2**:

. **Estádio 1 (Diagnóstico)** - ansiedade; depressão; suporte social dos amigos, da família e das actividades sociais; estratégia de *coping* desânimo/fraqueza e espírito de luta; QDV física; QDV emocional; estado de saúde global; controlo emocional (depressão, ansiedade e raiva); neuroticismo.

. **Estádio 2 (Pós-Cirurgia)** - ansiedade; depressão; suporte social dos amigos e das actividades sociais; estratégia de *coping* desânimo/fraqueza; QDV física; QDV emocional; QDV social; estado de saúde global; imagem corporal; controlo emocional (depressão, ansiedade e raiva); neuroticismo.

. **Estádio 3 (Pós-Tratamentos)** - ansiedade; depressão; suporte social dos amigos e da família; estratégia de *coping* desânimo/fraqueza, espírito de luta e evitamento; QDV física; QDV emocional; estado de saúde global; controlo emocional (depressão, ansiedade e raiva); neuroticismo.

Para além dessas variáveis consideraram-se as seguintes variáveis sociodemográficas - idade, estado civil e situação profissional; e clínicas - antecedentes oncológicos familiares,

tipo de cirurgia, tratamentos, tipo de diagnóstico, psicopatologia prévia, acompanhamento psicológico e acontecimentos de vida negativos.

Estádio 1

O Modelo de Medida das variáveis em estudo, neste **estádio 1**, apresenta-se na Figura 3 e, como se pode observar, tem um bom ajustamento de medida (Qui-Sq=389.738; DF=328; p=.011; Qui-sq/df=1.188, RMSEA=.040; P(RMSEA<0.05)=.868, CFI=.946; PCFI=.713; GFI=.839).

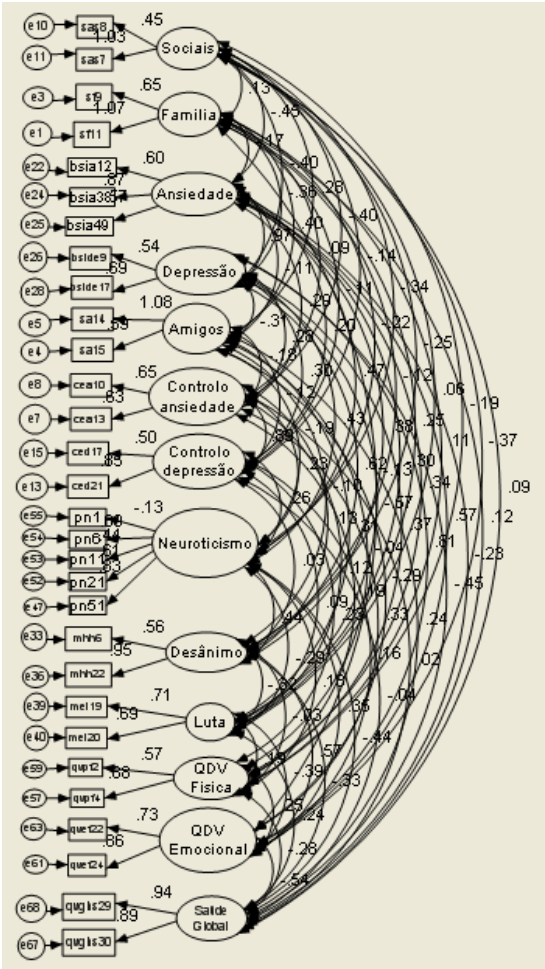


Figura 3. Modelo de Medida Estádio 1

Qui-Sq=389.738; DF=328; p=.011; Qui-sq/df=1.188
RMSEA=.040; p(RMSEA<0.05)=.868
CFI=.946; PCFI=.713; GFI=.839

O modelo estrutural deste **estádio 1** é apresentado na Figura 4. O modelo revela um ajustamento considerado aceitável (Qui-Sq=362.049; DF=266; p=.000; Qui-sq/df=1.361, RMSEA=.055; P(RMSEA<0.05)=.275, CFI=.894; PCFI=.792; GFI=.818).

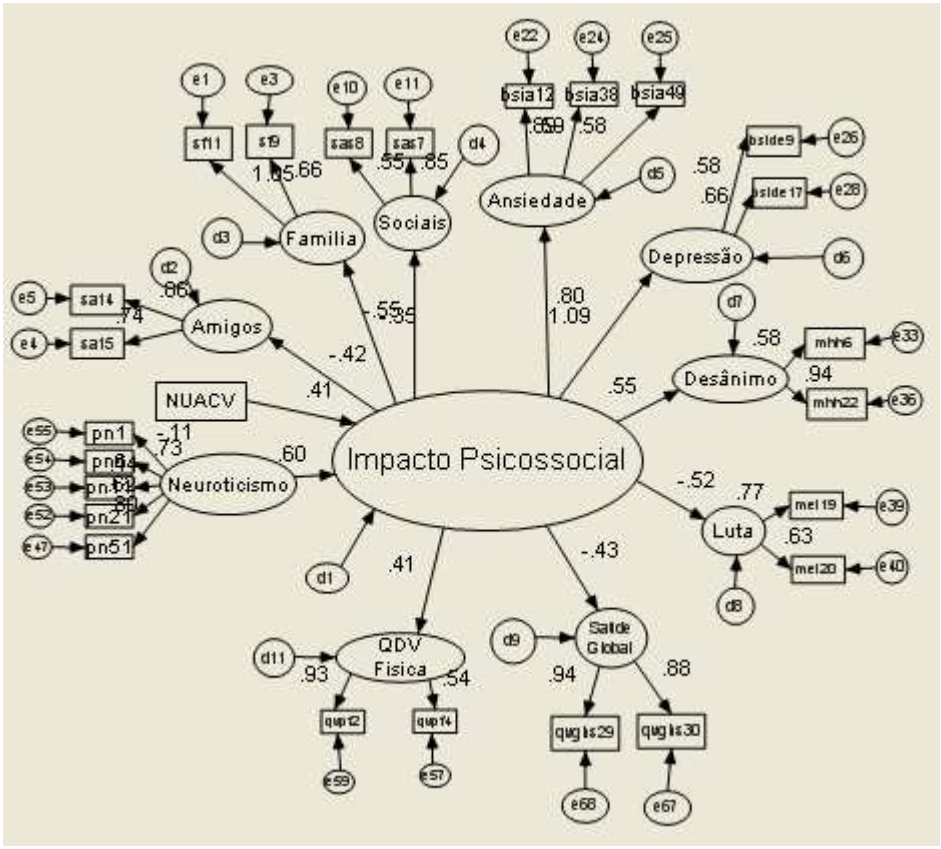


Figura 4. Modelo Estrutural Estádio 1

Qui-Sq=362.049; DF=266; p=.000; Qui-sq/df=1.361
RMSEA=.055; p(RMSEA<0.05)=.275
CFI=.894; PCFI=.792; GFI=.818

No Quadro 63 podem observar-se as trajectórias significativas associadas ao **Impacto Psicossocial** do **estádio 1 (Diagnóstico)**. O Impacto Psicossocial de receber um diagnóstico de cancro da mama, nas mulheres desta amostra, afecta directamente o estado de ansiedade (ß= .80; *p*<.001) e de depressão (ß= 1.09; *p*<.001), negativamente as estratégias de *coping* de luta (ß= -.52; *p*<.001) e positivamente as de desânimo/fraqueza (ß= .55; *p*<.001). Para além disso, relaciona-se negativamente com o suporte social dos amigos (ß= -.42; *p*=.002), da família (ß= -.35; *p*<.001), nas actividades sociais (ß= -.55; *p*=.003), com a percepção do estatuto global de saúde (ß= -.43; *p*<.001) e, positivamente com a percepção de QDV física (ß= .41; *p*=.028).

O Impacto Psicossocial, neste estádio 1, é um reflexo directo dos níveis de neuroticismo (ß= .60; *p*<0.001) e dos acontecimentos de vida negativos (ß= .41; *p*<.001) das mulheres desta amostra.

Estes resultados indicam que quanto maior for o impacto psicossocial, de receber um diagnóstico de cancro da mama (estádio 1), mais as mulheres tendem a evidenciar elevados níveis de ansiedade, depressão, recurso ao desânimo/fraqueza, baixa percepção do suporte social dos amigos, família, nas actividades sociais e do estatuto global de saúde e, elevada percepção de QDV Física. De igual forma, um nível elevado de neuroticismo e a presença de acontecimentos de vida negativos levam a que as mulheres experienciem um maior impacto psicossocial do diagnóstico.

Quadro 63 - Resultados das Estimativas do Modelo Estrutural do Estádio 1

	Trajectórias	**Estimativa**	**DP**	**Estatística Z**	**P**
Impacto Psicossocial	<--- Neuroticismo	.839	.188	4.468	p<.001
Impacto Psicossocial	<--- Acontecimentos de Vida Negativos	.501	.111	4.503	p<.001
Familia	<--- Impacto Psicossocial	-.288	.079	-3.666	p<.001
Amigos	<--- Impacto Psicossocial	-.246	.078	-3.168	.002
Sociais	<--- Impacto Psicossocial	-.297	.099	-3.012	.003
Desânimo/Fraqueza	<--- Impacto Psicossocial	.277	.053	5.188	p<.001
Luta	<--- Impacto Psicossocial	-.248	.062	-3.993	p<.001
Depressão	<--- Impacto Psicossocial	.211	.034	6.119	p<.001
QDV_Física	<--- Impacto Psicossocial	.077	.035	2.198	.028
Estatuto Global Saúde	<--- Impacto Psicossocial	-.402	.097	-4.146	p<.001
Ansiedade	<--- Impacto Psicossocial	.325	.066	4.958	p<.001

Estádio 2

O Modelo de Medida das variáveis em estudo, neste **estádio 2**, apresenta-se na Figura 5 e, como se pode observar, existe um ajustamento sofrível (Qui-Sq=360.555; DF=270; RMSEA=.053; P(RMSEA<0.05)=.355, p=.000; Qui-sq/df=1.335, CFI=.887; PCFI=.682; GFI=.833).

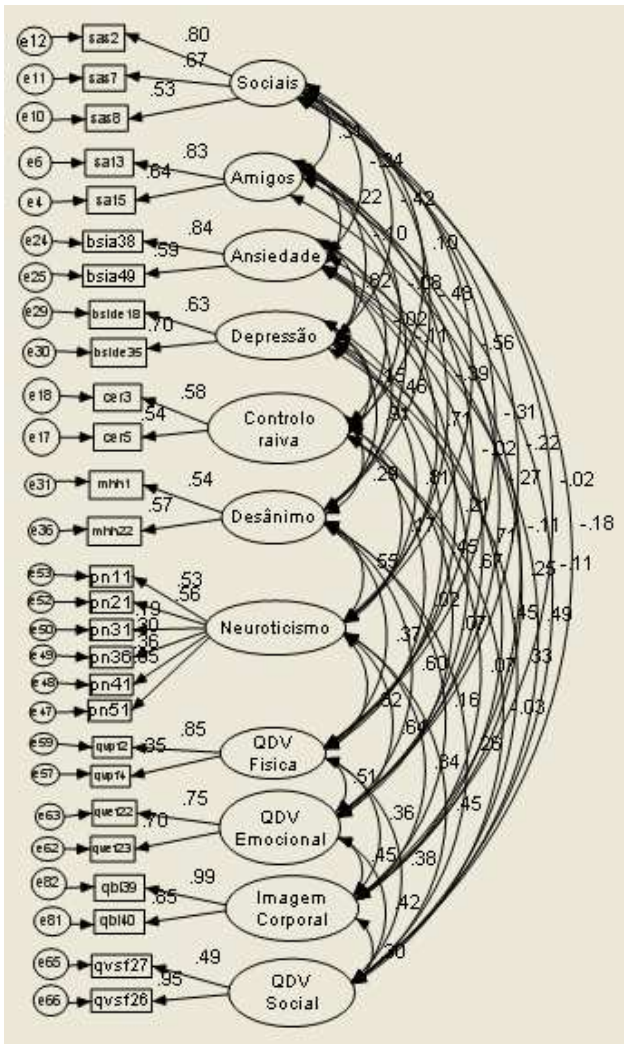


Figura 5. Modelo de Medida Estádio 2

Qui-Sq=360.555; DF=270; p=.000; Qui-sq/df=1.335

RMSEA=.053; p(RMSEA<0.05)=.355
CFI=.887; PCFI=.682; GFI=.833

O modelo estrutural deste **estádio 2** é apresentado de seguida na Figura 6. O modelo revela um ajustamento razoável (Qui-Sq=362.049; DF=266; p=.000; Qui-sq/df=1.361, RMSEA=.055; P(RMSEA<0.05)=.275, CFI=.894; PCFI=.792; GFI=.818).

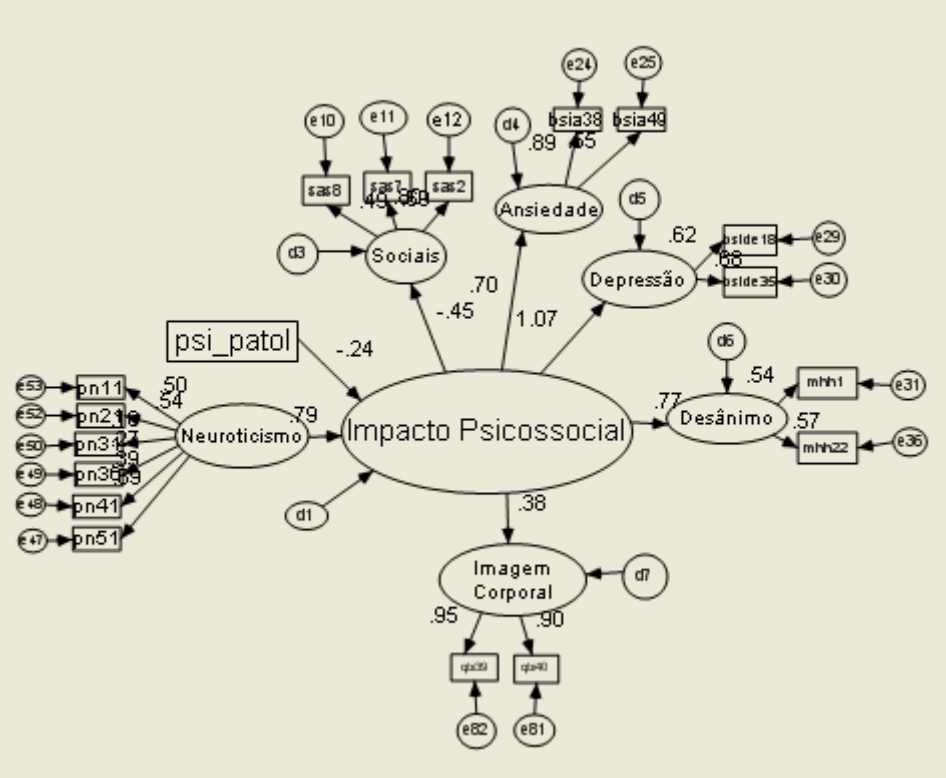


Figura 6. Modelo Estrutural Estádio 2

Qui-Sq=177.209; DF=129; p=.003; Qui-sq/df=1.374
RMSEA=.056; p(RMSEA<0.05)=.303

CFI=.909; PCFI=.766; GFI=.863

No Quadro 64 podem observar-se as trajectórias significativas associadas ao **Impacto Psicossocial** do **estádio 2 (Pós-Cirurgia)**. O Impacto Psicossocial de realizar uma cirurgia, para as mulheres desta amostra, afecta directamente o seu estado de ansiedade (ß= .70; *p*<.001) e de depressão (ß= .107; *p*<.001), a utilização de uma estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza (ß= .77; *p*<.001), e negativamente a percepção de suporte social nas actividades sociais (ß= -.45; *p*=.006) e da Imagem Corporal (ß= .38; *p*=.002). Para além disso, o Impacto Psicossocial, neste estádio 2, é um reflexo directo dos níveis de neuroticismo (ß= .79; *p*<0.011) e negativamente da psicopatologia prévia (ß= -.24; *p*=.013) apresentados pelas mulheres desta amostra.

Neste estádio 2, estes resultados indicam que quanto maior for impacto psicossocial, de realizar uma cirurgia, mais as mulheres tendem a evidenciar elevados níveis de ansiedade, depressão, recurso ao desânimo/fraqueza, baixa percepção do suporte social nas actividades sociais e, elevada percepção de alterações na imagem corporal.

Para além disso, um nível elevado de neuroticismo e a ausência de psicopatologia prévia estão presentes em mulheres que experienciam um maior impacto psicossocial da cirurgia.

Quadro 64 - Resultados das Estimativas do Modelo Estrutural do Estádio 2

Trajectórias			Estimativa	DP	Estatística Z	P
Impacto Psicossocial	<---	Psicopatologia Prévia	-.864	.346	-2.493	.013
Impacto Psicossocial	<---	Neuroticismo	3.190	1.247	2.557	.011
Desânimo/Fraqueza	<---	Impacto Psicossocial	.171	.051	3.350	p<.001
Sociais	<---	Impacto Psicossocial	-.170	.062	-2.755	.006
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	.376	.092	4.104	p<.001
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.376	.088	4.286	p<.001
Imagem Corporal	<---	Impacto Psicossocial	.190	.062	3.066	.002

Estádio3

O Modelo de Medida das variáveis em estudo, neste **estádio 3**, apresenta-se na Figura 7 e, como se pode observar, existe um ajustamento aceitável (Qui-Sq=568.509; DF=314; p=.000; Qui-sq/df=1.811; RMSEA=.083; PMSEA<0.05)=.000; CFI=.860; PCFI..621; GFI=.788).

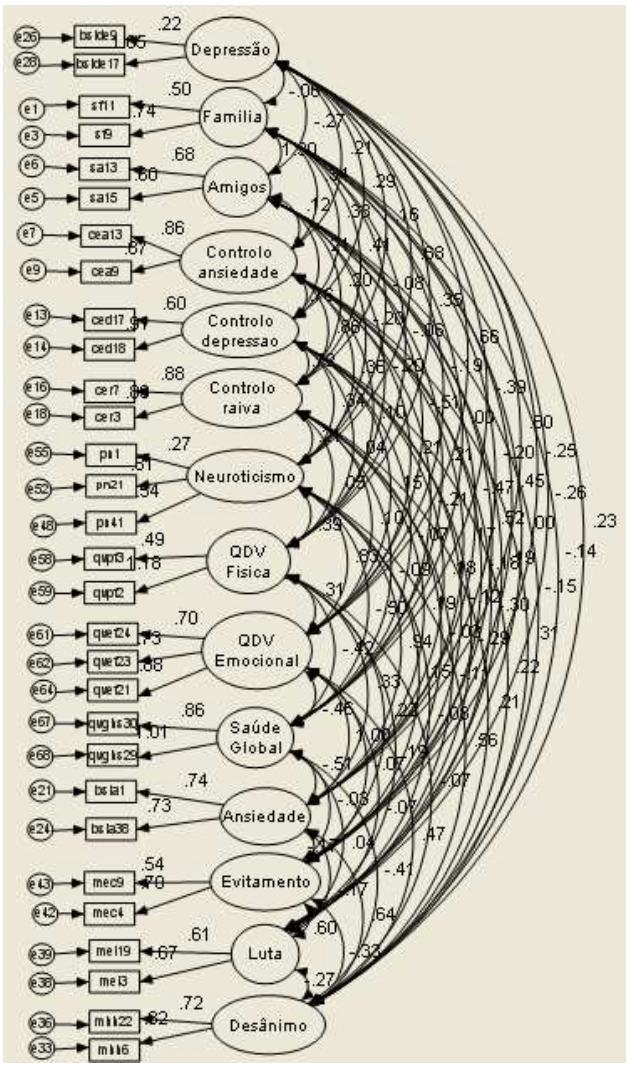


Figura 7. Modelo de Medida Estádio 3

Qui-Sq=568.509; DF=314; p=.000; Qui-sq/df=1.811

RMSEA=.083; p(RMSEA<0.05)=.000
CFI=.860; PCFI=.621; GFI=.788

O modelo estrutural deste **estádio 3** é apresentado de seguida na Figura 8 e no Quadro 65. O modelo revela um ajustamento razoável (Qui-Sq=131.126; DF=66; p=.000; Qui-sq/df=1.987; RMSEA=.091; P(RMSEA<0.05)=.003; CFI=.900; PCFI=.653; GFI=.874).

Neste modelo foi necessário correlacionar erros de forma a chegar a um bom ajustamento do modelo estrutural. Os erros indicam o que não é explicado pelo item que avalia determinada dimensão de uma variável, por exemplo depressão, e simbolizam-se através de um círculo, sendo-lhes atribuído a letra "e" e um número identificativo (como se observa na Figura 8).

Para este modelo, no estádio 3, os erros correlacionados correspondem aos itens das dimensões desânimo/fraqueza, depressão, suporte social dos amigos e da família.

Existem dois erros da dimensão desânimo/fraqueza, que correspondem aos itens 6 e 22 do questionário Mini-Mac (Watson et al., 1988), correlacionados com um erro da dimensão depressão, o qual corresponde ao item 17 do questionário BSI (Canavarro, 1995). Para além disso, existe um erro da dimensão suporte social dos amigos, que correspondem ao item 6, correlacionado com dois erros da dimensão suporte social da família, que corresponde aos itens 11 e 9, do questionário de suporte social (Pais Ribeiro, 1999). De igual modo, um erro da dimensão suporte social dos amigos, que corresponde ao item 5, está correlacionado com um erro da dimensão suporte social da família, que corresponde ao item 9, do referido questionário.

Quando os erros estão significativamente correlacionados, esta correlação, pode indicar que o que não é explicado pela variável, por exemplo, depressão, que é o erro, estará correlacionado, com o que não é explicado pela variável, por exemplo desânimo/fraqueza.

Desta forma, pode ter existido uma falha de percepção dos itens, aquando da sua resposta, e as mulheres assumiram-nos como equivalentes e, por outro lado, pode existir um outro factor, que não está no modelo, que explica uma fracção da variância dos itens em causa, que não é explicada pelos factores presentes no modelo.

A primeira justificação pode ser a mais plausível, uma vez que os erros correlacionados correspondem a itens de variáveis muito próximas na sua definição, como sejam a depressão e o desânimo/fraqueza, e o suporte social dos amigos e da família.

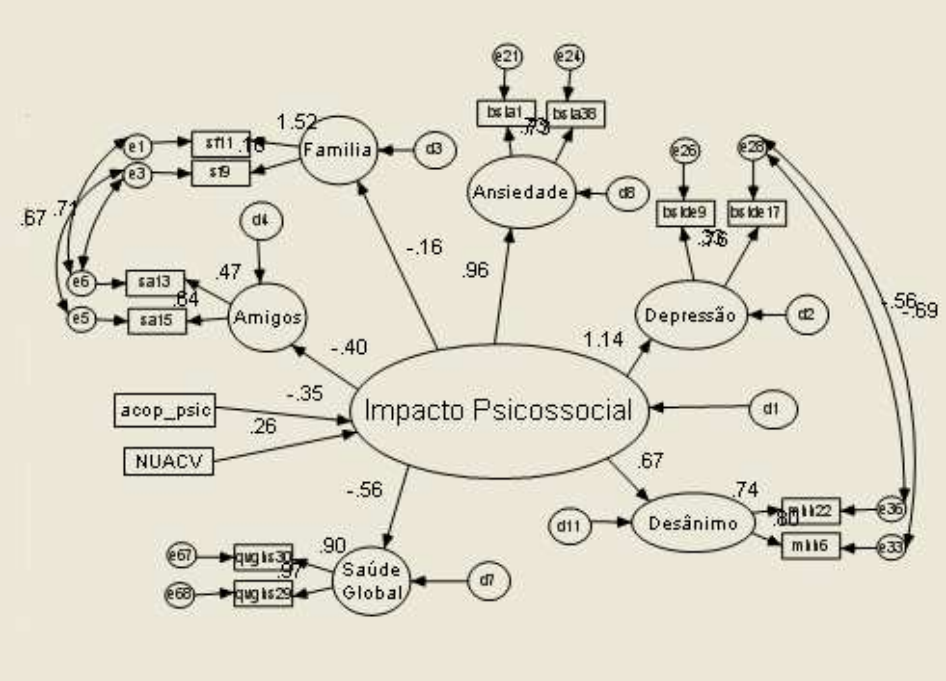


Figura 8. Modelo Estrutural Estádio 3

Qui-Sq=131.126; DF=66; p=.000; Qui-sq/df=1.987
RMSEA=.091; p(RMSEA<0.05)=.003
CFI=.900; PCFI=.653; GFI=.874

No Quadro 65 podem observar-se as trajectórias significativas associadas ao **Impacto Psicossocial** do **estádio 3 (Pós-Tratamentos)**. O Impacto Psicossocial dos tratamentos, nesta amostra, afecta directamente o estado de ansiedade (ß= .96; *p*<.001) e de depressão (ß= 1.14; *p*<.001), a utilização de uma estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza (ß= .67; *p*<.001), e negativamente a percepção do suporte social dos amigos (ß= -.40; *p*=.006), da família (ß= -.16; *p*=.009) e do estatuto global de saúde (ß= -.56; *p* <.001) Para além disso, o Impacto Psicossocial, neste estádio 2, é um reflexo do acompanhamento psicológico (ß= -.35; *p*<.001) e dos acontecimentos de vida negativos (ß= .26; *p*=.003).

Estes resultados indicam que quanto maior for impacto psicossocial, dos tratamentos (estádio 3), mais as mulheres tendem a evidenciar elevados níveis de ansiedade, depressão, recurso ao desânimo/fraqueza, baixa percepção do suporte social dos amigos, da família e do estatuto global de saúde.

De igual forma, a não existência de acompanhamento psicológico e a presença de acontecimentos de vida negativos estão presentes em mulheres que experienciam um maior impacto psicossocial dos tratamentos.

Quadro 65 - Resultados das Estimativas do Modelo Estrutural do Estádio 3

Trajectórias			Estimativa	DP	Estatística Z	P
Impacto Psicossocial	<---	Acontecimentos de Vida Negativos	.178	.060	2.954	.003
Impacto Psicossocial	<---	Acompanhamento Psicológico	-1.476	.381	-3.879	p<.001
Familia	<---	Impacto Psicossocial	-.244	.094	-2.609	.009
Amigos	<---	Impacto Psicossocial	-.299	.108	-2.766	.006
Estatuto Global Saúde	<---	Impacto Psicossocial	-.564	.092	-6.121	p<.001
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.682	.082	8.280	p<.001
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	.148	.039	3.754	p<.001
Desânimo/Fraqueza	<---	Impacto Psicossocial	.282	.057	4.982	p<.001

DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados, de forma individualizada, para cada um dos três estudos.

Primeiro realiza-se a discussão relativa ao **ESTUDO 1** (amostra longitudinal), relativa às alterações nas variáveis psicossociais estudadas ao longo do ciclo psico-oncológico.

De seguida, realiza-se a discussão do **ESTUDO 2** (amostras transversais), na qual se analisou as alterações significativas, das variáveis psicossociais, em função do estado emocional, das variáveis sociodemograficas e clínicas, em cada estádio do ciclo psico-oncológico.

Finalmente, discutem-se os resultados do **ESTUDO 3** (amostras transversais), que permite retirar conclusões acerca do ajustamento dos modelos, de impacto psicossocial, aos dados de cada amostra, em cada estádio do referido ciclo.

ESTUDO 1

Neste estudo utilizou-se uma amostra longitudinal de trinta mulheres com cancro da mama, avaliadas ao longo dos três estádios do ciclo psico-oncológico.

Pretendeu-se avaliar a evolução do impacto psicossocial ao longo do referido ciclo e, os resultados percorrem um *continum* de estabilidade emocional desde o momento inicial (diagnóstico de cancro de mama) até ao momento final (pós-tratamentos adjuvantes), uma vez que a presença de sintomas de depressão e/ou ansiedade foi reduzida e sem alterações ao longo da doença, o que indica a ausência de uma perturbação de adaptação.

Os resultados obtidos podem indicar que estas mulheres ao passarem por todo o processo de doença encontraram, na adversidade, uma zona de ganho, designado na literatura por um *benefit finding*. Isto significa que a mulher consegue ter um efectivo encontro com a vida, pelo valor dado a cada momento, pela importância da relação com os

outros e pela mudança de prioridades e objectivos (Lechner et al., 2006; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002; Tomich & Helgeson, 2004).

Neste sentido, existe uma evolução psicossocial positiva, perante o diagnóstico e tratamentos para o cancro da mama, momentos geralmente designados com impacto negativo, que foram ultrapassados pelas mulheres de forma resiliente, pela transformação do "negativo" em "positivo" (Anaut, 2002).

Para além deste resultado geral existem outros que merecem ser discutidos.

No que concerne aos dados descritivos, estes mostram a preocupação prévia e real, das mulheres, pela prevenção do cancro da mama, deixando de lado o «optimismo irrealista», de que só acontece aos outros (Ogden, 1999). Em média, as mulheres estão numa faixa etária (39-53 anos) para a qual é recomendada o início da realização de uma mamografia de dois em dois anos (DGS, 2006), e em consonância apresentam esse comportamento preventivo (mamografia de rotina), bem como realizam o auto-exame da mama. Estes comportamentos não estão associados nem à existência de um familiar com cancro da mama, nem à existência de patologia mamária anterior.

Após o primeiro impacto (estádio 1) estas mulheres receberam um diagnóstico clínico no estádio II (segundo a classificação TNM), que indica a ausência de metástases noutros órgãos, traduzindo um bom prognóstico clínico, no entanto, realizaram os tratamentos considerados mais intrusivos a nível psicossocial (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) (Arora et al., 2001; Carver et al., 1998; Ganz et al., 2004; Hopwood et al., 2000; Moyer, 1997; Pais Ribeiro, 2001; Rowland et al., 2000; Schag et al., 1993; Spencer et al., 1999;Yeo et al., 2004; Yurek et al., 2000).

Todavia, ao longo dos desafios impostos pela vivência do cancro da mama, estas mulheres mantiveram um estado emocional equilibrado. Perante o diagnóstico de cancro da mama (estádio 1), a cirurgia (estádio 2) e aos tratamentos adjuvantes (estádio 3) as mulheres evidenciam níveis baixos de ansiedade e depressão, sem diferenças significativas, a esse nível, de estádio para estádio. Este resultado é consonante, por um lado, com a ausência de psicopatologia prévia, mesmo tendo vivido acontecimentos de vida passados negativos, e por outro lado, com a ausência de recurso a um acompanhamento psicológico durante o processo de doença.

Apesar do cancro da mama na literatura ser considerado um acontecimento com impacto emocional negativo, para estas mulheres parece não ter sido assumido dessa forma. Um estudo recente também chegou a estes resultados, quando avaliou uma amostra de mulheres, aquando do diagnóstico de cancro da mama, antes e depois da cirurgia, e os

autores indicam que de facto, nem sempre o cancro da mama tem um impacto negativo no estado emocional da mulher (Montgomery et al., 2004).

Por vezes, o diagnóstico de cancro até é considerado um alívio, por finalmente se chegar a um esclarecimento da situação clínica (Pereira & Lopes, 2002). Este dado sugere que o estado de incerteza quanto ao diagnóstico, pode provocar mais ansiedade, do que o próprio acontecimento adverso (diagnóstico de cancro da mama e perda da mama), uma vez que num outro estudo se comprovou que os níveis de ansiedade e depressão, a partir da divulgação do diagnóstico, tendem a diminuir (Nosarti et al., 2002).

Contudo, a maioria das mulheres do presente estudo, apontam, ao longo da vida, a presença de acontecimentos muito negativos (doença da própria, de familiares ou amigos próximos e, situações de separação/perda), facto que alerta para as conclusões de alguns estudos que indicam que, a vivência de acontecimentos de vida negativos pode influenciar o estado emocional e potenciar uma reacção emocional negativa, contribuindo para níveis superiores de ansiedade e depressão face a um diagnóstico de cancro da mama, nomeadamente, quando se reportam a situações passadas de doença e de perda (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Butler et al., 1999; Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Jacobs & Bovasso, 2000; Kornblith, et al., 2001; McKenna et al., 1999; Zakowski, 1997).

Contrariamente, essa relação não se verificou nesta amostra, e a literatura também indica que a associação entre a vivência de acontecimentos de vida negativos e o estado emocional actual, face a um diagnóstico de cancro de mama, é difícil de determinar, pela interferência de outros factores (Rios et al., 1992).

A coerência na resposta emocional face a situações de *stress* passadas (ausência de psicopatologia prévia) e presentes, nas mulheres deste estudo, pode indicar, por um lado, uma atitude de algum controlo emocional face à vivência desses acontecimentos, ou por outro lado, uma experiência acumulada em gerir situações de *distress* de forma adaptada, pela existência de recursos pessoais e sociais adequados, que contribuem para a redução do impacto negativo dos acontecimentos em si.

De certa forma a presença de controlo emocional verifica-se face ao diagnóstico de cancro da mama (estádio 1), uma vez que as mulheres, neste estudo, expressam um elevado controlo da ansiedade, que diminui significativamente face à cirurgia (estádio 2) e face aos tratamentos adjuvantes (estádio 3).

Este resultado sugere que, face a um diagnóstico de cancro da mama (estádio1), o estado emocional mantém-se equilibrado, porém surge um elevado controlo da ansiedade,

que pode indicar a presença de uma característica da personalidade Tipo C, concretamente o controlo emocional.

Não obstante, nos outros estádios do ciclo psico-oncológico, o controlo da ansiedade não se mantém, antes pelo contrário, reduz-se significativamente. Assim sendo, não se está na presença de um padrão comportamental pré-morbido, mas perante um estilo de *coping*, que ocorreu num momento inicial, considerado na literatura como o que causa mais ansiedade (estádio 1) (Spencer, Carver & Price, 1998).

Receber um diagnóstico de cancro pode encetar diferentes reacções emocionais negativas, que escondem diversos medos (da morte, da dependência da família e dos Profissionais de Saúde, do desfiguramento, da incapacidade para prosseguir com os objectivos, de ruptura nas relações sociais e, das consequências da doença, da cirurgia e dos tratamentos) (Gili & Roca, 1996), que não parecem transparecer, nas mulheres do presente estudo. Esses medos traduzem um estado de ansiedade intenso, porém de forma contrária, para estas mulheres emerge um elevado controlo da expressão dessa ansiedade.

Posteriormente, como esse controlo diminui, reforça-se a discussão que foi exposta na revisão da literatura, quanto à existência de um padrão de controlo emocional contínuo ou de uma resposta de controlo emocional face a uma situação de ameaça como o diagnóstico de cancro da mama, confirmando-se esta última perspectiva (Fernández-Ballesteros, 2002).

Esta questão foi explorada em vários estudos e, de facto os resultados são incoerentes, no entanto, alguns desses estudos comprovam que as mulheres com cancro da mama só adoptam o controlo emocional como estilo de *coping* e não mantêm essa resposta ao longo do tempo da doença (Carlsson et al., 1994; Hilakivi-Clarke et al., 1993; Kreitler et al., 1993; Zachariae et al., 2004).

Todavia, como já se referiu, as mulheres deste estudo, podem já ter uma experiência emocional em lidar com situações que causam *distress*, de forma eficaz e, desta feita, têm recursos cognitivos e sociais reunidos para fazer face às exigências do ciclo psico-oncológico da mama (Lazarus, 1992). Esta é a perspectiva de um Modelo Integrativo, de conceptualização e avaliação da resposta a um acontecimento *stressante*, mediatizada pelos recursos pessoais e do exterior, em interacção (Moos & Billings, 1982).

De forma concreta, os resultados deste estudo, indicam que as mulheres recorrem a uma estratégia de *coping* positiva, de espírito de luta. Apesar de, no início do ciclo apresentarem o recurso à estratégia de *coping* de desânimo/fraqueza (estádio 1), a sua utilização decresce significativamente ao longo do tempo (estádio 2 e 3) e,

simultaneamente dá-se um aumento significativo da utilização da estratégia de *coping* de espírito de luta.

Este aspecto demonstra que as mulheres face ao diagnóstico de cancro da mama (estádio 1) têm uma atitude mais pessimista relativamente ao futuro e sem controlo sobre a situação, no entanto, após a cirurgia (estádio 2) e os tratamentos adjuvantes (estádio 3), quando já têm mais informação sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, adoptaram com mais intensidade uma atitude contrária, mais optimista (Watson & Greer, 1994). Assim sendo, esta forma de lidar com o processo de doença é considerada positiva, adaptada, eficaz, entendida por muitos autores como um desafio que a mulher coloca a si mesma, no sentido em que estabelece como objectivo ultrapassar a doença (Holland & Lewis, 2001).

E deste modo, verifica-se que os recursos pessoais se alteram ao longo do tempo, comprovando por isso o que Lazarus e Folkman (1984) referem no seu Modelo Transaccional: o *coping* é um processo activo. Por isso, o indivíduo pode recorrer a diferentes estratégias de *coping* ao longo da doença, adoptando aquela que equilibra o seu estado emocional (Lazarus, 1992).

Para além disso, as mulheres deste estudo percepcionam uma satisfação média com o suporte social dos amigos, nas actividades sociais, na intimidade com o companheiro e na família. Relativamente a este aspecto, a literatura é clara quando refere que o suporte social, quando é percebido como satisfatório, influencia o impacto emocional, de uma doença como o cancro da mama, de forma positiva (Kornblith et al., 2001).

Tal acontecimento representa um recurso do exterior, que foi sentido pelas mulheres como satisfatório e que pode ter contribuído para fazer face ao impacto de ter um cancro da mama, reduzindo as suas consequências negativas ao nível emocional (Lieberman, 1992).

Contudo, nesta amostra existe uma alteração ao longo do tempo na percepção do suporte da família, uma vez que no momento do diagnóstico de cancro da mama (estádio 1) as mulheres percepcionam menos suporte social da sua família e, posteriormente face à cirurgia (estádio 2) e aos tratamentos adjuvantes (estádio 3) verifica-se um aumento, traduzindo-se em maior satisfação com o suporte vindo da família.

O apoio da família é de facto muito importante, porém, num momento inicial quando se recebe um diagnóstico de cancro da mama (estádio 1) pode ser difícil para a própria família lidar com a situação, com as emoções e expor as suas capacidades de ajudar de forma eficaz, fornecendo assim um suporte negativo, pois não ajuda a aliviar o *distress*

sentido pela mulher, nem promove a sua recuperação física (Bolger et al., 1996; Bloom, 2000; Ogden, 2004).

Não obstante, os estudos indicam que o suporte emocional e instrumental, proporcionado pela família e por outros membros da rede social, tende a aumentar ao longo do cancro da mama e traduz-se num efeito positivo no estado emocional da mulher (Alferi et al., 2001; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom et al., 2001; Bolger et al., 1996; Carlsson et al., 1994; Hilakivi-Clarke, et al., 1993; Komproe et al., 1997; Kornblith et al., 2001; Nells et al, 1991; Wong-Kim & Bloom, 2005).

É importante a presença constante do suporte familiar, sobretudo no momento final, após os tratamentos, pois é considerado um estádio fronteira para a entrada na sobrevivência, no qual a compreensão, expressão e regulação de emoções em sintonia com a rede social informal reduz o impacto dessa mudança (Schmidt & Andrykowski, 2004).

Neste sentido, para as mulheres deste estudo, o cancro da mama originou reduzidas mudanças na QDV emocional, física, sexual e social. As áreas da QDV, às quais as mulheres reportam alterações, são o seu estatuto global de saúde e a sua imagem corporal.

As mulheres aquando do diagnóstico de cancro da mama (estádio 1) percepcionam-se como saudáveis, uma vez que ainda não foram alvo de nenhum tratamento, simplesmente receberam o diagnóstico. Ao longo do tempo denota-se uma mudança, uma vez que relatam percepcionarem o seu estatuto global de saúde num nível baixo. A QDV física mantém-se, isto é, as mulheres evidenciam conseguir manter as suas actividades de vida diárias, no entanto, percepcionam o seu estatuto de saúde alterado, o que pode indicar que assumem ter uma doença (*disease*), mas não se sentem doentes (*illness*) (Pais Ribeiro, 2007).

Vários estudos explicam este resultado pelo impacto de realizar uma cirurgia e tratamentos mais intrusivos, o que aconteceu com estas mulheres, que na sua maioria realizaram uma cirurgia total (mastectomia) e, radioterapia em conjunto com quimioterapia (Pais Ribeiro, 2001; Rietman et al., 2002).

Desta forma, também se explicam as alterações na imagem corporal, sentidas com mais intensidade após a cirurgia. Apesar dos estudos serem contraditórios nos seus resultados, a cirurgia total é frequentemente apontada como um tipo de tratamento mais intrusivo e com um substancial impacto na feminilidade e na atractividade física da mulher (Carver et al., 1998; Hopwood et al., 2000; Rowland et al., 2000; Schag et al., 1993; Spencer et al., 1999).

Ao longo do tempo, e no estádio final, após os tratamentos, as mulheres diminuem a percepção dessas alterações na sua imagem corporal, passando para uma dimensão de integração dessa nova imagem na sua identidade física, para a qual o aumento da percepção do suporte da família pode ter contribuído, no sentido de ter diminuído o silêncio sobre o cancro da mama e potenciado o confronto positivo com a nova imagem (Northrup, 1998; Pereira & Lopes, 2002; Costa & Patrão, 2007).

Pelo que foi exposto, pode-se concluir que as mulheres do presente estudo expressam alterações na sua adaptação aos vários estádios do ciclo psico-oncológico, mas no sentido positivo e, por isso, denota-se uma resposta emocional equilibrada, uma resposta cognitiva e social adequada e eficaz, que se traduz, no geral, num reduzido impacto emocional e na QDV.

Todavia, é de realçar que ao longo do tempo as mulheres expressam alteração no traço de personalidade - o neuroticismo. Tal acontecimento indica que no início (estádio 1) as mulheres apresentam um traço relacionado com a instabilidade afectiva e, nos momentos seguintes (estádio 2 e 3) esse traço de personalidade altera-se significativamente, e desta forma, estas mulheres apresentam um traço relacionado com a adaptação emocional.

Esta alteração, ao longo do tempo de um traço de personalidade, é um resultado interessante e discutível do ponto de vista teórico e metodológico.

Não se assume como correcto avaliar a personalidade repetidamente no mesmo indivíduo, pois a personalidade será um conjunto de traços que não se alteram ao longo do tempo (Serra, 2002). Contudo, partiu-se do pressuposto de que esse traço pode, de facto, alterar-se perante o diagnóstico de uma doença grave como o cancro, uma vez que alguns estudos apontam nesse sentido (Ogden, 1996).

Assim sendo, a hipótese explicativa pode relacionar-se com a existência de um controlo emocional da ansiedade, que pode ter funcionado como uma estratégia de *coping* positiva para estas mulheres no momento do diagnóstico de cancro da mama e simultaneamente pode ter contribuído para manter um nível baixo de ansiedade face ao diagnóstico. E, neste sentido, a ausência de uma reacção emocional negativa face ao processo de doença pode estar associada à necessidade de atribuir-lhe um sentido, que pode ter originado mudanças em algumas características pessoais, na forma de ver o mundo, de viver e no projecto de vida e, assim, esta situação pode ter implicado a alteração dos níveis de neuroticismo (Pereira & Lopes, 2002; Cordova et al., 2001).

E de facto, nos estádios 2 e 3, o nível de controlo emocional diminui, associado à redução dos níveis de neuroticismo e à ansiedade estado que continua num nível baixo.

Estas alterações ao longo do tempo, parecem indicar que o controlo da ansiedade deixa de ser sentido como útil e eficaz como estratégia de *coping*, nos estádios seguintes e, por isso diminui em paralelo com o desânimo/fraqueza, ambos estratégias negativas, ao mesmo tempo que emerge o espírito de luta. Este acontecimento está em concordância, do ponto de vista teórico e empírico, com a associação do desânimo/fraqueza a elevados níveis de neuroticismo, e do espírito de luta com a sua diminuição (Lee-Baggley, Preece & Delongis, 2005; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004; Schou, Ekeberg & Ruland, 2005; Spencer, Carver & Price, 1998).

Todas estas mudanças também colocam uma questão metodológica, a explanar nas conclusões, a da definição do que se mediu como neuroticismo, residindo a crítica na real avaliação de um traço de personalidade ou de um estado emocional. Contudo, a medida utilizada para avaliar o neuroticismo é uma medida contemporânea, considerada credível e consistente, baseada no modelo dos cinco factores, que definem os cinco traços de personalidade, sendo um o neuroticismo.

E desta forma, a alteração ao longo do tempo do traço neuroticismo, reforça a conclusão final deste estudo que se relaciona com uma crescente atitude positiva e optimista, ao longo do tempo da doença, que indica a adopção de uma trajectória adaptativa face a um acontecimento considerado com impacto negativo (cancro da mama) e, pode mesmo indicar uma tentativa, nas mulheres desta amostra, de encarar o cancro da mama como um *benefit finding*, como se tem observado noutros estudos (Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006; Pikler & Winterowd, 2003; Stanton et al., 2002; Schnoll, Harlow, Stolbach & Brandt, 1998; Schou, Ekeberg & Ruland, 2005), ou uma atitude de *posttraumatic growth*, que pode incluir: melhor relação com a família e amigos, sentido de competência, mudanças nas prioridades, maior força emocional, espiritualidade a um nível mais profundo e desejo de aproveitar, cada dia, de forma preenchida (Lechner et al., 2006; Stanton et al., 2002; Tomich & Helgeson, 2004).

Neste sentido, acresce a diminuição do controlo emocional e a alteração dos níveis de neuroticismo, da instabilidade para a estabilidade emocional, como benéficos para as mulheres desta amostra, que podem funcionar como experiência emocional para lidar com próximos acontecimentos de vida negativos e, como testemunho na ajuda dos pares.

Nesta trajectória de evolução positiva ao longo do tempo transparece um reduzido impacto psicossocial do cancro da mama, como acontecimento de vida negativo, o que indica em última análise um bom ajustamento a todos os níveis (emocional, social e físico). Para além disso, indica também um bom prognóstico ao nível psicológico, sem indicadores

de possível desenvolvimento de stress pós-traumático, o que confirma a Teoria de «Evaporação do *Distress*» (Andrykowski & Córdova, 1998), uma vez que face a um acontecimento negativo (cancro da mama) as mulheres mantêm um equilíbrio emocional.

ESTUDO 2

Neste estudo utilizaram-se três amostras transversais, cada uma com cento e vinte mulheres com cancro da mama, correspondendo cada amostra a um dos três estádios do ciclo psico-oncológico.

Analisou-se as variáveis psicossociais que apresentam alterações significativas em função do estado emocional, das variáveis sociodemograficas e clínicas, em cada estádio do referido ciclo. Nos três estádios os resultados indicam a existência de dois perfis diferentes de resposta face, respectivamente, ao diagnóstico de cancro da mama, à cirurgia e aos tratamentos adjuvantes. Subsiste uma resposta adaptada/positiva e/ou alterada/negativa face à situação de doença.

Estes dois perfis de resposta emocional, cognitiva, social e de reflexo na QDV a todos os níveis, apresentam-se congruentes com os resultados de vários estudos descritos na revisão da literatura (Anagnostopoulos et al., 2006; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bleiker et al., 1995; Bloom, et al., 2001; Bolger et al., 1996; Carlsson et al., 1994; David et al., 2006; Friedman et al., 2006; Hilakivi-Clarke et al., 1993; Kagawa-Singer & Nguyen 2000; Komproe et al., 1997; Kornblith et al., 2001; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Nells et al, 1991; Ywamitsu et al., 2003;Wong-Kim & Bloom, 2005).

Os estudos apontam, geralmente, a importância da presença de suporte social percebido como satisfatório, a adopção de uma estratégia de *coping* adaptativa, como o espírito de luta, para a estabilidade emocional e percepção de uma boa QDV, a todos os níveis, associados a um menor impacto do cancro da mama.

Todavia, neste estudo e em cada estádio, encontram-se especificidades, inerentes a cada perfil psicossocial (adaptado *vs* alterado), que interessa discutir.

Nos três estádios a maioria das mulheres estão entre os 39-53 anos, são casadas e têm 1º ciclo do ensino básico, porém quanto à situação profissional surgem diferenças, uma vez que, no primeiro estádio a maioria das mulheres estão activas profissionalmente, no

segundo estádio a maioria está de baixa médica e/ou reformada, e no terceiro estádio são reformadas.

Esta alteração da situação profissional, do primeiro para o segundo momento, prende-se com a necessidade das mulheres realizarem um reabilitação física após a cirurgia, que as impossibilita de desempenhar a sua profissão diariamente.

Para além dessas características, as mulheres, nos três estádios, não apresentam antecedentes familiares de cancro da mama, indicam a vivência de acontecimentos de vida negativos (de doença da própria, de amigos e familiares e, de perda) e não recorreram a acompanhamento psicológico durante o processo de doença. No estádio 2 a maioria realizou uma mastectomia e, no estádio 3, realizou quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia.

De outra forma, nos três estádios, apesar de apresentarem comportamentos de adesão ao rastreio (mamografia), ausência de antecedentes pessoais de patologia mamária e diagnóstico no estádio II (segundo a classificação TNM), diferem nas percentagens que indicam estas tendências. Assim sendo, a amostra avaliada no estádio 1 apresenta um comportamento de adesão à mamografia mais elevado, enquanto que no estádio 3 as mulheres apresentam menos antecedentes de patologia mamária, e no estádio 2 apresentam-se menos mulheres com o diagnóstico no estádio II.

Como a variabilidade entre as amostras se centra no mesmo tipo de resultado, só variando a sua intensidade, o que de facto, se pode acrescentar, é que os elevados comportamentos de adesão à mamografia, a ausência de patologia mamária e, um diagnóstico no estádio II, implicam um prognóstico favorável, devido à prevenção e detecção precoce e à ausência de metástases (Ogden, 2004; Kneece, 2005).

Todavia, estas diferenças nas características sociodemográficas e clínicas podem interferir na leitura dos resultados no seu todo, na medida em que podem funcionar como variáveis de interferência.

A acrescentar a essas diferenças está a existência de psicopatologia prévia, que só surge na amostra avaliada no terceiro estádio. Tal acontecimento pode potenciar uma reacção emocional alterada, nesse estádio, após os tratamentos adjuvantes (Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Holland & Lewis, 2001).

Para analisar a variáveis psicossociais que apresentam alterações significativas em função do estado emocional, em cada estádio, considerou-se os níveis elevados de ansiedade e/ou depressão como estando implicados num estado emocional alterado face a cada estádio (Fernández-Abascal, Sánchez & Díaz, 2003).

No estádio 1, face ao diagnóstico de cancro da mama, as mulheres que, expressam uma resposta emocional alterada, demonstram-se insatisfeitas com o suporte social nas actividades sociais, dos amigos e da família, recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping* e, percepcionam baixa QDV física, emocional e da sua saúde global, traduzindo-se num perfil emocional alterado face ao diagnóstico de canacro da mama (Bleiker et al., 1995; David et al., 2006; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Ywamitsu et al. 2003), associado a mulheres mais velhas, reportando a evolução biológica natural, justificada pela Teoria do Desgaste (o organismo humano deteriora-se com o uso) (Berger & Poidier, 1995).

Por outro lado, as mulheres com um estado emocional equilibrado, estão satisfeitas com o suporte social dos amigos, nas actividades sociais e da família, recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping* e, percepcionam uma elevada QDV física e emocional e do estatuto de saúde global e por isso, transparecem um perfil adaptado face ao diagnóstico de cancro da mama (Bleiker et al., 1995; David et al., 2006; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Ywamitsu et al., 2003).

Curiosamente, este perfil está presente em mulheres activas profissionalmente, o que remete para a importância do suporte social e para a necessidade de contactos sociais (Lindop & Krombach, 2001), que se desenrolam com maior probabilidade se, de facto, a mulher tiver acesso à sua rede social de forma diária. Esta situação também pode proporcionar mais contactos que ajudem as mulheres nas suas decisões e compreensão das suas emoções (Bolger et al., 1996; Bloom, 2000; Ogden, 2004).

De igual forma, as mulheres com um perfil psicossocial adaptado, neste estádio 1, apresentam significativamente um conjunto de características clínicas, que podem ter uma influência positiva, concretamente a presença de antecedentes oncológicos familiares de cancro de mama, presença de psicopatologia prévia e a existência de acompanhamento psicológico no momento inicial da doença.

A literatura confirma que a existência de familiares que já passaram pelo cancro da mama contribui eficazmente para a adopção de uma atitude adaptativa face ao adoecer da mama, sobretudo se esse familiar passou para um estádio de sobrevivência, o que transmite maior tranquilidade neste momento do diagnóstico (Boehmke & Dickerson, 2006).

Contrariamente, ao que é comummente esperado, ter passado por um diagnóstico anterior de depressão, com recurso a psicofarmacos, a ajuda psiquiátrica e psicológica, poderia potenciar uma reacção emocional alterada, porém parece que essa experiência

funcionou como uma aprendizagem emocional positiva e contribui na adopção de estratégias adaptadas por parte das mulheres, neste estádio (Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Holland & Lewis, 2001).

A existência de acompanhamento psicológico também pode estar a influenciar com um efeito de compreensão e contenção de emoções e de aprendizagem de estratégias positivas face ao diagnóstico de cancro da mama, o que transparece a importância atribuída por Spiegel à expressão das emoções em terapia (Spiegel et al., 1999; Spiegel & Giese-Davis, 2002), para além da importância de disponibilizar esse recurso a todas as mulheres, neste momento inicial, considerado como de maior impacto psicossocial (Spencer et al., 1998).

No **estádio 2**, de forma semelhante ao estádio 1, as mulheres com uma resposta emocional alterada apresentam uma percepção de baixo suporte social dos amigos e nas actividades sociais, recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*, para além de apresentarem uma baixa percepção da QDV física, emocional, social, da sua saúde global e, baixa satisfação com a imagem corporal, o que transparece um perfil pouco adaptado face à cirurgia (Baucom et al., 2006; Yeo et al., 2004; Vos et al., 2004; Schou et al., 2005).

Este perfil está associado a mulheres mais velhas, que têm um diagnóstico, segundo a classificação TNM, no estádio II e, ausência de psicopatologia prévia.

Como já se referiu, a idade contribui como um factor de risco para presença de morbilidade psicológica e para a percepção da QDV física a um nível baixo (Berger & Poidier, 1995), bem como a ausência de uma experiência emocional negativa passada pode gerar dificuldades na gestão do *distress* causado pelo cancro da mama (Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Holland & Lewis, 2001).

Apesar deste perfil menos adaptado, emergir em mulheres com bom prognóstico clínico, uma vez que não existem metástases noutros órgãos (Ogden, 2004; Kneece, 2005), parece prevalecer o medo do cancro se tornar invasivo e consequentemente o medo da morte, que contribuem para a incerteza quanto ao futuro, que caracteriza o *Síndrome de Damocles* (Gili & Roca, 1996; Holland & Lewis, 2001).

Todavia, neste estádio 2, associado a um perfil menos adaptado, surgem as alterações ao nível da imagem corporal. Para muitas mulheres a mama é um símbolo da feminilidade, da maternidade, do prazer na intimidade e, da vinculação mãe/bebé (Northrup, 1998). A perda da mama será sentida como a perda da metáfora física do dar e do receber. E, a

maioria das mulheres, de facto, realizou uma mastectomia, considerada a cirurgia mais intrusiva e com influência directa na QDV (Yeo et. al., 2004).

Estas mulheres sentem uma diminuição na sua atractividade física, com consequências ao nível da sua resistência emocional, nas suas actividades sociais e QDV, conforme o comprovam outros estudos nesta área (Carver et al., 1998; Hopwood et al., 2000; Rowland et al., 2000; Schag et al., 1993; Spencer et al., 1999).

De forma positiva, quando o estado emocional está equilibrado, neste estádio, as mulheres têm uma percepção elevada do suporte social nas actividades sociais e dos amigos, apresentam uma elevada percepção da QDV física, emocional, social e da sua saúde global, bem como elevada satisfação com a imagem corporal.

Mais uma vez, este perfil está presente em mulheres activas profissionalmente, o que remete para a importância do suporte social e para a necessidade de contactos sociais diários (Lindop & Krombach, 2001).

Apesar de, neste estádio a mulher passar por uma reabilitação física, inerente à cirurgia, o que implica uma baixa médica profissional, parece que uma reabilitação curta e o regresso à vida profissional diária relaciona-se com a presença de uma atitude positiva face à cirurgia, precisamente pelo maior contacto com o suporte da rede social. Paralelamente, deve-se ter em conta que as mulheres que adoptam um perfil mais adaptado realizaram uma cirurgia parcial, o que pode justificar a reabilitação curta e o regresso à rotina diária.

Fica assim comprovada a necessidade de uma detecção precoce do cancro da mama, pois só assim, clinicamente, se podem adoptar os tratamentos menos intrusivos, com o objectivo de reduzir as consequências psicossociais (Kneece, 2005).

No **estádio 3** os resultados indicam que as mulheres com uma resposta emocional alterada face aos tratamentos evidenciam baixo suporte social dos amigos e da família, recorrem ao desânimo/fraqueza como estratégia de *coping*, têm uma baixa percepção da QDV física, emocional e do seu estatuto global de saúde (Arora et al., 2001; Avis et al., 2005; Beisecker et al., 1997; Ganz et al., 2004; Schover et al., 1995; Schreier & Williams, 2004).

Associado a este perfil estão as mulheres solteiras e com uma situação profissional inactiva (desempregada e/ou de baixa médica) que parecem funcionar como factores de risco para alterações ao nível emocional e social (Friedman et al., 2006). O que indica mais uma vez o medo relativamente ao que vai acontecer no futuro, sendo que a vivência da doença, pode estar a interferir nesse planeamento (Holland & Lewis, 2001), sobretudo nas

mulheres solteiras, o que pode colocar várias limitações. Todos os desejos inerentes ao ser mulher, nomeadamente o desejo de viver uma relação de intimidade com um companheiro, de partilhar a sexualidade e a fertilidade podem ficar silenciados (Northrup, 1998).

Para além disso, o tipo de tratamentos também influência, uma vez que as mulheres que realizaram radioterapia e quimioterapia, em conjunto, sentem a sua QDV agravada, dadas as consequências negativas desses dois tratamentos (Arora et al., 2001; Ganz et al., 2004; Schover et al., 1995).

Por outro lado, quando as mulheres apresentam um estado emocional equilibrado, têm uma percepção elevada de suporte social dos amigos e da família, recorrem ao espírito de luta como estratégia de *coping*, apresentam uma elevada percepção da QDV física, emocional e do estado de saúde global.

Este perfil mais adaptado face aos tratamentos está presente nas mulheres com psicopatologia prévia e que realizam acompanhamento psicológico, e assim, ter uma experiência emocional negativa passada e paralelamente estar em acompanhamento psicológico pode implicar uma aprendizagem na gestão de situações de *distress* e na expressão de emoções (Spiegel et al., 1999; Spiegel & Giese-Davis, 2002).

Estes resultados, inerentes aos três estádios do longo do ciclo psico-oncológico, transparecem a existência de dois perfis de mulheres e alertam para a necessidade de compreender que a passagem pelo ciclo será mais saudável, quer com a gestão de uma atitude positiva individualmente, quer com o suporte formal, nomeadamente com o recurso a acompanhamento psicológico. Todavia, torna-se pertinente continuar a avaliação da entrada na sobrevivência, pelos menos nos seis meses seguintes ao fim dos tratamentos, de forma a excluir a possibilidade de perturbação de stress pós-traumático (APA, 1994; Serra, 2002).

ESTUDO 3

Com base na revisão teórica e a partir dos resultados da Análise Inferencial das variáveis psicossociais, sociodemográficas e clínicas, que evidenciam diferenças significativas (apresentadas no ESTUDO 2), construí-se um Modelo Estrutural de Impacto Psicossocial, do estádio 1 (Diagnóstico), do estádio 2 (Pós-Cirurgia) e do estádio 3 (Pós-Tratamentos).

O pressuposto teórico para a construção desses modelos combinou o que é postulado nas teorias sobre *stress* e *coping* e nas conclusões de vários estudos apresentados na revisão teórica, que passa pela consideração de que, no processo de adaptação ao adoecer do cancro da mama, o diagnóstico de cancro e os tratamentos (cirurgia e tratamentos adjuvantes) são definidos como stressores, que causam um determinado impacto psicossocial, como um resultado que dita a adaptação da mulher. Existem alguns factores que podem aumentar ou diminuir o impacto do stressor, nomeadamente os acontecimentos de vida passados, as condições co-mórbidas, a falta de recursos económicos e as características individuais (Fox, 1998; Kornblith, et al. 2001; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1992).

Os resultados evidenciam diferentes modelos, em cada estádio, que dessa forma explicam o impacto psicossocial, de cada momento do adoecer da mama, traduzido nas respostas emocionais, cognitivas e sociais.

O modelo do **estádio 1** fornece suporte empírico que permite afirmar quais as variáveis que se associam a um maior e menor impacto do diagnóstico de cancro da mama. Desta forma, as mulheres que têm um elevado neuroticismo e a presença de acontecimentos de vida negativos experienciam um maior impacto psicossocial do diagnóstico, que se associa também a elevados níveis de ansiedade, depressão, recurso ao desânimo/fraqueza, baixa percepção do suporte social dos amigos, da família, nas actividades sociais, do estatuto global de saúde e, elevada percepção de QDV Física.

Este momento inicial do adoecer da mama pode ter um impacto psicossocial significativo pelo primeiro contacto com a palavra – cancro – que ainda é considerada por muitos como um tabu, associada à morte, e a tratamentos considerados intrusivos, para além de colocar a mulher perante a necessidade contínua de ligação aos hospitais e a uma equipa de saúde (Hewitt, Herdaman & Holland, 2004; Ogden, 2004).

A presença de um traço de personalidade (neuroticismo), caracterizado pela instabilidade emocional, inerente a indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com respostas de *coping* desadequadas e tendência para experimentar afectos negativos (Lima, 1997), está presente nestas mulheres e potencia o impacto de receber um diagnóstico de cancro da mama.

De forma inversa, a literatura descreve a presença de controlo emocional, característica da personalidade Tipo C, como um factor associado a uma pior adaptação ao adoecer da mama, o que os resultados deste estudo não corroboram, colocando em evidência a

controvérsia de resultados apresentada na revisão teórica (Lee-Baggley et al., 2005; Schou et al., 2004; Schou et al., 2005; Spencer et al., 1998).

A presença de acontecimentos de vida negativos também contribui para um maior impacto do diagnóstico do cancro da mama, conforme é descrito em vários estudos, o que pode implicar um desgaste emocional e baixa resiliência face a situações geradores de *distress* (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Butler et al., 1999; Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000; Jacobs & Bovasso, 2000; Nosarti et al., 2002; Zakowski, 1997).

Estas características associadas ao diagnóstico de cancro da mama produzem um impacto negativo a todos os níveis, nomeadamente na resposta emocional, social, cognitiva e influenciam a QDV destas mulheres. Este resultado confirma a importância do suporte social, pelo seu efeito protector face a situações de stress, bem como a importância de recorrer a estratégias de coping adaptativas, face ao adoecer da mama (Anagnostopoulos et al., 2006; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bleiker et al., 1995; Bloom et al., 2001; Bolger et al., 1996; Carlsson et al., 1994; David, Montgomery & Bovbjerg, 2006; Friedman, et al., 2006; Hilakivi-Clarke, et al., 1993; Kagawa-Singer & Nguyen 2000; Komproe et al., 1997; Kornblith et al., 2001; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Nells et al, 1991; Ywamitsu et al., 2003; Wong-Kim & Bloom, 2005).

A QDV a nível físico permanece elevada, neste estádio, sendo este resultado explicado pelo facto da mulher ainda não ter sido alvo de uma intervenção clínica, com repercussões a nível físico (Ogden, 2004; Kneece, 2005). Contudo, há uma diminuição da percepção do estatuto global de saúde que indica que a mulher assumiu ter uma doença (*disease*), mas não se sente doente (*illness*) (Pais Ribeiro, 2007).

No modelo do **estádio 2** reporta-se um ajustamento razoável aos dados da amostra e os resultados indicam que o impacto negativo do momento pós-cirurgia está associado, como no estádio 1, a níveis elevados de neuroticismo e, para além disso, à ausência de psicopatologia prévia, o que implica o mesmo tipo de resposta emocional, social e cognitiva que no estádio 1, a acrescer as repercussões na QDV, ao nível da imagem corporal.

Neste sentido, face à cirurgia, o facto das mulheres não apresentarem uma experiência emocional passada negativa, associa-se a um maior impacto psicossocial, o que traduz um resultado inverso ao que é descrito na literatura (Carlsson et al., 1994; Green et al., 2000;

Holland & Lewis, 2001), que pode ser explicado, precisamente, pela ausência de aprendizagem de estratégias adequadas face a situações causadoras de *distress*.

Paralelamente, a imagem corporal também resulta alterada após a realização de uma cirurgia à mama, não sendo descriminado no modelo qual a cirurgia com maior impacto, uma vez que o tipo de cirurgia não se associou significativamente. Contudo, assumindo-se que, como a maioria das mulheres realizou uma mastectomia, que é considerada a cirurgia mais intrusiva (Yeo et. al., 2004), esse acontecimento contribuirá para que estas mulheres sintam uma diminuição na sua atractividade física, com consequências ao nível da sua resistência emocional e nas suas actividades sociais (Carver et al., 1998; Costa & Patrão, 2007; Hopwood et al., 2000; Ramos & Patrão, 2005; Rowland et al., 2000; Schag et al., 1993; Spencer et al., 1999).

O modelo do **estádio 3** tem um ajustamento razoável aos dados da amostra e os resultados revelam que o impacto negativo dos tratamentos está associado, como no estádio 1, à presença de acontecimentos de vida negativos passados, e ao facto das mulheres não realizarem acompanhamento psicológico, o que traduz a importância da intervenção psicológica no adoecer da mama, como o reportam vários estudos, que testaram vários tipos de terapias com benefícios emocionais (Hack & Degner, 2004; Spiegel et al., 1999; Spiegel & Giese-Davis, 2002).

O impacto dos tratamentos implica o mesmo tipo de resposta emocional, social e cognitiva que no estádio 1 e 2. A acrescer estão as repercussões no estatuto global de saúde, que são explicadas pelo facto de, neste momento, as mulheres ainda estarem num estatuto de doença, apesar de lhes ser colocado o desafio de entrada na sobrevivência.

Todavia, ainda não decorreu o tempo suficiente mediante o protocolo de tratamento da doença, nem ocorreu a resposta clínica que as considere no início na sobrevivência (Costa, 2004; Holland & Lewis, 2001; Mullan, 1985; Pinto & Pais Ribeiro, 2006).

Os três modelos expõem uma compreensão do impacto psicossocial de cada estádio do ciclo psico-oncológico, de forma particular e, no geral, alertam para a importância de realizar um rastreio psicológico, que poderá contribuir para a prevenção da morbilidade psicológica face ao adoecer da mama.

Para além disso, os modelos expostos despertam para a necessidade de se potenciar as estratégias de *coping* eficazes, como o espírito de luta e, mediar o suporte social benéfico,

no sentido da intervenção se centrar na estimulação de um suporte social adequado às necessidades das mulheres, resultando num efeito protector.

Comprova-se também a necessidade da mulher integrar uma nova imagem corporal, após a cirurgia, independentemente do tipo de cirurgia, que obedece a uma intervenção centrada na elaboração do luto da imagem corporal passada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três estudos que compõem esta investigação, no geral, alertam para um percurso psicossocial positivo ao longo do ciclo psico-oncológico e, para a existência de um perfil adaptativo e/ou de um perfil alterado face ao adoecer da mama.

Para além disso, evidenciam-se alguns resultados contraditórios face à literatura apresentada, nomeadamente quanto à alteração dos níveis de neuroticismo e quanto à influência negativa de não ter experiência emocional negativa passada.

A evolução psicossocial positiva ao longo do processo de doença desafia a conceptualização negativa sobre o cancro da mama, como um acontecimento traumático. As mulheres, da amostra em estudo, lidam com os diferentes desafios da doença utilizando recursos pessoais e sociais que atenuaram o efeito negativo e, para além disso, evidenciam uma alteração de um traço de personalidade, no sentido da estabilidade emocional.

Desta forma, parece que passar pela experiência de cancro da mama estimulou, nestas mulheres, a aprendizagem do que é ser resiliente, uma vez que mais do que resistentes e sobreviventes, apresentam-se como resilientes, pela estabilidade emocional que apresentam no fim do processo de doença.

Em cada estádio do ciclo, as exigências e consequências podem ser diferentes e, para as mulheres desta investigação, existiu uma preocupação com a imagem corporal, que justifica a necessidade de se intervir nesta área, durante o processo de doença, de forma a ajudar a mulher a integrar a sua nova imagem.

Ainda que o objectivo não tenha sido avaliar a imagem corporal antes do cancro da mama, mas sim as consequências dos tratamentos na imagem corporal, parece importante considerar-se que pode ter existido a influência da percepção da imagem corporal passada, sobretudo se era integrada do ponto de vista negativo. E, assim, será importante considerar a avaliação da percepção da imagem corporal antes do adoecer da mama.

Para além disso, um outro resultado importante relaciona-se com o reduzido impacto do cancro da mama nas mulheres que realizam acompanhamento psicológico durante a doença, que coloca em evidência a importância de elaborar as emoções inerentes ao processo de doença, que pode ter repercussões negativas, e assim ultrapassá-lo de forma

saudável. Aliás, alguns autores como Pennebaker (1999) e Rime (1999) reforçam que se facilite a expressão das emoções, verbalmente ou por escrito, por traduzir um efeito positivo a todos os níveis face a situações negativas.

Estes resultados colocam em discussão aspectos metodológicos e teóricos, que evidenciam algumas limitações, inerentes a esta investigação, e permitem estabelecer algumas sugestões para investigações futuras.

A principal limitação prendeu-se com a recolha da amostra, pela mortalidade da amostra. Na amostra longitudinal este efeito foi notório, pela necessidade das mesmas mulheres responderem a um instrumento em três vezes diferentes, ao longo do processo de doença. Nas amostras transversais este aspecto implicou disponibilizar mais tempo, de forma a contactar com maior número de mulheres que aderissem ao preenchimento dos questionários.

O facto das mulheres se recusarem a preencher o instrumento coloca, desde logo, a questão se de facto essas mulheres não apresentarão características diferentes. Os motivos apontados para essa recusa, de ler e prencher um conjunto de questionários sobre o impacto psicossocial do cancro da mama, relacionaram-se com a indisponibilidade emocional. Essas mulheres poderão constituir-se como uma amostra com um nível de sofrimento psicológico provavelmento mais elevado, isto tendo em conta o que se observou por contacto directo. E, por isso, deveriam ser avaliadas de forma a compreender melhor a sua problemática durante o adoecer da mama, nomedamente através de entrevista semi-estruturada.

Das mulheres que se disponibilizaram a responder, apesar de se concluir que, em valores médios, o estado emocional é equilibrado ao longo do ciclo psico-oncológico, alguns mulheres estão em sofrimento psicológico. Este resultado não deixa de ser um rastreio da morbilidade psicológica e de forma a respeitar os princípios éticos e deontológicos da ciência psicológica, estes dados devem ser apresentados às instituições onde se recolheu a amostra. O objectivo será apresenta-los e justificar a necessidade de se disponibilizar uma consulta de acompanhamento psicológico para essas mulheres.

Por outro lado, os resultados apontam uma alteração dos níveis de neuroticismo ao longo do tempo, justificados na discussão dos resultados. Porém, decorre deste aspecto a necessidade de continuar a investigar a personalidade das mulheres com cancro da mama, na característica do neuroticismo, ao longo da evolução do adoecer da mama, e adicionalmente, utilizar vários questionários de personalidade de forma a validar ou não o questionário utilizado, bem como os dados apresentados.

Interessa realçar que o questionário que avaliou o neuroticismo foi aplicado no final da bateria de instrumentos, e pode ter existido um efeito de cansaço, uma vez que a bateria de instrumentos foi algumas vezes considerada pelas mulheres como extensa.

A importância do prosseguimento da investigação sobre o impacto psicossocial do cancro da mama, passa pela necessidade de explorar alguns dos resultados obtidos, ultrapassando as limitações apontadas, mas para além disso, passa pelo contributo que a investigação pode fornecer para a prática clínica.

Um dado curioso, nesta investigação, foi a influência negativa de não ter experiência de psicopatologia prévia, que permite dar uma explicação à luz da ausência de aprendizagens de estratégias de *coping* adaptativas face a um acontecimento de vida negativo, no entanto, em futuras investigações esta variável deveria ser avaliada por diferentes questões abertas, de forma a definir correctamente o conceito.

Os resultados também apontam a necessidade de se realizarem investigações em diferentes áreas, nomeadamente ao nível da percepção de benefícios (*benefit finding*) ao passar pelo cancro da mama, traduzidos num crescimento pessoal (*growth*).

Na continuação das sugestões de futuras investigações, enquadra-se a utilidade de realizar acompanhamento psicológico ao longo do ciclo psico-oncológico do cancro da mama e, neste sentido, a investigação pode direccionar-se para a avaliação de diferentes tipos de intervenção psicológica, de forma a testar a sua eficácia no acompanhamento de mulheres neste processo de doença.

Estes estudos serão pertinentes uma vez que, em Portugal, a investigação não se tem centrado nestas temáticas, e por um lado, poderão acrescentar mais dados à compreensão do impacto psicossocial do adoecer da mama e, por outro lado, poderão contribuir para a elaboração de protocolos de actuação no acompanhamento das mulheres com cancro da mama em diferentes instituições.

BIBLIOGRAFIA

Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Scraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ – C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 5, 3, 365-376

Alferi, S., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S. & Dúran, 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

Al-Ghazal, S., Fallowfield, L. & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938-1943

Amelang, M, Sclmidt-Rathjens, C. & Matthews, G. (1996). Personality, cancer and coronary heart disease: Further evidence on a controversial issue. *British Journal of Health Psychology*, 1, 191-205

Amelang, M. (1997), Using Personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 5, 319-342

American Cancer Society (2006). *Cancer facts and figures 2006*. Atlanta, GA: ACS

American Cancer Society (2007). *Cancer facts and figures 2006*. Atlanta, GA: ACS

Anagnostopoulos, F. & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: A comparasion of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 327-334

Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E. & Chryssochoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to cancer (Mini-Mac) scale: Construct validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 79-89

Anaut, M. (2002). *A resiliência: ultrapassar traumatismos*. Lisboa: Climepsi

Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Kutz, L., Maccallum, R., Courtney, E. & Glaser, R. (1998). Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 1, 7, 30-36

Andreu, Y. (2001). Personalidad TIPO C. Historia y validez del concepto. In E. Durá & M. Dias (Coords), *Territorios da Psicología Oncológica* (pp.399-426) Lisboa: Climepsi

Andreu, Y. & Ibáñez, E. (1993). Un estúdio cuasi-prospectivo sobre personalidad Tipo C. *Boletín de Psicología*, 40, 37-51

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

APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association

Arbuckle, J. (2005). *Amos 6.0 user's guide*. Chicago: SPSS

Arora, N., Gustafson, D., Hawkins, R., McTavish, F., Cella, D., Pingree, S., Mendenhall, J. & Mahvi, D. (2001). Impact of Surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcionoma. *Cancer*, 92, 5, 1288-1298

Avis, N., Crawford, S. & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308

Barbosa, A. & Pais Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicología da Saúde*, 149-156

Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T. & Keefe, F. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23, 103-113

Bayés, R. & Xavier, F. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. In Símon, M., *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp.77-114). Madrid: Biblioteca Nueva

Beck, A. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. *Science and Psychoanalysis*, 17, 47-55

Beisecker, A., Cook, M., Ashworth, J., Hayes, J., Brecheisen, M., Helmig, L., Hyland, S. & Selenke, D. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: Perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6, 85-93

Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi

Berger, L. & Poidier, D. (1995). *Pessoas idosas: Abordagem global, processo de enfermagem por necessidade*. Lisboa: Lusodidacta

Bertoquini, V. (2007). *Personalidade, Coping e Bem-estar subjectivo*. Tese Doutoramento em Psicologia da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto. Porto: FPCE (aguarda defesa publica)

Blanco, A., Antequera, R. & Aires, M. (2001). Percepción subjectiva del cáncer. In E. Durá & M. Dias (Coords), *Territorios da Psicología Oncológica* (pp.605-637) Lisboa: Climepsi

Bleiker, E., Ploeg, V., Hendriks, J., Leer, J.W. & Kleijn, W. (1993). Rationality, emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in Psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 8, 861-872

Bleiker, E., Ploeg, H., Adèr, H., Daal, W. & Hendriks, J. (1995). Personality traits of women with breast cancer: before and after diagnosis. *Psychological Reports*, 76, 1139-1146

Bleiker, E., Ploeg, H., Hendriks, J. & Àder, H. (1996). Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88, 20, 16, 1478-1482

Bleiker, E. & Ploeg, H. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: review of a popular link. *Patient Education and Counseling*, 37, 201-214

Bleiker, E., Pouwer, F., Van Der Ploeg, H., Leer, J. & Ader, H. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counselling*, 40, 209-217.

Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M. & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100

Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider, C. Cooper, A. De-Nour (eds), *Cancer and the Family*, 2º Ed. (pp.55-67). New York: Jonh Wiley & Sons

Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Bank, P. & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1513-1524

Boehmke, M. & Dickerson, S. (2006). The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, 33, 6, 1121-1127

Bolger, N., Vinokur, A., Foster, M, & Ng, R. (1996). Close relationship and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 2, 283-294

Botelho, T. & Leal, I. (2001). *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência

Bovbjerg, D. & Valdimarsdottir, H. (1998). Psychoneuroimmunology: implications for psycho-oncology. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology*. (pp. 125-134). New York: Oxford University Press

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – Coping or personal transistion? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18

Brown, G. (1996). Acontecimentos de vida e apoio social: possibilidades de prevenção primária. In R. Jenkins (Ed.), *Prevenção da depressão e da ansiedade* (pp.23-32). Lisboa: Climepsi

Buela-Casal, G. & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. In M. Simón (ed), *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp.505-536). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-706

Butler, L., Koopman, C., Classen, C. & Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: Cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18, 6, 555-560

Butow, P., Hiller, J., Price, M., Thackway, S., Kricker, A. & Tennant, C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 3, 169-181

Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas – B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves, L. Almeida (eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 95-109) Braga: APPORT/SHO

Carlsson, M. & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 17, 5, 418-428

Carreiras, M. & Patrão, I. (2006). Personalidade e controlo emocional em mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 341-346

Carvalho, C. & Gonçalves, L. (1999). Depressão na adulticia. In G. Lopes (ed), *Temas de Psquiatria, Psicossomática e Psicologia* (pp.101-110). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria Ligação e Psicossomática

Carver, C., Harris, S., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Derhagopian, R., Robison, D. & Moffatt, F. (1998). Concern about aspects of body iamge and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174

Carver, C. & Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 6, 595-598

Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S & Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocail well-being during treatment predict psychococial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, 5, 508-516

Cella, D. (1998). Quality of Life. In J. Holland (ed.), *Handbook of Psychooncology* (pp.1135-1146) New York: Oxford University Press

Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*,15, 6, 434-437

Cohen, L., Hack, T., Moor, C., Katz, J. & Goss, P. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7, 6, 427-434

Coimbra de Matos, A. (1980). Depressão, depressividade e depressibilidade. *O Médico*, 1496, 732-737

Coimbra de Matos, A. (2001). A depressão. Lisboa: Climepsi

Coimbra de Matos, A. (2002). O Desespero. Lisboa: Climepsi

Compas, B., Stoll, M., Thomsen, A., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. & Krag, D. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203

Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour*. New York: Open University Press

Cooper, C. & Faragher, B. (1993). Psychological stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23, 653-662

Cordova, M., Cunningham, C., Carlson, C. & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparion study. *Health Psychology*, 20, 3, 176-185

Costa, L. (2004). *O cancro também pode morrer*. Colecção Compreender a Doença. Porto: Âmbar

Costa, A. & Patrão, I. (2007 – submetido). O Preço de ser mulher: Satisfação Sexual e Imagem Corporal em mulheres mastectomizadas. *Psicologia da Saúde e Doença.*

Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K. & Targ, E. (1999). Exploring the relationship among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438

Cruzado, J. & Olivares, M. (1999). Evaluation y tratamiento psicológico del cancer. In Buceta, J. e Bueno, A. (eds.). *Tratamiento psicológico de hábitos y efermedades*. (pp.341-402) Madrid: Pirámide

David, D., Montgomery, G. & Bovbjerg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40, 203-213

Deep, C. & Leal, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA

Demarbre, V. (1994). Adherencia terapeutica: Una signature pendiente en el campo de la Psicologia da Salud. *Anuário de Psicología*, 61, 71-77

Degoratis, L. (1982). Self-report mesasures of stress. In L. Goldberger &S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.270-290). New York: Free Press

Dias, J. & Miranda, A. (1993). Tumores malignos das principais localizações em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11, 3, 15-31

Dicionário Universal da Língua Portuguesa (1995). Lisboa: Texto Editores

Die-Trill, M. (2000). Beliefs about cancer causation and their influence on family function. In L. Baider, C. Cooper, A. De-Nour (eds), *Cancer and the Family*, 2º Ed. (pp.119-133). New York: Jonh Wiley & Sons

Diji, S., Otten, W., Zoeteweij, M., Timmermans, D., Asperen, C., Breuning, M., Tollenaar, R. & Kievit, J. (2003). Genetic couseling and the intention to undergo prophylactic mastectomy: effects of a breast cancer risk assessment. *British Journal of Cancer*, 88, 1675-1681

DiPlacido, J., Zauber, A. & Redd, W. (1998). Psychosocial issues in cancer screening. In J. Holland (ed), *Psycho-oncology* (pp. 161-174). New York: Oxford University Press

Direcção Geral da Saúde (2002). *Rede de referenciação hospitalar de oncologia*. Lisboa: DGS

Direcção Geral da Saúde (2004a). *Risco de morrer em Portugal*. *Estatísticas*, Volume II. Lisboa: DGS

Direcção Geral da Saúde (2004b). Plano nacional de saúde 2004/2010. Consultado a 10 de novembro de 2006 em www.dgssaude.min-saude.pt

Direcção Geral da Saúde (2006). Directivas para realizar rastreios. Consultado a 10 de novembro de 2006 em www.dgssaude.min-saude.pt

Dorsey, J. (1986). To live cancer with love. In J. Tache, H. Selye & S. Day (eds), *Cancer, Stress and Death* (pp. 165-167). New York: Plenum Publishing Cooperation

Drageset, S. & Lindstrom, T. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defense in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 401-409

Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., Muderpach, L. & Russell, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast and gynecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 13, 3052-3060

Endler, N. & Edwards, J. (1982). Stress and Personality. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.36-48) New York: Free Press

EORTC (2001). EORTC QLQ-BR23 scoring manual. 3º Ed. EORTC: Brussels

EORTC (2001). EORTC QLQ-C30 scoring manual. 3º Ed. EORTC: Brussels

Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 4, 315-326

European Code Against Cancer (2003). Consultado em 2 novembro de 2004 em: http//: www.cancercode.org

Eysenck, H. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality Individual Differences*, 6, 5, 535-556

Eysenck, H. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advance Behavioral Research Therapy*, 16, 167-215

Farinha, A. (2006). Stress e coping em mulheres com cancro da mama. *Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica*. Lisboa: ISPA

Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M. & Boyle, P. (2006). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 18, 3, 581-592

Ferlay, J., Bray, F., Sankila, R. & Parkin, D. (1999). EUCAN database. ENCR, European Network of Cancer Registries, *IARC Cancer Base*, 4 (CD-ROM)

Fernández-Abascal, E., Sánchez, M. & Díaz, M. (2003). *Emoción y motivación: La adaptación humana*. Colección Psicología. Madrid: Centro estudios Ramón Areces

Fernandez -Ballesteros, R. & Garde, R. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50

Fernandez-Ballesteros, R. (2002). Cancer-prone Personality, Type C. In N. Smelser & P. Baltes (eds), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp.1439-1443) Oxford: Pergamon

Ferreira (1990). Moderna saúde pública. Lisboa: Fundação calouste Gulbenkian

Field, M., Ironson, G., Beutler, J. & Vera, Y. (2005). Natural Killer Cells and Lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *Internacional Journal of Neuroscience*, 115, 495-510

Fischer, P. (2001). Putting theory into practice: A psychologist's story. *Women & Therapy*, 23, 1, 101-109

Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. & Bloom, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594

Fogel, J., Albert, S., Schnabel, F., Ditkoff, B. & Neugut, A. (2002). Internet use and social support in women with breast cancer. *Health Psychology*, 21, 4, 398-404

Fox, B. (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology*, 9, 5, 245-256

Fox, C., Harper, A., Hyner, G. & Lyle, R. (1994). Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast cancer. *Journal of Community Health*, 19, 6, 467-482

Fox, B. (1998). Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology*. (pp.110-124). New York: Oxford University Press

Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. & Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603

Ganz, P., Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B. & Wyatt, G. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514

Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B & Rowland, J. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17, 8, 2371-2380

Ganz, P., Greendale, G., Petersen, L., Kahn, B. & Bower, J. (2003). Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 22, 4184-4193

Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B., Bower, J. & Belin, T. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 5, 376-387

Gerits, P. & Brabander, B. (1999). Psychological predictors of psychological, neurochemical and immunological symptoms of acute stress among breast cancer patients. *Psychiatry Research*, 85, 95-103

Gil, F., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M. & Gonzalez, J. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Support Care Cancer*, 13, 600-606

Gili, M. & Roca, M. (1996). Transtornos afectivos en oncología. In M. Roca & M. Bernardo (eds.), *Transtornos Depressivos en Patologías Médicas*, (pp. 119-134). Barcelona: Masson

Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationship with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, 13, 211-220

Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Gregório, S., Frierson, G., Jim, H., Carpenter, K., Shelby, R. & Andersen, B. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24, 3, 288-296

Goodwin, J., Zhang, D. & Ostir, G. (2004). Effect of depression on diagnosis, treatment and survival of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1, 106-111

Grassi, L., Travado, L., Moncayo, F., Sabato, S. & Rossi, E. (2004). Psychosocial morbidity and its correlatos in cancer patients of the mediterranean area: findings from the

Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248

Green, B., Krupnick, J., Rowland, J., Epstein, S., Stockton, P., Spertus, E. & Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Cinical Oncoogyl,* 18, 5, 1084-93.

Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. & Kanazir, D. (1985). Psychological factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176

Hack, T. & Degner, L. (1999). Coping with breast cancer: a cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 185-194

Hack, T. & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235-247

Hampton, M. & Frombach, I. (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Woman International, 21,* 67-76

Hamilton, J., Sandelowski, M. & Faan, R (2004). Types of social support in African, Americans with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31, 4, 792-800

Haan, N. (1982). The assessment of coping, defense, and stress. In L. Goldberger e S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.254-269) New York: Free Press

Helgeson, V., Cohen, S. & Fritz, H. (1998). Social Ties and Cancer. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology* (pp.99-109). New York : Oxford University Press

Helgeson, V., Snyder, P. & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23, 1, 3-15

Hewitt, M., Herdaman, R. & Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press

Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R. & Lippman, M. (1993). Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 29, 141-160

Holland, J. (1998a). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In J. Holland (ed), *Psycho-oncology* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press

Holland, J. (1998b). Biology of cancer for the psycho-oncologist. In J. Holland (ed), *Psycho-oncology* (pp. 16-26). New York: Oxford University Press

Holland, J. & Marchini, A. (1998). International psycho-oncology. In J. Holland (ed), *Psycho-oncology* (pp. 1165-1172). New York: Oxford University Press

Holland, J. & Lewis, S. (2001). *The Human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: HarperCollins Publishers

Holland, K. & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 1, 55-29

Holroyd, K. & Lazarus, R. (1982). Stress, coping, and somatic adaptation. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.21-35). New York: Free Press

Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baildam, A., Brain, A., Lalloo, F., Evans, G. & Howell, A. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing («prophylactic») mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psycho-oncology*, 9, 462-472

Hoyle, R. (1995). Structural equation modeling: Concepts, issues and applications. Tousand Oaks: SAGE Publications

Hu, L. & Bentler, P. (1998). Fit indices in covariance structure modelling: sensivity to underparameterized model misspecification. Psychological Methods, 3, 4, 424-453

IARC (2003). Research in the behavioural and social sciences to improve cancer control and care. *A strategy for development: Report of an expert group*. Lyon: IARC Press

Jacobs, J. & Bovasso, G. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine*, 30, 669-678

Jim, H., Richardson, S., Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25, 6, 753-761

Justo, J. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. Rosário e E. Durá (coords.), *Territorios da Psicología Oncológica* (pp. 399-426). Lisboa: Climepsi

Kagawa-Singer, M. & Nguyen (2000). A cross-cultural comparison of social support among Asian-American and Euro-American women following breast cancer. In L. Baider, C. Cooper & A. De-Nour (eds), *Cancer and the Family*, 2º Ed. (pp.73-94). New York: Jonh Wiley & Sons

Kayser, K., Sormanti, M. & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quartely*, 23, 725-739

Kissane, D., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S. & Smith, G. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 38, 320-326

Kneece, J. (2005). *Your breast cancer treatment handbook: your guide to understanding the disease, treatments, emotions and recovery from breast cancer*. 6th Edition. Charleston: EduCare

Komproe, I., Rijken, M., Ros, W., Winnubst, J. & Hart, H. (1997). Available support and received support: different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 1, 59-77

Kornblith, A., Herndon, J., Zuckerman, E., Viscoli, C., Horwitz, R., Cooper, M., Harris, L., Tkaczuk, K., Perry, M., Budman, D., Norton, L. & Holland, J. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 15, 91, 2, 443-454

Kreitler, S., Chaitchik, S. & Kreitler, H. (1993). Repressiveness: Cause or result of cancer? *Psycho-Oncology*, 2, 43-54

Kreitler, S., Kreitler, H., Chaitchik, S., Shaked, S. & Shaked, T. (1997). Psychological and medical predictors of disease course in breast cancer: a prospective study. *European Journal of Personality*, 11, 383-400

Lazarus, R. (1992). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (ed.) Health *Promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp11- 31). European Series: WHO

Lazarus, R. (1999). Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company

Lechner, S, Antoni, M., Carver, C, Weaver, K. & Phillips, K. (2006). Curvilinear Associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 5, 828-840

Lee-Baggley, D., Preece, M. & Delongis (2005). Coping with interpersonal stress: role of big five traits. *Journal of Personality*, 73, 5, 1141-1180

Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E. (1992).Illness cognition: using common sense to understand treatment adherente and affect cognition interations. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163

Lieberman, M. (1982). The effects of social supports on response to stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.764-783). New York: Free Press

Lima, M. (1997). *NEO-PI -R: Contextos Teóricos e Psicometricos: «Ocean ou Iceberg»?* Dissertação de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra: FPCE

Lindop, E. & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 6, 760-771

Marinho, C. & Teixeira, J. (2000). Rastreio Oncológico – Adesão de mulheres à realização da mamografia. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 197-205

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Sílabo

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 1, 65-90

Marques, S. & Lêdo, V. (2003). Impacto emocional da mastectomia na mulher. *Nursing*, 173, 7-10

Marks, D. & Yardley, L. (2004). Research Methods for Clinical and Health Psychology. London: SAGE Publications

Massie, M. & Popkin, M. (1998). Depressive disorders. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology* (pp.518-540). New York : Oxford University Press

McDonald, R. & Ho, M. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analysis. *Psychological Methods*, 7, 1, 64-82

Mckenna, M., Zevon, M., Corn, B. & Round, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 5, 520-531.

Mclean, B. (1995). Social support, support groups, and breast cancer: a literature review. *Canadian Journal*, 207-227

Melo, V., Leal, I. & Maroco, J. (2006). Estudo preliminar de um estudo de PTSD em mulheres sobreviventes de cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 407-414

Meneses, R. F., Ribeiro, J. P. & Silva, A. M. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia. I: dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 1, 61-88.

Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 1, 108-131

Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M. & Kawachi, I. (2002). Social Networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic research*, 52, 285-293

Millar, G., Dopp, J., Myers, H., Stevens, S. & Fahey, J. (1999). Psychological predictors of natural killer cell mobilization during marital conflict. *Health Psychology*, 18, 3, 262-271

Miranda, A. (1994). Rastreio do cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12, 3, 57-60

Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Birk, J. & Bovbjerg, D. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 2, 153-164

Montgomery, G. & Bovbjerg, D., (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23, 4, 381-387

Moos, R. & Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.212-230) New York: Free Press

Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, 3, 284-298

Montgomery, G. & Bovbjerg, D. (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23, 4, 381-387

Mullan, F. (1985). Season of survival: reflection of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313, 4, 270-273

Murray, M. & McMillan, C. (1993). Social and behavioural predictors of women's cancer screening practices in Northern Ireland. *Journal of Public Health Medicine*, 15, 2, 147-153

Nelles, W., McCaffrey, R., Blanchard, C. & Ruckdeschel, J. (1991). Social supports and breast cancer: a review. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 2, 21-34

Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S. & Houts, P. (1998). *A problem solving approach: Helping cancer patients cope*. Washington: American Psychological Association

Nielsen, N. & Gronbaek, M. (2006). Stress and breast cancer: A systematic update on the current knowledge. *Nature Clinical Practice Oncology*, 3, 11, 612-620

Northouse, L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Guziatek-Trojniak, L., West, S., Kershaw, T. & Mood, D. (1999). The quality of life of African American women with breast cancer. *Research Nursing & Health*, 22, 449-460

Northrup, C. (1998). *Corpo de Mulher, Sabedoria de Mulher*. Cascais: Sinais de Fogo - Publicações

Nosarti, C., Roberts, J., Crayford, T., McKenzie, K. & David A. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1123-1130

Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press

Ogden, J. (1999). *Stress. Psicologia da Saúde*. Climepsi, Lisboa, 255-279

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Climepsi: Lisboa

Osborne, R., Sali, A., Aaronson, N., Elsworth, G., Mdzewski, B. & Sinclair, A. (2004). Immune function and adjustment style: Do they predict survival in breast cancer? *Psycho-Oncology*, 13, 199-210

Osowiecki, D., & Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 2, 169-180

Pais Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ispa

Pais Ribeiro, J. (1999a). Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi

Pais Ribeiro, J. (1999b). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, XVII, 547-558

Pais Ribeiro, J. (2001). Qualidade de Vida e doença oncológica. In M. Rosário & E. Durá (coords), *Territorios da Psicología Oncológica* (pp.75-98). Lisboa: Climepsi

Pais Ribeiro (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 1, 121-130

Pais Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicología da Saúde*. 2º Edição Coimbra: Quarteto

Pais Ribeiro, J., Ramos, D. e Samico, S. (2003). Contribuição para a validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-Mac). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 2, 231-247

Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2007). Study of metric properties of the QLQ – C30 (V3) Portuguese version (Submitido)

Paulino, M. & Godinho, J. (2002). Da síndrome psicopatológica à entidade nosográfica. In J. Cordeiro (ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.454-485). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Parker, W. & Stumpf, H. (1998). A validation of the five-factor model of personality in academically talented youth across observers and instruments. *Personality and Individual Differences*, 25, 1005-1025

Passos Coelho, J.L. (2006). Carcinoma da Mama. In Ponce P. (coord), Manual de Terapêutica Médica (24-38). Lisboa: Lidel, edições técnicas

Patrão, I. & Leal, I. (2002). The adherence behavior to the cervical cancer screening. *Actas 16º Conference of European Health Psychology Society*, 283-292

Patrão, I. & Leal, I. (2004a). Avaliação da Personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos big five. *Actas do 5º Congresso de Psicologia da Saúde*, 539-544

Patrão, & Leal, I. (2004b). Assessement of control of negative emotions in portuguese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 8 (Supplement) S1-S233

Patrão, I. Maroco, J. & Leal, I. (2006a). Validação do ESSS numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 353-358

Patrão, I. Maroco, J. & Leal, I. (2006b). Validação do BSI numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 395-399

Patrão, Maroco & Leal (2006c). Validação do Mini – Mac numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 373-377

Patrão, I. Maroco, J. & Leal, I. (2006d). Psychosocial adjustment to breast cancer diagnosis surgery. *Psycho-Oncology*, 15, 2 (Supplement) S1-S478

Patrão, I. Maroco, J. & Leal, I. (2006e). The importante of social support at breast cancer diagnosis Surgery. *Psycho-Oncology*, 15, 2 (Supplement) S1-S478

Patrão, I. Maroco, J. & Leal, I. (2007). Psychosocial adjustment to breast cancer diagnosis in portuguese women. (Submited)

Payne, D., Hoffman, R., Theodoulou, M., Dosik, M. & Massie, M. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 40, 64-69

Payne, D., Sullivan, M. & Massie, M. (1996). Women's Psychological Reactions to breast cancer. *Seminars in Oncology*, 23, 1, suppl. 2, 89-97

Pennebaker, J. (1999). The effects of traumatic disclosure on psysical and mental health. The values of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emerging Mental Health*, 1, 9-18

Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente Oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi

Pereira, V. & Mestre, L. (1997). *Senologia pratica*. Lisboa: Glaxowellcome.

Perkins, D. (1982). The assessment of stress using life events scales. In L. Goldberger e S. Breznitz (eds). *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.320-331). New York: Free Press

Pervin, L. (1990). Handbook of Personality: Theory and Research. New York: Guildford Press

Petticrew, M., Fraser, J. & Regan, M. (1999). Adeverse life events and risk of breast cancer: a meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4, 1-17

Pikler, V. & Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22, 6, 632-637

Pinto, C. & Pais Ribeiro, J. (2006). Sobrevivência de cancro: Análise do conceito. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 415-420

Pompe, G., Antoni, M. & Heijnen, C. (1996). Elevated basal cortisol levels and attenuated acth and cortisol responses to a behavioral challenge in women with metastatic breast cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 21, 4, 361-374

Price, M., Tennant, C., Butow, P., Smith, R., Kennedy, S, Kossoff, M. & Dunn, S. (2000a). The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part I. Cancer Prone Personality. *Cancer*, 91, 4, 679-685

Price, M., Tennant, C., Butow, P., Smith, R., Kennedy, S, Kossoff, M. & Dunn, S. (2000b). The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II. Life event stressors, social support, defense style, and emotional control and their interations. *Cancer*, 91, 4, 686-697

Protheroe, D., Turkey, K., Horgan, K., Benson, E., Bowers, D. & House, A. (2006). Stressfull life events and difficulties and onset of breast cancer: Case-control stdudy. *British Medical Journal*, 319, 1027-1030

Ramos, S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 23, 295-304

Reis, M. & Teixeira, J. (2000). Rastreio oncológico – Adesão das mulheres ao auto-exame da mama. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 505-519

Rietman, J., Dijkstra, P., Hoekstra, H., Eisma, W., Szabo, B., Groothoff, J. & Geertzen, H. (2003). Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *European Journal of Surgical Oncology*, 29, 229-238

Rime, B. (1999). Expressing emotion, physical health, and emotional relief: A cognitive-social perspective. *Advance Mind Body Medicine*, 15, 175-179

Rios, L., Torres, M. & Díaz, L. (1992). Apoyo Social: implicationes para la psicologia de la salud. In M. Simon (ed.), *Comportamiento y Salud*, (pp. 81-143). Valencia: Promolibro

Rosser, J. (1981). The interpretation of women's experience: A critical appraisal of the literature on breast cancer. *Social Science and Medicine*, 15 E, 257-265

Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G. & Ganz, P. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 17, 6, 1422-1429

Ruíz, M., Bermudez, M. & Garde, A. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama: un estudio cuasi-prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80

Santos, M. & Teixeira, J. (2000). Adesão ao auto-exame da mama, locus de controlo para a saúde e expectativa de auto-eficácia (estudo exploratório com mulheres de idade igual ou superior a 30 anos). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 569-579

Santos, C., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 2, 185-204

Sarafino, E. (1994). Health psychology – Biopsychosocial interaction (2º Ed.) New York: Wiley & Sons, Inc.

Schag, C., Ganz, P., Polinsky, M., Fred, C., Hirji, K. & Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 4, 783-93

Sharpe, D., Walker, A., Walker, V., Green, V. & Alwxandropoulos, A. (2006). The Psychoneuroimmunological effects of reflexology in women with early breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 15, S1 S478, 42-43

Schnoll, R., Harlow, L., Stolbach, L. & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 7, 69-77

Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C., Sandvik, L. & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-320

Schou, I., Ekeberg, O. & Ruland, C. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718-727

Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body iamge, and intimate relationship. *Cancer Journal Clinical*, 41, 112-120

Schover, L., Yetman, R., Tuason, L., Meisler, E., Esselstyn, C., Hermann, R., Grundfest-Broniatowski, S. & Dowden, R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychological adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75, 1, 54-64

Schreier, A. & Williams, S. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31, 1, 127-130

Seligman, L. (1996). Promoting a Fighting spirit – Psychotherapy for cancer patients, survivors, and their families. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias.*Coimbra,

Shapiro, S., Lopez, A., Schwartz, G., Bootzin, R., Figueredo, A., Braden, C. & Kurker, S. (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to Psychological variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 4, 501-519

Shimozuma, K., Ganz, P., Petersen, L. & Hirji, K. (1999). Quality of life the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56, 45-57

Skinner, C. Champion, V. Gonnin, R. & Hanna, M. (1997). Do perceived barriers and benefits vary by mammography stage? *Psychology, Health & Medicine*, 2, 1, 65-75

Silva, M. e Patrão, I. (2006). Stress e controlo emocional em mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 379-386

Sollner, W., Maislinger, S., Konig, A., Devries, A. & Lukas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast câncer patients based on screening for distress within a consultaion-liaison service. *Psycho-Oncology*, 13, 893-897

Sontag, S. (1977). *A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores

Sosa, C., Capafóns, J. & Carbalheira, M. (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedade y Estrés*, 5, 1, 47-60

Spencer, S., Carver, C. & Price, A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology* (pp.211-222). New York : Oxford University Press

Spencer, S., Lehman, J., Wynings, C., Arena, P., Carver, C., Antoni, M., Derhagopian, R. & Iroson, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18, 2, 159-168

Spiegel, D., Morrow, G., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P., Mudaliar, N., Pierce, H., Flynn, P., Heard, L. & Riggs (1999). Group psychotherapy for recently Diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psychooncology*, 8, 482-493

Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2002). Reduced emotional control as a mediator of decreasing distress among breast cancer patients in group therapy. *International Congress Series*, 1241, 37-40

Sprangers, M., Groenvold, M Arraras, J., Franklin, J., Velde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., Haes, H., Hopwood, P., Cull, A. & Aaronson, N. (1996). The European Organization for the Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2756-2768

Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C. Kirk, S., Sworowski, L. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 875-882

Stanton, A., Danoff-Burg, S. & Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102

Stommel, M., Kurtz, M., Kurtz, J., Given, C. & Given, B. (2004). A longitudinal Analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, cólon, lung, or prostate. *Health Psychology*, 23, 6, 564-573

Swan, G., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R. & Spielberger, C. (1991). The rationality/emotional defensiveness scale – I. Internal structure and stability. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 4/5, 545-554

Swan, G., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R. & Spielberger, C. (1992). The rationality/emotional defensiveness scale – II.Convergent and discriminant correlational analysis in males and females with and without cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 4, 349-359

Taylor, K., Lamdan, R., Siegel, J., Shelby, R., Hrywna, M. & Moran-Limi, K. (2002). Treatment regímen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among african américa breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 505-517

Teixeira, C. (1992). Psicologia da Saúde. Estado actual e perspectivas futuras. *Análise Psicológica*, 2, X, 149-157

Temoshok, L. (1987). Personality, doping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Survey*, 6, 545-567

Tomich, P. & Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 1, 16-23

Torrinho, F. (1946). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* Porto: Editorial

Turk, D. & Meichenbaum, D (1991). Adherence to self-care regimens: The patient's perspectiva. In J. Sweet, *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-267). New York: New York Press

Turner, J., Kelly, B., Cheryl, S., Allison, R., & Wetzig, N. (2005). Psychosocial impact of newly diagnosed advance breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 396-407

Tyczynski, J., Bray, F. & Parkin, D. (2002). Breast cancer in Europe. *ENCR, European Network of Cancer Registries, IARC*, 2, 1-4

Varela, A. (2006). Perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro da mama: A relação com a estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sentido de coerência. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Intituto Superior de Psicologia Aplicada

Vassend, O. & Skrondal, A. (1997). Validation of the NEO personality inventory and the five-factor model. Can findings from exploratory and confirmatory factor analysis be reconciled. *European Journal of Personality*, 11, 147-166

Vos, P., Garssen, B., Visser, A., Duivenvoorden, H. & Haes, H. (2004). Early stage breast cancer: Explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 6, 557-580

Wade, T. Nehmy, T. & Koczwara, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14, 503-509

Wallston, K. (1992). Hocus, pocus, the focus isn´t strictly on locus: Rotter´s social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 183-199

Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatics Research*, 27 (4), 299-305

Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and coping. In J. Holland (ed.) *Psycho-oncology* (pp.91-98). New York : Oxford University Press

Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J. (1999). Influence of Psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 16, 1331-1320

Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J. & Bills, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychological Oncology*, 12, 3, 33-46

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 5, 733-746

Weis, M. & Weis, E. (1997). Living Beyond breast cancer: a survivor's guide when treatment end and the rest of life begins. Toronto: Library of Congress

Weingarten, K. (2005). Cancer, meaning making, and hope: The treatment dedication project. *Families, Systems & Health*, 23, 2, 155-160

White, C. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192

Winnubst, J., Couzjin, A. & Ros, W. (1990). Social support and cancer: main themes and problems. In L. Schmidt, P. Schwenkmezger, J. Weiman e S. Maes (eds.), *Theoretical and Applied Aspects of Health Psychology* (pp.203-212). New York: Harwood Academic Publishers

Wittekind, C., Hutter, R., Greene, F., Klimpfinger M. & Sobin, L. (2005). *TNM Atlas: Illustred guide to the TNM classification of malignant tumors*. 5th Editon. New Jersey: John Wiley & Sons

Wong-Kim, E. & Bloom, J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573

Woodword, V. & Webb, C. (2001). Women's anxieties surrounding breast disorders: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 1, 29-41

Wronska, I., Stepien, R. & Kulik, T. (2003). The quality of women´s life after mastectomy in Poland. *Health Care for Women International*, 24, 900-909

Yeo, W., Kwan, W., Teo, P., Nip, S., Wong, E., Hin, L. & Johnson, P. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in chinese patients and their spouses. *Psycho-oncology*, 13, 132-139

Yurek, D., Farrar, W. & Andersen, B. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 697-709

Ywamitsu, Y, Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M. & Okama, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 289-294

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28

Zachariae, R., Jensen, A., Pedersen, C., Jorgensen, M., Christensen, S., Lassensen, B. & Lehbrink, M. (2004). Repressive coping before and after diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 547-561

Zakowski, S., Valdimarsdottir, H., Bovbjerg, D., Borgen, P., Holland, J., Kash, K., Miller, D., Mitnick, J., Osborne, M. & Van Zee, K. (1997). Predictors of intrusive thougts and avoidance in women with family histories of breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 4, 362-369

ANEXOS

Nº Proc.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este é um Projecto de Investigação financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, no âmbito de uma Tese de Doutoramento na área da Psicologia da Saúde, da Drª Ivone Patrão, sob orientação da Prof. Drª Isabel Leal (Instituto Superior de Psicologia Aplicada/ Maternidade Alfredo da Costa) e Profº Drº João Maroco (Instituto Superior de Psicologia Aplicada).

Este Projecto tem como objectivo conhecer melhor as consequências a nível psicológico que pode ter deslocar-se a um hospital para realizar consultas/exames para despiste de uma patologia da mama, e se necessário submeter-se a tratamentos. Para que depois se possa encontrar uma melhor forma de ajudá-la. O Projecto consiste basicamente numa série de perguntas que deverá responder da forma mais sincera possível. O Entrevistador irá fazer-lhe perguntas de vários questionários relativos aos aspectos psicológicos que interessa avaliar. A sua participação neste estudo é voluntária e não tem que participar se não o deseja.

Se não quiser participar isso não afecta de modo nenhum a qualidade dos cuidados médicos que receberá.

A sua identidade pessoal será sempre mantida como estritamente confidencial neste estudo. Será identificada por um código. Os dados das suas respostas são utilizados para efeitos unicamente estatísticos.

Doente **Entrevistador**

Ass: _____ Ass: _____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Estado Civil: _____Escolaridade: _____

Situação Profissional: _____

DADOS HISTÓRIA CLINICA

Há quanto tempo: _____ Fazia auto-exame: _____ Fazia screening: _____

Antecedentes Familiares Oncológicos Mamários: ___ Não; ___ Sim

Antecedentes Pessoais de Patologia Mamária: ___ Não; ___ Sim

Psicopatologia Anterior (ida psiquiatra, psicólogo, toma medicação psiquiátrica): _____

Acompanhamento Psicológico: _____

Acontecimentos que tenham tido muito impacto na sua vida (negativo), que a marcaram, que recorda:	
1.	6.
2.	7.
3	8.
4	9.
5	10.

DADOS DA DOENÇA/TRATAMENTO

Tempo/ Tipo Cirurgia: _____Diagnóstico: _____

Tratamentos Pos-Cirúrgicos (Quais): _____

Observações Atendimentos: _____

Informações Úteis: www.ligacontracancro.pt; www.laço.pt; www.dgssaude.min-saude.pt; www.who.int; www.cancerstaging.org ; www.uicc.org ; www.iarc.fr; www.cancer.org; Liga Portuguesa Contra o Cancro Movimento Vencer e Viver, Tel: 21 7265786, E-mail: vencerviver@dpp.pt, Site: www.vencerviver.dpp.pt Horário: 2ª a 6ª feira das 10:00 às 13:00

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de 5 colunas com várias 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 1ª coluna – Concordo Totalmente, se acha que nunca pensa nisso deverá marcar na última coluna – Discordo Totalmente.

Afirmações	Concorda Totalmente	Concorda na Maior Parte	Não Concorda, Nem Discorda	Discorda na Maior Parte	Discorda Totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
3. Os amigos não me procuram tantas vezes 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. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família					
10. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
11. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família					
12. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho					
13. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
14. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
15. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho					

Pais Ribeiro, 1999

C.E.C.

A seguir apresentam-se algumas reacções que as pessoas têm mediante certos sentimentos ou emoções. Por favor, leia as frases de cada lista e punha uma cruz no número apropriado da coluna, indicando qual a resposta que descreve o modo como reage normalmente. Por exemplo: se acha que quando está zangada, quase nunca fica calada, então põe a cruz no número 1; se isso só acontece às vezes, põe a cruz no número 2; se acontece frequentemente, põe a cruz no 3; e se acontece quase sempre, põe a cruz no 4.
Por favor, assinale um número em cada reacção. Faça-o rapidamente e assinale só um número em cada item.

QUANDO ESTOU MUITO ZANGADA / IRRITADA:	1. Quase Nunca	2.Algumas Vezes	3.Com Frequência	4.Quase Sempre
1. Fico calada				
2. Recuso-me a discutir ou a dizer alguma coisa				
3. Guardo as coisas para mim				
4. Digo o que sinto				
5. Evito fazer uma cena				
6. Reprimo os meus sentimentos				
7. Escondo a minha zanga				

QUANDO ESTOU MUITO ANSIOSA OU PREOCUPADA:	1.Quase Nunca	2.Algumas Vezes	3.Com Frequência	4.Quase Sempre
8. Deixo que os outros vejam como me sinto				
9. Fico calada				
10. Recuso-me a falar sobre o problema				
11. Conto aos outros o que se passa				
12. Digo o que sinto				
13. Guardo as coisas para mim				
14. Reprimo os meus sentimentos				

QUANDO ME SINTO INFELIZ:	1.Quase Nunca	2.Algumas Vezes	3.Com Frequência	4.Quase Sempre
15. Recuso-me a falar sobre o problema				
16. Escondo a minha tristeza				
17. Faço-me de muito forte				
18. Fico calada				
19. Deixo que os outros vejam como me sinto				
20. Reprimo os meus sentimentos				
21. Guardo as coisas para mim				

Courtauld Emotional Control Scale (Watson e Greer, 1983 – traduzido para Português)

BSI

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou queixas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU QUE CADA PROBLEMA A AFECTOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO HOJE. Para cada problema ou queixa marque com uma (X) num espaço. Por favor não deixe nenhuma por responder.

Em que medida, na última semana foi afectada pelas seguintes queixas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-me ou irritar-me facilmente					
7. Dores sobre o coração ou peito					
8. Medo nas ruas ou praças públicas					
9. Pensamento de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem ter razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinha					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizada					
20. Sentir-se facilmente ofendida nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros a costumam observar ou falam de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

Em que medida, na última semana foi afectada pelas seguintes queixas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
27. Dificuldades em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou metro					
29. Sensação de que lhe falta ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigada pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se «próximo» de outra pessoa					
45. Ter ataque de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervosa quando tem que ficar sozinha					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegada que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas aproveitariam-se de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

Derogatis, 1982 - versão portuguesa aferida de Canavarro, 1995

Mini-MAC

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 da 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 mesmo. 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	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
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 aproveitá-la da melhor forma possível				
6. Não consigo lidar com isto				
7. Entreguei-me nas mãos 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				

Watson e tal., 1994 – Tradução Pais Ribeiro

EORTC QLQ – C 30

Gostaríamos conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas pondo uma cruz na coluna que se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas.

AFIRMAÇÕES	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala ?				
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé ?				
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa ?				
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia ?				
5. Precisa que a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou ir à casa de banho ?				
Durante a Última Semana:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitada no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias ?				
7. Sentiu-se limitada na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer ?				
8. Teve falta de ar ?				
9. Teve dores ?				
10. Precisou de descansar ?				
11. Teve dificuldades em dormir ?				
12. Sentiu-se fraca ?				
13. Teve falta de apetite ?				
14. Teve enjoos ?				
15. Vomitou ?				
Durante a Última Semana:	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre ?				
17. Teve diarreia ?				
18. Sentiu-se cansada ?				
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias ?				
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler jornal ou ver televisão ?				
21 Sentiu-se tensa ?				
22. Teve preocupações ?				
23. Sentiu-se irritável ?				
24. Sentiu-se deprimida				
25. Teve dificuldades em lembrar-se das coisas ?				
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar				
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade social ?				
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira ?				

AFIRMAÇÕES	1 Péssima	2	3	4	5	6	7 Óptima
29. Como classifica a sua saúde em geral durante a última semana ?							
30. Como classifica a sua qualidade de vida global durante última semana ?							

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer – Group of Quality of Life 2001

NEO-PI-R

Afirmações	Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada					
2. Gosto de ter muita gente à minha volta					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordada					
4. Tento ser delicada com todas as pessoas que encontro					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem					
6. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas					
7. Rio, facilmente					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais					
9. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo					
11. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços					
12. Não me considero especialmente, uma pessoa alegre					
13. Fico admirada com os modelos que encontro na arte e na natureza					
14. Algumas pessoas pesam que sou invejosa e egoísta					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada)					
16. Raramente me sinto só ou abatida					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas					
18. Acredito que, deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações					
21. Muitas vezes, sinto-me tensa e enervada					
22. Gosto de estar onde está a acção					
23. A poesia pouco ou nada me diz					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros					
25. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de forma ordenada					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil					
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinhas					
28.Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho					
31. Raramente me sinto amedrontada ou ansiosa					
32. Muitas vezes sinto-me a rebentar de energia					
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas					

Afirmações	Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero					
36. Muitas vezes aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me fria e calculista					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir					
42. Não sou uma grande optimista					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção					
44. Sou inflexível e dura nas minhas atitudes					
45. Às vezes não sou tão segura ou digna de confiança como deveria ser					
46. Raramente estou triste ou deprimida					
47. A minha vida decorre, a um ritmo rápido					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana					
49. Geralmente, procuro ser atenciosa e delicada					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparada, desejando que alguém resolva os meus problemas por mim					
52. Sou uma pessoa muita activa					
53. Tenho muito curiosidade intelectual					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lho saber					
55. Parece que nunca consigo ser organizada					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhada que desejava meter-me num buraco					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas					
59. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero					
60. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço					

Revisão do Inventário de Personalidade NEO-PI-R (Costa e MacCrae, 1992 - versão portuguesa aferida de Lima, 1997 – reduzida)

EORTC QLQ – BR 23

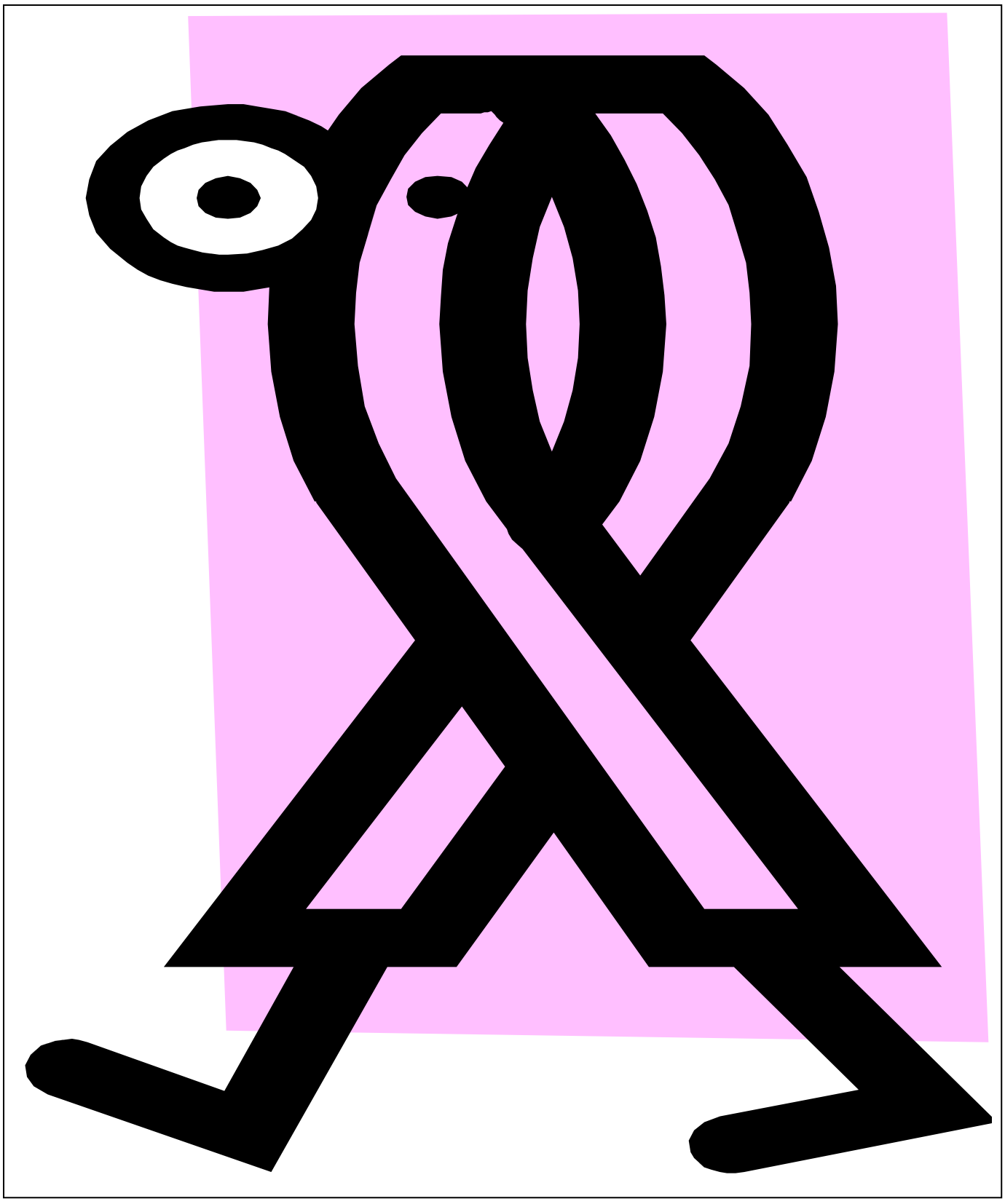
Por favor indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

AFIRMAÇÕES **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:**	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
1. Sentiu secura na boca ?				
2. A comida/ bebida souberam-lhe de forma diferente do habitual ?				
3. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram ?				
4. Caiu-lhe algum cabelo ?				
5. Se teve queda de cabelo: ficou preocupada com isso				
6. Sentiu-se doente ou indisposta ?				
7. Teve afrontamentos ?				
8. Teve dores de cabeça ?				
9. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?				
10. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento ?				
11. Teve dificuldades em olhar para o seu corpo, nua ?				
12. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo ?				
13. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro ?				

AFIRMAÇÕES **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:**	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
14. Até que ponto sentiu desejo sexual ?				
15. Até que ponto esteve sexualmente activa ? (com ou sem relações sexuais)				
16. Se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer ?				
Durante a última semana:	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
17. Teve dores no braço ou no ombro ?				
18. Teve o braço ou a mão inchados ?				
19. Teve dificuldades em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele ?				
20. Sentiu dores na área da(s) mama(s) afectada(s) ?				
21. A área da(s) mama(s) inchou ?				
22. Sentiu a área da(s) mama(s) afectada(s) muito sensível ?				
23. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da(s) mama(s) afectada(s) ?				

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer – Group of Quality of Life – 2001

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

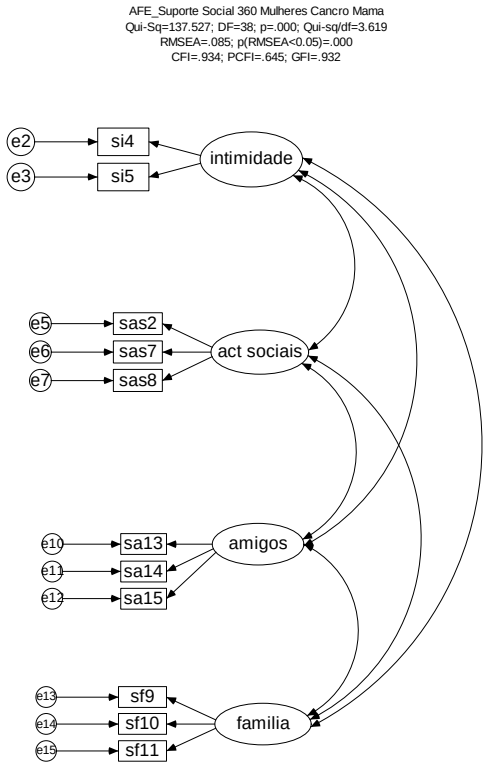


Instrumento

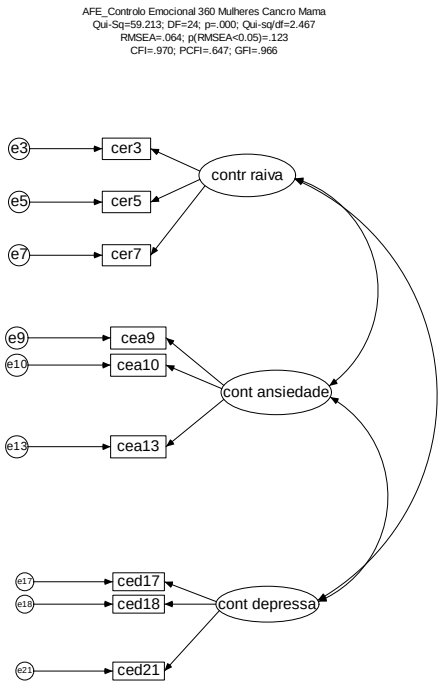
Projecto de Investigação no âmbito de uma Tese de Doutoramento na área da Psicologia da Saúde

ANÁLISE FACTORIAL CONFIRMATÓRIA

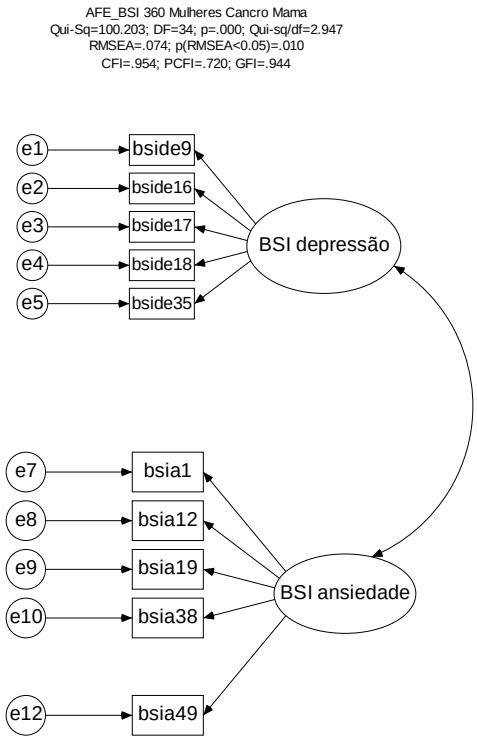
ESCALA SUPORTE SOCIAL



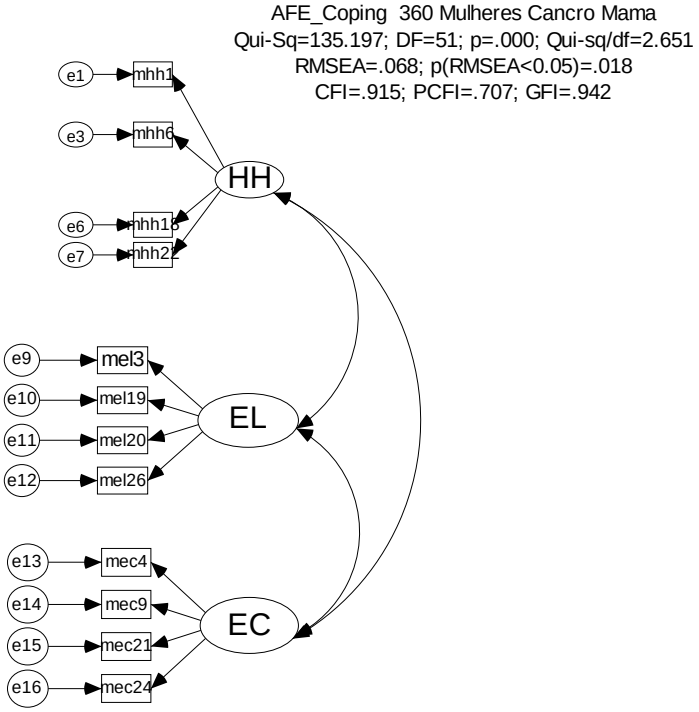
ESCALA CONTROLO EMOCIONAL



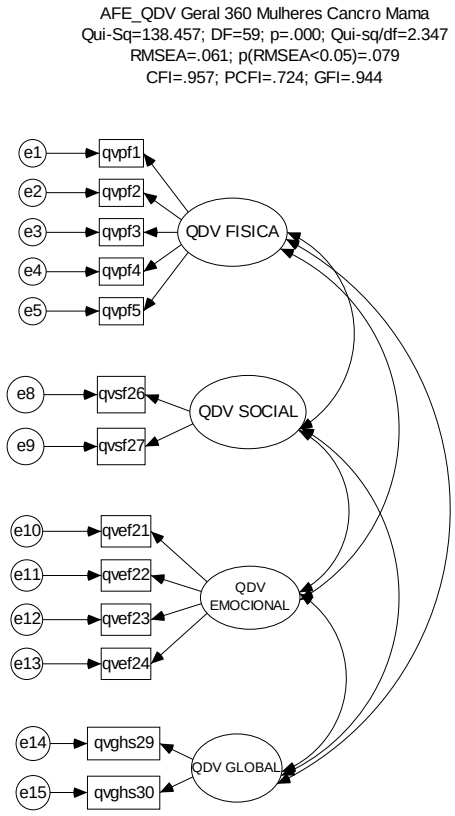
BSI – ANSIEDADE E DEPRESSÃO



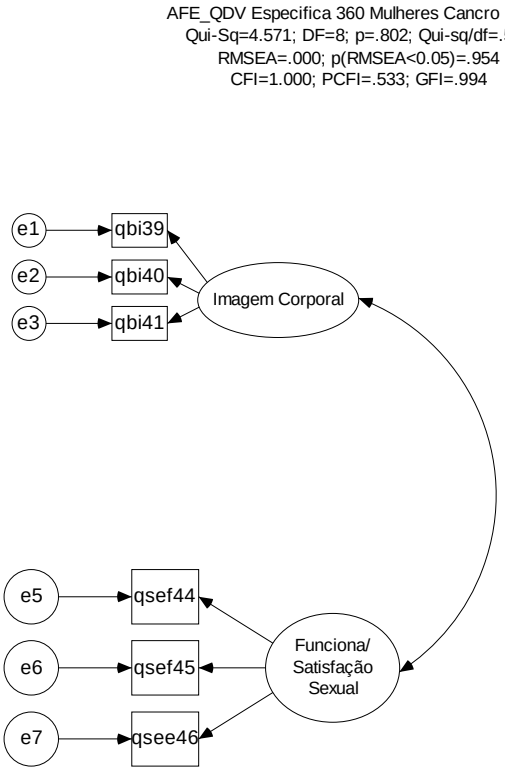
MINI MAC – COPING



QDV – QLQ C 30



QDV – QLQ – BR 23



ESTUDO 1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Statistics

	N	
	Valid	Missing
grupetar	30	0
estacivi	30	0
escolari	30	0
situprof	30	0
screning	30	0
autoexam	30	0
antoncol	30	0
antpatm	30	0
psicopat	30	0
tipcirur	30	0
trapósc	30	0
diagnost	30	0
acoppsic	30	0

Statistics

		grupetar	estacivi	escolari	situprof
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0

grupetar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24-38	3	10.0	10.0	10.0
	39-53	14	46.7	46.7	56.7
	54-68	7	23.3	23.3	80.0
	> = 69	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

estacivi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	solteira	4	13.3	13.3	13.3
	casada/união facto	20	66.7	66.7	80.0
	divorciada/separada	2	6.7	6.7	86.7
	viúva	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

escolari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ºciclo	8	26.7	26.7	26.7
	2ºciclo	6	20.0	20.0	46.7
	3ºciclo	6	20.0	20.0	66.7
	secundário	8	26.7	26.7	93.3
	superior	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

situprof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	activa	19	63.3	63.3	63.3
	activa/baixa	1	3.3	3.3	66.7
	desempregada	2	6.7	6.7	73.3
	reformada	6	20.0	20.0	93.3
	outra	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

screning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26.7	26.7	26.7
	sim	22	73.3	73.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

antoncol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	18	60.0	60.0	60.0
	sim	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

antpatm

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66.7	66.7	66.7
	sim	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

psicopat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	15	50.0	50.0	50.0
	sim	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

tipcirur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	parcial	3	10.0	10.0	10.0
	radical	27	90.0	90.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

trapósc

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	quimioterapia	2	6.7	6.7	6.7
	radioterapia	2	6.7	6.7	13.3
	quimiot/radioter	4	13.3	13.3	26.7
	hormonoterapia	1	3.3	3.3	30.0
	quiniot / hormonoterapia	6	20.0	20.0	50.0
	radiot / hormonot	4	13.3	13.3	63.3
	qt/rt/ht	11	36.7	36.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

diagnost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	estadio 1	4	13.3	13.3	13.3
	estadio 2	25	83.3	83.3	96.7
	estadio 3	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

acoppsic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	29	96.7	96.7	96.7
	sim	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Statistics

	N	
	Valid	Missing
CONCOFAM	30	0
SEPARPER	30	0
MUDVIDA	30	0
DOEOUTPP	30	0
PROBFINA	30	0
NUACVIDA	30	0

CONCOFAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	22	73.3	73.3	73.3
	sim	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

MUDVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80.0	80.0	80.0
	sim	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

DOEOUTPP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	13	43.3	43.3	43.3
	sim	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

PROBFINA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	27	90.0	90.0	90.0
	sim	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

SEPARPER

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	7	23.3	23.3	23.3
	sim	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

NUACVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	6.7	6.7	6.7
	1	9	30.0	26.7	33.3
	2	11	36.7	30.0	63.3
	3	6	20.0	20.0	83.3
	4	1	3.3	13.3	96.7
	5	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AMIGOSMED	30	0	50.6458	56.3625	18.04105	13.65	68.25
SOCIAISMED	30	0	54.3400	58.9625	17.13333	25.40	74.13
FAMILIAMED	30	0	70.2875	78.9250	21.84466	27.50	95.13
INTIMIDADEMED	30	0	63.5973	71.0000	20.74743	21.24	84.20
SUPTOTALMED	30	0	67.9387	67.7100	15.10787	39.00	91.40
CRAIVAMED	30	0	45.2922	42.5333	18.35439	20.47	81.87
CANSIEDADEMED	30	0	50.0589	51.7167	15.82087	19.73	78.93
CDEPRESSAOMED	30	0	61.4133	51.7000	25.26024	24.80	99.20
CETOTALMED	30	0	52.2548	52.0833	14.57368	21.67	86.67
DEPRESSAOMED	30	0	13.3300	8.5833	12.23563	.00	41.67
ANSIEDADEMED	30	0	13.3767	11.3000	8.80559	2.30	29.80
HOLPHELPMED	30	0	72.3778	71.0667	12.91922	47.67	98.50
ESPLUTAMED	30	0	53.9000	55.6667	8.39547	33.33	75.33
EVITAMENTOMED	30	0	57.9133	59.1500	7.06292	42.50	75.87
NEUROTICISMOMED	30	0	52.8933	52.3875	7.42811	36.73	64.50

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AMIGOSMED	30	0	51.3117	54.6000	15.44017	13.65	68.25
SOCIAISMED	30	0	51.3467	49.7000	15.49130	14.83	74.13
FAMILIAMED	30	0	79.6100	87.0250	20.98668	19.03	95.13
INTIMIDADEMED	30	0	69.1907	71.7600	18.88407	16.84	84.20
SUPTOTALMED	30	0	71.6684	71.1533	15.32789	30.79	91.40
CRAIVAMED	30	0	38.9778	35.6167	18.67552	20.47	81.87
CANSIEDADEMED	30	0	42.1689	39.4667	15.55455	19.73	78.93
CDEPRESSAOMED	30	0	60.7133	57.2000	22.58792	24.80	99.20
CETOTALMED	30	0	47.2867	45.3056	14.87302	23.73	86.67
DEPRESSAOMED	30	0	18.9056	16.2833	12.79050	.00	45.77
ANSIEDADEMED	30	0	14.3333	11.3000	12.07069	.00	53.10
HOLPHELPMED	30	0	41.0033	38.5667	12.48852	27.90	66.47
ESPLUTAMED	30	0	63.0556	62.8333	13.01873	20.67	82.67
EVITAMENTOMED	30	0	56.0411	56.9000	10.76906	18.97	75.87
NEUROTICISMOMED	30	0	26.1833	24.2250	9.71389	9.30	45.40

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
AMIGOSMED	30	0	55.1750	55.5625	11.69214	13.65	68.25
SOCIAISMED	30	0	52.1183	53.3750	17.87163	14.83	74.13
FAMILIAMED	30	0	78.8250	81.8125	18.59219	19.03	95.13
INTIMIDADEMED	30	0	69.8733	79.8000	19.95502	16.84	84.20
SUPTOTALMED	30	0	72.9227	72.9700	12.71787	34.09	91.40
CRAIVAMED	30	0	44.6133	41.4667	13.88864	20.47	78.67
CANSIEDADEMED	30	0	41.1989	39.4667	15.41072	19.73	78.93
CDEPRESSAOMED	30	0	56.8333	49.6000	22.80732	24.80	99.20
CETOTALMED	30	0	47.5485	44.7222	15.98834	22.73	82.80
DEPRESSAOMED	30	0	16.2356	14.3500	10.88677	.00	35.83
ANSIEDADEMED	30	0	15.1233	13.0000	12.47742	.00	48.20
HOLPHELPMED	30	0	43.6289	45.4333	13.36365	27.90	78.00
ESPLUTAMED	30	0	63.1333	62.3333	12.68378	20.67	82.67
EVITAMENTOMED	30	0	56.7322	56.9000	9.51076	27.87	75.87
NEUROTICISMOMED	30	0	25.8875	24.2750	9.50275	6.88	47.20

ESTUDO 1 - ANÁLISE INFERENCIAL

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	grupo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Zscore(SAMIGOS)	1º fase	.187	30	.009	.859	30	.001
	2º fase	.136	30	.162	.908	30	.013
	3º fase	.214	30	.001	.839	30	.000
Zscore(ASOCIAIS)	1º fase	.171	30	.025	.878	30	.003
	2º fase	.129	30	.200(*)	.957	30	.257
	3º fase	.127	30	.200(*)	.919	30	.026
Zscore(SFAMILIA)	1º fase	.187	30	.009	.875	30	.002
	2º fase	.267	30	.000	.742	30	.000
	3º fase	.208	30	.002	.824	30	.000
Zscore(SINTIMID)	1º fase	.239	30	.000	.855	30	.001
	2º fase	.228	30	.000	.780	30	.000
	3º fase	.250	30	.000	.740	30	.000
Zscore(ESPLUTA)	1º fase	.129	30	.200(*)	.966	30	.425
	2º fase	.158	30	.053	.910	30	.015
	3º fase	.131	30	.200	.915	30	.020
Zscore(HOLPHELP)	1º fase	.163	30	.040	.943	30	.109
	2º fase	.153	30	.071	.885	30	.004
	3º fase	.147	30	.097	.911	30	.016
Zscore(EVITAMEN)	1º fase	.096	30	.200(*)	.978	30	.764
	2º fase	.198	30	.004	.884	30	.004
	3º fase	.197	30	.004	.911	30	.016
Zscore(CDEPRESS)	1º fase	.185	30	.010	.899	30	.008
	2º fase	.125	30	.200(*)	.937	30	.075
	3º fase	.224	30	.000	.908	30	.013
Zscore(CANSIEDA)	1º fase	.102	30	.200(*)	.964	30	.393
	2º fase	.171	30	.025	.931	30	.053

	3º fase	.189	30	.008	.928	30	.044
Zscore(CRAIVA)	1º fase	.117	30	.200(*)	.917	30	.023
	2º fase	.180	30	.014	.856	30	.001
	3º fase	.211	30	.001	.937	30	.077
Zscore(ANSIEDD)	1º fase	.149	30	.087	.902	30	.009
	2º fase	.159	30	.052	.881	30	.003
	3º fase	.161	30	.045	.919	30	.026
Zscore(DEPRES)	1º fase	.199	30	.004	.892	30	.005
	2º fase	.137	30	.156	.956	30	.247
	3º fase	.119	30	.200(*)	.942	30	.100
Zscore(NEUROTIC)	1º fase	.126	30	.200(*)	.952	30	.189
	2º fase	.130	30	.200(*)	.942	30	.100
	3º fase	.182	30	.013	.974	30	.656
Zscore(QDVFISI)	1º fase	.145	30	.109	.909	30	.014
	2º fase	.173	30	.023	.905	30	.011
	3º fase	.217	30	.001	.892	30	.005
Zscore(QDVEMOCION)	1º fase	.282	30	.000	.863	30	.001
	2º fase	.196	30	.005	.880	30	.003
	3º fase	.185	30	.010	.888	30	.004
Zscore(QDVSOCIAL)	1º fase	.275	30	.000	.702	30	.000
	2º fase	.216	30	.001	.815	30	.000
	3º fase	.318	30	.000	.715	30	.000
Zscore(QDVGLOBA)	1º fase	.220	30	.001	.913	30	.018
	2º fase	.206	30	.002	.920	30	.026
	3º fase	.252	30	.000	.865	30	.001

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Zscore(SAMIGOS)	Based on Mean	5.428	2	87	.006
	Based on Median	3.307	2	87	.041
	Based on Median and with adjusted df	3.307	2	80.675	.042
	Based on trimmed mean	4.850	2	87	.010
Zscore(ASOCIAIS)	Based on Mean	.439	2	87	.646
	Based on Median	.360	2	87	.699
	Based on Median and with adjusted df	.360	2	81.117	.699
	Based on trimmed mean	.414	2	87	.663
Zscore(SFAMILIA)	Based on Mean	1.103	2	87	.336
	Based on Median	.562	2	87	.572
	Based on Median and with adjusted df	.562	2	83.267	.572
	Based on trimmed mean	1.021	2	87	.365
Zscore(SINTIMID)	Based on Mean	.929	2	87	.399
	Based on Median	.257	2	87	.774
	Based on Median and with adjusted df	.257	2	82.789	.774
	Based on trimmed mean	.840	2	87	.435
Zscore(ESPLUTA)	Based on Mean	1.708	2	87	.187
	Based on Median	1.761	2	87	.178
	Based on Median and with adjusted df	1.761	2	79.698	.179

	Based on trimmed mean	1.761	2	87	.178
Zscore(HOLPHELP)	Based on Mean	.357	2	87	.701
	Based on Median	.313	2	87	.732
	Based on Median and with adjusted df	.313	2	84.592	.732
	Based on trimmed mean	.409	2	87	.665
Zscore(EVITAMEN)	Based on Mean	.598	2	87	.552
	Based on Median	.438	2	87	.647
	Based on Median and with adjusted df	.438	2	74.616	.647
	Based on trimmed mean	.418	2	87	.659
Zscore(CDEPRESS)	Based on Mean	.866	2	87	.424
	Based on Median	.549	2	87	.579
	Based on Median and with adjusted df	.549	2	84.494	.580
	Based on trimmed mean	.888	2	87	.415
Zscore(CANSIEDA)	Based on Mean	.113	2	87	.893
	Based on Median	.139	2	87	.870
	Based on Median and with adjusted df	.139	2	86.253	.870
	Based on trimmed mean	.133	2	87	.875
Zscore(CRAIVA)	Based on Mean	1.391	2	87	.254
	Based on Median	1.532	2	87	.222
	Based on Median and with adjusted df	1.532	2	84.969	.222
	Based on trimmed mean	1.425	2	87	.246
Zscore(ANSIEDD)	Based on Mean	1.295	2	87	.279
	Based on Median	.911	2	87	.406
	Based on Median and with adjusted df	.911	2	76.820	.406
	Based on trimmed mean	1.121	2	87	.331
Zscore(DEPRES)	Based on Mean	.565	2	87	.571
	Based on Median	.210	2	87	.811
	Based on Median and with adjusted df	.210	2	82.455	.811
	Based on trimmed mean	.485	2	87	.618
Zscore(NEUROTIC)	Based on Mean	.863	2	87	.425
	Based on Median	.584	2	87	.560
	Based on Median and with adjusted df	.584	2	76.116	.560
	Based on trimmed mean	.827	2	87	.441
Zscore(QDVFISI)	Based on Mean	.247	2	87	.781
	Based on Median	.290	2	87	.749
	Based on Median and with adjusted df	.290	2	86.942	.749
	Based on trimmed mean	.299	2	87	.742
Zscore(QDVEMOCION)	Based on Mean	.123	2	87	.884
	Based on Median	.158	2	87	.854
	Based on Median and with adjusted df	.158	2	86.494	.854
	Based on trimmed mean	.155	2	87	.857
Zscore(QDVSOCIAL)	Based on Mean	3.781	2	87	.027
	Based on Median	1.369	2	87	.260
	Based on Median and with adjusted df	1.369	2	58.984	.262
	Based on trimmed mean	3.085	2	87	.051

Zscore(QDVGLOBA)	Based on Mean	1.849	2	87	.163
	Based on Median	2.038	2	87	.137
	Based on Median and with adjusted df	2.038	2	80.636	.137
	Based on trimmed mean	1.952	2	87	.148

NPar Tests
Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(SAMIGOS)	1,98
Zscore(SAMIGOS)	1,90
Zscore(SAMIGOS)	2,12

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	,878
df	2
Asymp. Sig.	,645
Exact Sig.	,658
Point Probability	,022

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(ASOCIAIS)	2,22
Zscore(ASOCIAIS)	1,80
Zscore(ASOCIAIS)	1,98

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	2,829
df	2
Asymp. Sig.	,243
Exact Sig.	,244
Point Probability	,007

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(SFAMILIA)	1,65
Zscore(SFAMILIA)	2,22
Zscore(SFAMILIA)	2,13

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	6,241
df	2
Asymp. Sig.	,044
Exact Sig.	,042
Point Probability	,001

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(SINTIMID)	1,73
Zscore(SINTIMID)	2,10
Zscore(SINTIMID)	2,17

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	4,000
df	2
Asymp. Sig.	,135
Exact Sig.	,139
Point Probability	,007

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(ESPLUTA)	1,33
Zscore(ESPLUTA)	2,32
Zscore(ESPLUTA)	2,35

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	20,887
df	2
Asymp. Sig.	,000
Exact Sig.	,000
Point Probability	,000

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(HOLPHELP)	2,90
Zscore(HOLPHELP)	1,45
Zscore(HOLPHELP)	1,65

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	38,000
df	2
Asymp. Sig.	,000
Exact Sig.	,000
Point Probability	,000

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(EVITAMEN)	1,98
Zscore(EVITAMEN)	2,03
Zscore(EVITAMEN)	1,98

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	,054
df	2
Asymp. Sig.	,974
Exact Sig.	,969
Point Probability	,014

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(CDEPRESS)	2,13
Zscore(CDEPRESS)	2,02
Zscore(CDEPRESS)	1,85

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	1,490
df	2
Asymp. Sig.	,475
Exact Sig.	,495
Point Probability	,016

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(CANSIEDA)	2,38
Zscore(CANSIEDA)	1,93
Zscore(CANSIEDA)	1,68

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	7,810
df	2
Asymp. Sig.	,020
Exact Sig.	,019
Point Probability	,001

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(CRAIVA)	2,12
Zscore(CRAIVA)	1,75
Zscore(CRAIVA)	2,13

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	3,101
df	2
Asymp. Sig.	,212
Exact Sig.	,223
Point Probability	,010

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(ANSIEDD)	1,93
Zscore(ANSIEDD)	2,00
Zscore(ANSIEDD)	2,07

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	,274
df	2
Asymp. Sig.	,872
Exact Sig.	,880
Point Probability	,011

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(DEPRES)	1,77
Zscore(DEPRES)	2,20
Zscore(DEPRES)	2,03

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	3,071
df	2
Asymp. Sig.	,215
Exact Sig.	,216
Point Probability	,007

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(NEUROTIC)	3,00
Zscore(NEUROTIC)	1,43
Zscore(NEUROTIC)	1,57

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	46,828
df	2
Asymp. Sig.	,000
Exact Sig.	,000
Point Probability	,000

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(QDVFISI)	2,00
Zscore(QDVFISI)	2,08
Zscore(QDVFISI)	1,92

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	,515
df	2
Asymp. Sig.	,773
Exact Sig.	,788
Point Probability	,013

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(QDVEMOCION)	2,10
Zscore(QDVEMOCION)	1,88
Zscore(QDVEMOCION)	2,02

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	,945
df	2
Asymp. Sig.	,623
Exact Sig.	,637
Point Probability	,023

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(QDVSOCIAL)	2,20
Zscore(QDVSOCIAL)	1,83
Zscore(QDVSOCIAL)	1,97

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	3,062
df	2
Asymp. Sig.	,216
Exact Sig.	,226
Point Probability	,009

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(QDVGLOBA)	2,70
Zscore(QDVGLOBA)	1,92
Zscore(QDVGLOBA)	1,38

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	28,450
df	2
Asymp. Sig.	,000
Exact Sig.	,000
Point Probability	,000

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(QDVIC)	1,65
Zscore(QDVIC)	1,35

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	4,263
df	1
Asymp. Sig.	,039
Exact Sig.	,064
Point Probability	,044

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Zscore(QDVFS)	1,52
Zscore(QDVFS)	1,48

Test Statistics[a]

N	30
Chi-Square	,067
df	1
Asymp. Sig.	,796
Exact Sig.	1,000
Point Probability	,393

a. Friedman Test

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		3
	111157		3
	124670		3
	127670		3
	165110		3
	174111		3
	193672		3
	193719		3
	195075		3
	220642		3
	238085		3
	245666		3
	252039		3
	275494		3
	310117		3
	315429		3
	316267		3
	316913		3
	317839		3
	318830		3
	318895		3
	320779		3
	321684		3
	322902		3
	324205		3
	324592		3
	324721		3
	325308		3
	335635		3
	341535		3
grupo	1	1º fase	30
	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZSFAMILIA by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	9.961[a]	31	.321	.396	.997
Intercept	356.011	1	356.011	439.073	.000
código	5.656	29	.195	.241	1.000
grupo	4.306	2	2.153	2.655	.079
Error	47.028	58	.811		
Total	413.000	90			
Corrected Total	56.989	89			

a. R Squared = .175 (Adjusted R Squared = -.266)

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ZSFAMILIA by código

LSD

(I) grupo	(J) grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1º fase	2º fase	-.5000*	.23250	.036	-.9654	-.0346
	3º fase	-.4167	.23250	.078	-.8821	.0487
2º fase	1º fase	.5000*	.23250	.036	.0346	.9654
	3º fase	.0833	.23250	.721	-.3821	.5487
3º fase	1º fase	.4167	.23250	.078	-.0487	.8821
	2º fase	-.0833	.23250	.721	-.5487	.3821

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		3
	111157		3
	124670		3
	127670		3
	165110		3
	174111		3
	193672		3
	193719		3
	195075		3
	220642		3
	238085		3
	245666		3
	252039		3
	275494		3
	310117		3
	315429		3
	316267		3
	316913		3
	317839		3
	318830		3
	318895		3
	320779		3
	321684		3
	322902		3
	324205		3
	324592		3
	324721		3
	325308		3
	335635		3
	341535		3
grupo	1	1º fase	30
	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZESPLUTA by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	24.494[a]	31	.790	1.273	.211
Intercept	356.011	1	356.011	573.662	.000
código	2.989	29	.103	.166	1.000
grupo	21.506	2	10.753	17.327	.000
Error	35.994	58	.621		
Total	416.500	90			
Corrected Total	60.489	89			

a. R Squared = .405 (Adjusted R Squared = .087)

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ZESPLUTA by código

LSD

(I) grupo	(J) grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1º fase	2º fase	-.9833*	.20340	.000	-1.3905	-.5762
	3º fase	-1.0833*	.20340	.000	-1.4905	-.6762
2º fase	1º fase	.9833*	.20340	.000	.5762	1.3905
	3º fase	-.1000	.20340	.625	-.5072	.3072
3º fase	1º fase	1.0833*	.20340	.000	.6762	1.4905
	2º fase	.1000	.20340	.625	-.3072	.5072

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		3
	111157		3
	124670		3
	127670		3
	165110		3
	174111		3
	193672		3
	193719		3
	195075		3
	220642		3
	238085		3
	245666		3
	252039		3
	275494		3
	310117		3
	315429		3
	316267		3
	316913		3
	317839		3
	318830		3
	318895		3
	320779		3
	321684		3
	322902		3
	324205		3
	324592		3
	324721		3
	325308		3
	335635		3
	341535		3
grupo	1	1º fase	30
	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZHOLPHELP by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	35.494[a]	31	1.145	2.555	.001
Intercept	356.011	1	356.011	794.348	.000
código	2.989	29	.103	.230	1.000
grupo	32.506	2	16.253	36.264	.000
Error	25.994	58	.448		
Total	417.500	90			
Corrected Total	61.489	89			

a. R Squared = .577 (Adjusted R Squared = .351)

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ZHOLPHELP by código

LSD

(I) grupo	(J) grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1º fase	2º fase	1.3500*	.17285	.000	1.0040	1.6960
	3º fase	1.1833*	.17285	.000	.8373	1.5293
2º fase	1º fase	-1.3500*	.17285	.000	-1.6960	-1.0040
	3º fase	-.1667	.17285	.339	-.5127	.1793
3º fase	1º fase	-1.1833*	.17285	.000	-1.5293	-.8373
	2º fase	.1667	.17285	.339	-.1793	.5127

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		3
	111157		3
	124670		3
	127670		3
	165110		3
	174111		3
	193672		3
	193719		3
	195075		3
	220642		3
	238085		3
	245666		3
	252039		3
	275494		3
	310117		3
	315429		3
	316267		3
	316913		3
	317839		3
	318830		3
	318895		3
	320779		3
	321684		3
	322902		3
	324205		3
	324592		3
	324721		3
	325308		3
	335635		3
	341535		3
grupo	1	1º fase	30
	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZCANSIEDA by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	6.494[a]	31	.209	.223	1.000
Intercept	356.011	1	356.011	378.913	.000
código	1.656	29	.057	.061	1.000
grupo	4.839	2	2.419	2.575	.085
Error	54.494	58	.940		
Total	417.000	90			
Corrected Total	60.989	89			

a. R Squared = .106 (Adjusted R Squared = -.371)

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ZCANSIEDA by código

LSD

(I) grupo	(J) grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1º fase	2º fase	.3167	.25027	.211	-.1843	.8176
	3º fase	.5667*	.25027	.027	.0657	1.0676
2º fase	1º fase	-.3167	.25027	.211	-.8176	.1843
	3º fase	.2500	.25027	.322	-.2510	.7510
3º fase	1º fase	-.5667*	.25027	.027	-1.0676	-.0657
	2º fase	-.2500	.25027	.322	-.7510	.2510

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		3
	111157		3
	124670		3
	127670		3
	165110		3
	174111		3
	193672		3
	193719		3
	195075		3
	220642		3
	238085		3
	245666		3
	252039		3
	275494		3
	310117		3
	315429		3
	316267		3
	316913		3
	317839		3
	318830		3
	318895		3
	320779		3
	321684		3
	322902		3
	324205		3
	324592		3
	324721		3
	325308		3
	335635		3
	341535		3
grupo	1	1º fase	30
	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZNEUROTIC by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	45.944[a]	31	1.482	5.714	.000
Intercept	356.011	1	356.011	1372.510	.000
código	5.656	29	.195	.752	.797
grupo	40.289	2	20.144	77.662	.000
Error	15.044	58	.259		
Total	417.000	90			
Corrected Total	60.989	89			

a. R Squared = .753 (Adjusted R Squared = .621)

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ZNEUROTIC by código

LSD

(I) grupo	(J) grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1º fase	2º fase	1.4667*	.13150	.000	1.2034	1.7299
	3º fase	1.3667*	.13150	.000	1.1034	1.6299
2º fase	1º fase	-1.4667*	.13150	.000	-1.7299	-1.2034
	3º fase	-.1000	.13150	.450	-.3632	.1632
3º fase	1º fase	-1.3667*	.13150	.000	-1.6299	-1.1034
	2º fase	.1000	.13150	.450	-.1632	.3632

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		3
	111157		3
	124670		3
	127670		3
	165110		3
	174111		3
	193672		3
	193719		3
	195075		3
	220642		3
	238085		3
	245666		3
	252039		3
	275494		3
	310117		3
	315429		3
	316267		3
	316913		3
	317839		3
	318830		3
	318895		3
	320779		3
	321684		3
	322902		3
	324205		3
	324592		3
	324721		3
	325308		3
	335635		3
	341535		3
grupo	1	1º fase	30
	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZQDVGLOBA by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	26.494[a]	31	.855	1.549	.075
Intercept	356.011	1	356.011	645.382	.000
código	2.989	29	.103	.187	1.000
grupo	23.506	2	11.753	21.306	.000
Error	31.994	58	.552		
Total	414.500	90			
Corrected Total	58.489	89			

a. R Squared = .453 (Adjusted R Squared = .161)

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ZQDVGLOBA by código

LSD

(I) grupo	(J) grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1º fase	2º fase	.6833*	.19177	.001	.2995	1.0672
	3º fase	1.2500*	.19177	.000	.8661	1.6339
2º fase	1º fase	-.6833*	.19177	.001	-1.0672	-.2995
	3º fase	.5667*	.19177	.005	.1828	.9505
3º fase	1º fase	-1.2500*	.19177	.000	-1.6339	-.8661
	2º fase	-.5667*	.19177	.005	-.9505	-.1828

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
código	87175		2
	111157		2
	124670		2
	127670		2
	165110		2
	174111		2
	193672		2
	193719		2
	195075		2
	220642		2
	238085		2
	245666		2
	252039		2
	275494		2
	310117		2
	315429		2
	316267		2
	316913		2
	317839		2
	318830		2
	318895		2
	320779		2
	321684		2
	322902		2
	324205		2
	324592		2
	324721		2
	325308		2
	335635		2
	341535		2
grupo	2	2º fase	30
	3	3º fase	30

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Rank of ZQDVIC by código

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3.550[a]	30	.118	.433	.987
Intercept	138.017	1	138.017	504.515	.000
código	2.483	29	.086	.313	.999
grupo	1.067	1	1.067	3.899	.058
Error	7.933	29	.274		
Total	149.500	60			
Corrected Total	11.483	59			

a. R Squared = .309 (Adjusted R Squared = -.406)

ESTUDO 2 – ANÁLISE DESCRITIVA

Statistics

	N	
	Valid	Missing
grupetar	120	0
estacivi	120	0
nfilhos	120	0
escolari	120	0
situprof	120	0
screning	120	0
autoexam	120	0
antoncol	120	0
antpatm	120	0
psicopat	120	0
tipcirur	120	0
trapósc	120	0
ntraposc	120	0
diagnost	120	0
acoppsic	120	0

grupetar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24-38	8	6.7	6.7	6.7
	39-53	54	45.0	45.0	51.7
	54-68	39	32.5	32.5	84.2
	> = 69	19	15.8	15.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

estacivi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	solteira	16	13.3	13.3	13.3
	casada/união facto	78	65.0	65.0	78.3
	divorciada/separada	12	10.0	10.0	88.3
	viúva	14	11.7	11.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

escolari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ºciclo	47	39.2	39.2	39.2
	2ºciclo	20	16.7	16.7	55.8
	3ºciclo	23	19.2	19.2	75.0
	secundário	15	12.5	12.5	87.5
	superior	15	12.5	12.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

situprof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	activa	67	55.8	55.8	55.8
	activa/baixa	5	4.2	4.2	60.0
	desempregada	14	11.7	11.7	71.7
	reformada	29	24.2	24.2	95.8
	outra	5	4.2	4.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

screning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	20.0	20.0	20.0
	sim	96	80.0	80.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

autoexam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	37	30.8	30.8	30.8
	sim	83	69.2	69.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

antoncol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	83	69.2	69.2	69.2
	sim	37	30.8	30.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

antpatm

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	77	64.2	64.2	64.2
	sim	43	35.8	35.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

psicopat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	54	45.0	45.0	45.0
	sim	66	55.0	55.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

acoppsic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	116	96.7	96.7	96.7
	sim	4	3.3	3.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

Statistics

	N	
	Valid	Missing
CONCOFAM	120	0
SEPARPER	120	0
MUDVIDA	120	0
DOEOUTPP	120	0
PROBFINA	120	0
NUACVIDA	120	0

CONCOFAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	67	55.8	55.8	55.8
	sim	53	44.2	44.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

SEPARPER

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	18	15.0	15.0	15.0
	sim	102	85.0	85.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

MUDVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	83	69.2	69.2	69.2
	sim	37	30.8	30.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

DOEOUTPP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	39	32.5	32.5	32.5
	sim	81	67.5	67.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

PROBFINA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	95	79.2	79.2	79.2
	sim	25	20.8	20.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

NUACVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	29	24.2	24.2	24.2
	2	41	34.2	34.2	58.3
	3	26	21.7	21.7	80.0
	4	14	11.7	11.7	91.7
	5	10	8.3	8.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

Statistics

	N	
	Valid	Missing
grupetar	120	0
estacivi	120	0
escolari	120	0
situprof	120	0
screning	120	0
autoexam	120	0
antoncol	120	0
antpatm	120	0
psicopat	120	0
tipcirur	120	0
diagnost	120	0
acoppsic	120	0
CONCOFAM	120	0
SEPARPER	120	0
MUDVIDA	120	0
DOEOUTPP	120	0
PROBFINA	120	0
NUACVIDA	120	0

grupetar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24-38	11	9.2	9.2	9.2
	39-53	53	44.2	44.2	53.3
	54-68	36	30.0	30.0	83.3
	> = 69	20	16.7	16.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

estacivi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	solteira	14	11.7	11.7	11.7
	casada/união facto	84	70.0	70.0	81.7
	divorciada/separada	10	8.3	8.3	90.0
	viúva	12	10.0	10.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

escolari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ºciclo	58	48.3	48.3	48.3
	2ºciclo	15	12.5	12.5	60.8
	3ºciclo	18	15.0	15.0	75.8
	secundário	15	12.5	12.5	88.3
	superior	14	11.7	11.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

situprof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	activa	27	22.5	22.5	22.5
	activa/baixa	35	29.2	29.2	51.7
	desempregada	9	7.5	7.5	59.2
	reformada	32	26.7	26.7	85.8
	outra	17	14.2	14.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

screning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	35	29.2	29.2	29.2
	sim	85	70.8	70.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

autoexam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	30	25.0	25.0	25.0
	sim	90	75.0	75.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

antoncol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	86	71.7	71.7	71.7
	sim	34	28.3	28.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

antpatm

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	79	65.8	65.8	65.8
	sim	41	34.2	34.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

psicopat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	56	46.7	46.7	46.7
	sim	64	53.3	53.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

tipcirur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	parcial	32	26.7	26.7	26.7
	radical	88	73.3	73.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

diagnost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	estadio 1	28	23.3	23.3	23.3
	estadio 2	71	59.2	59.2	82.5
	estadio 3	21	17.5	17.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

acoppsic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	112	93.3	93.3	93.3
	sim	8	6.7	6.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

CONCOFAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	98	81.7	81.7	81.7
	sim	22	18.3	18.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

SEPARPER

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	39	32.5	32.5	32.5
	sim	81	67.5	67.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

MUDVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	102	85.0	85.0	85.0
	sim	18	15.0	15.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

DOEOUTPP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	58	48.3	48.3	48.3
	sim	62	51.7	51.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

PROBFINA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	115	95.8	95.8	95.8
	sim	5	4.2	4.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

NUACVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	6.7	6.7	6.7
	1	42	35.0	35.0	41.7
	2	35	29.2	29.2	70.8
	3	23	19.2	19.2	90.0
	4	7	5.8	5.8	95.8
	5	4	3.3	3.3	99.2
	6	1	.8	.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

Statistics

	N	
	Valid	Missing
grupetar	120	0
estacivi	120	0
escolari	120	0
situprof	120	0
screning	120	0
autoexam	120	0
antoncol	120	0
antpatm	120	0
psicopat	120	0
tipcirur	120	0
trapósc	120	0
diagnost	120	0
acoppsic	120	0
CONCOFAM	120	0
SEPARPER	120	0
MUDVIDA	120	0
DOEOUTPP	120	0
PROBFINA	120	0
NUACVIDA	120	0

grupetar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24-38	20	16.7	16.7	16.7
	39-53	42	35.0	35.0	51.7
	54-68	33	27.5	27.5	79.2
	> = 69	25	20.8	20.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

estacivi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	solteira	16	13.3	13.3	13.3
	casada/união facto	76	63.3	63.3	76.7
	divorciada/separada	7	5.8	5.8	82.5
	viúva	21	17.5	17.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

escolari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ºciclo	54	45.0	45.0	45.0
	2ºciclo	14	11.7	11.7	56.7
	3ºciclo	19	15.8	15.8	72.5
	secundário	22	18.3	18.3	90.8
	superior	11	9.2	9.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

situprof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	activa	42	35.0	35.0	35.0
	activa/baixa	22	18.3	18.3	53.3
	desempregada	3	2.5	2.5	55.8
	reformada	42	35.0	35.0	90.8
	outra	11	9.2	9.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

screning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	47	39.2	39.2	39.2
	sim	73	60.8	60.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

autoexam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	33	27.5	27.5	27.5
	sim	87	72.5	72.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

antoncol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	79	65.8	65.8	65.8
	sim	41	34.2	34.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

antpatm

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	94	78.3	78.3	78.3
	sim	26	21.7	21.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

psicopat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	77	64.2	64.2	64.2
	sim	43	35.8	35.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

tipcirur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	parcial	10	8.3	8.3	8.3
	radical	110	91.7	91.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

trapósc

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	quimioterapia	23	19.2	19.2	19.2
	radioterapia	6	5.0	5.0	24.2
	quimiot/radioter	29	24.2	24.2	48.3
	hormonoterapia	13	10.8	10.8	59.2
	quiniot / hormonoterapia	10	8.3	8.3	67.5
	radiot / hormonot	8	6.7	6.7	74.2
	qt/rt/ht	31	25.8	25.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

diagnost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	estadio 1	17	14.2	14.2	14.2
	estadio 2	96	80.0	80.0	94.2
	estadio 3	7	5.8	5.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

acoppsic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	111	92.5	92.5	92.5
	sim	9	7.5	7.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

CONCOFAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	93	77.5	77.5	77.5
	sim	27	22.5	22.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

SEPARPER

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	49	40.8	40.8	40.8
	sim	71	59.2	59.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

MUDVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	100	83.3	83.3	83.3
	sim	20	16.7	16.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

DOEOUTPP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	47	39.2	39.2	39.2
	sim	73	60.8	60.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

PROBFINA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	109	90.8	90.8	90.8
	sim	11	9.2	9.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

NUACVIDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	12.5	12.5	12.5
	1	33	27.5	27.5	40.0
	2	22	18.3	18.3	58.3
	3	29	24.2	24.2	82.5
	4	4	3.3	3.3	85.8
	5	12	10.0	10.0	95.8
	6	5	4.2	4.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

Statistics

	N		Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing					
SAMIGOSMEDIA	120	0	49.8758	53.5125	16.47679	13.65	68.25
SOCIAISMEDIA	120	0	45.2842	44.4750	16.38143	14.83	74.13
FAMILIAMEDIA	120	0	77.0004	78.9250	20.30249	19.03	95.13
INTIMIDMEDIA	120	0	66.7557	71.7600	21.03297	16.84	84.20
SUPORTETOTALMEDIA	120	0	68.1613	71.0167	14.45277	23.11	90.57
CRAIVAMEDIA	120	0	45.6811	42.0000	17.41180	20.47	81.87
CANSIEDDMEDIA	120	0	47.2256	48.3000	16.47155	19.73	78.93
CDEPRESSAOMEDIA	120	0	63.6850	58.8000	21.39311	24.80	99.20
CETOTALMEDIA	120	0	22.3702	21.0643	6.65861	9.59	37.14
DEPRESSAOMEDIA	120	0	15.1371	12.7125	12.68912	.00	55.58
ANSIEDADEMEDIA	120	0	11.6813	10.4625	9.59023	.00	38.10
HOLPHELPMEDIA	120	0	47.8594	47.6167	15.89204	27.90	89.53
ESPILUTAMEDIA	120	0	65.0778	63.6667	12.74447	20.67	82.67
EVITAMENTMEDIA	120	0	57.7358	56.9000	11.24428	18.97	75.87
NEUROTICISMOMEDIA	120	0	36.6094	36.2000	13.47172	11.60	64.50

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SAMIGOSMEDIA	120	0	49.6177	50.7500	14.22750	13.65	68.25
SOCIAISMEDIA	120	0	48.1113	50.5500	16.91647	14.83	74.13
FAMILIAMEDIA	120	0	76.6044	78.9250	19.40755	19.03	95.13
INTIMIDMEDIA	120	0	67.4497	71.7600	19.77719	16.84	84.20
SUPORTETOTALMEDIA	120	0	68.9721	70.2500	14.38183	25.96	91.40
CRAIVAMEDIA	120	0	45.5392	42.4000	18.11118	20.47	81.87
CANSIEDDMEDIA	120	0	46.0361	44.6000	15.06603	19.73	78.93
CDEPRESSAOMEDIA	120	0	63.0533	59.6000	21.39716	24.80	99.20
CETOTALMEDIA	120	0	22.0898	20.3452	6.52522	9.29	37.14
DEPRESSAOMEDIA	120	0	17.6073	15.6625	11.74680	.00	54.45
ANSIEDADEMEDIA	120	0	14.0138	13.7625	9.66214	.00	39.83
HOLPHELPMEDIA	120	0	45.3089	45.4333	14.15452	27.90	88.67
ESPILUTAMEDIA	120	0	63.9611	63.6667	13.16137	20.67	82.67
EVITAMENTMEDIA	120	0	56.4222	56.9000	11.20528	18.97	75.87
NEUROTICISMOMEDIA	120	0	27.9292	26.7625	10.58803	.78	62.55

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SAMIGOSMEDIA	120	0	50.5369	54.6000	14.65079	13.65	68.25
SOCIAISMEDIA	120	0	43.5225	44.4750	17.99542	14.83	74.13
FAMILIAMEDIA	120	0	76.8160	78.3625	19.52854	19.03	95.13
INTIMIDMEDIA	120	0	69.7140	71.0000	16.92121	16.84	84.20
SUPORTETOTALMEDIA	120	0	68.8048	70.6067	13.47579	34.09	91.40
CRAIVAMEDIA	120	0	46.7772	42.0000	17.94479	20.47	81.87
CANSIEDDMEDIA	120	0	45.1394	39.4667	16.77428	19.73	78.93
CDEPRESSAOMEDIA	120	0	61.6400	54.6000	20.64885	24.80	99.20
CETOTALMEDIA	120	0	21.9367	20.5429	7.06515	9.74	37.14
DEPRESSAOMEDIA	120	0	14.8304	11.7250	12.63309	.00	59.50
ANSIEDADEMEDIA	120	0	11.2350	9.9000	9.40987	.00	37.13
HOLPHELPMEDIA	120	0	45.9558	45.7333	13.89721	27.90	86.50
ESPILUTAMEDIA	120	0	64.0917	62.6667	10.73898	20.67	82.67
EVITAMENTMEDIA	120	0	55.3794	56.9000	10.13713	18.97	75.87
NEUROTICISMOMEDIA	120	0	27.1419	26.3625	9.75620	2.90	50.58

ESTUDO 2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	grupo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Zscore(SAMIGOS)	1º fase	.134	120	.000	.901	120	.000
	2º fase	.097	120	.008	.942	120	.000
	3º fase	.143	120	.000	.921	120	.000
Zscore(ASOCIAIS)	1º fase	.070	120	.200(*)	.972	120	.012
	2º fase	.077	120	.079	.959	120	.001
	3º fase	.155	120	.000	.942	120	.000
Zscore(SFAMILIA)	1º fase	.186	120	.000	.830	120	.000
	2º fase	.170	120	.000	.856	120	.000
	3º fase	.174	120	.000	.853	120	.000
Zscore(SINTIMID)	1º fase	.205	120	.000	.793	120	.000
	2º fase	.215	120	.000	.793	120	.000
	3º fase	.220	120	.000	.795	120	.000
Zscore(SSTOTAL)	1º fase	.089	120	.020	.958	120	.001
	2º fase	.062	120	.200(*)	.960	120	.001
	3º fase	.077	120	.074	.968	120	.005
Zscore(ESPLUTA)	1º fase	.107	120	.002	.927	120	.000
	2º fase	.143	120	.000	.881	120	.000
	3º fase	.091	120	.017	.931	120	.000
Zscore(HOLPHELP)	1º fase	.120	120	.000	.933	120	.000
	2º fase	.109	120	.001	.921	120	.000
	3º fase	.135	120	.000	.919	120	.000
Zscore(EVITAMEN)	1º fase	.137	120	.000	.928	120	.000
	2º fase	.175	120	.000	.924	120	.000
	3º fase	.185	120	.000	.910	120	.000
Zscore(CDEPRESS)	1º fase	.105	120	.003	.946	120	.000
	2º fase	.101	120	.005	.945	120	.000
	3º fase	.148	120	.000	.942	120	.000
Zscore(CANSIEDA)	1º fase	.106	120	.002	.966	120	.004
	2º fase	.127	120	.000	.961	120	.002
	3º fase	.149	120	.000	.938	120	.000
Zscore(CRAIVA)	1º fase	.151	120	.000	.933	120	.000
	2º fase	.154	120	.000	.932	120	.000
	3º fase	.207	120	.000	.922	120	.000
Zscore(CETOTAL)	1º fase	.090	120	.018	.976	120	.031
	2º fase	.117	120	.000	.967	120	.005
	3º fase	.094	120	.011	.970	120	.009
Zscore(ANSIEDD)	1º fase	.112	120	.001	.931	120	.000
	2º fase	.104	120	.003	.951	120	.000
	3º fase	.158	120	.000	.913	120	.000
Zscore(DEPRES)	1º fase	.116	120	.000	.918	120	.000
	2º fase	.082	120	.046	.964	120	.003
	3º fase	.136	120	.000	.916	120	.000
Zscore(NEUROTIC)	1º fase	.063	120	.200(*)	.977	120	.036
	2º fase	.090	120	.018	.980	120	.065
	3º fase	.078	120	.070	.984	120	.183
Zscore(QDVFISI)	1º fase	.198	120	.000	.862	120	.000
	2º fase	.121	120	.000	.948	120	.000
	3º fase	.158	120	.000	.899	120	.000

Zscore(QDVEMOCION)	1º fase	.212	120	.000	.914	120	.000
	2º fase	.160	120	.000	.938	120	.000
	3º fase	.157	120	.000	.914	120	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	1º fase	.398	120	.000	.603	120	.000
	2º fase	.198	120	.000	.849	120	.000
	3º fase	.306	120	.000	.754	120	.000
Zscore(QDVGLOBA)	1º fase	.142	120	.000	.948	120	.000
	2º fase	.197	120	.000	.946	120	.000
	3º fase	.184	120	.000	.894	120	.000

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Zscore(SAMIGOS)	Based on Mean	1.696	2	357	.185
	Based on Median	1.540	2	357	.216
	Based on Median and with adjusted df	1.540	2	345.995	.216
	Based on trimmed mean	1.635	2	357	.196
Zscore(ASOCIAIS)	Based on Mean	1.299	2	357	.274
	Based on Median	1.210	2	357	.299
	Based on Median and with adjusted df	1.210	2	356.966	.299
	Based on trimmed mean	1.306	2	357	.272
Zscore(SFAMILIA)	Based on Mean	.119	2	357	.887
	Based on Median	.081	2	357	.922
	Based on Median and with adjusted df	.081	2	354.362	.922
	Based on trimmed mean	.079	2	357	.924
Zscore(SINTIMID)	Based on Mean	2.754	2	357	.065
	Based on Median	1.689	2	357	.186
	Based on Median and with adjusted df	1.689	2	341.318	.186
	Based on trimmed mean	2.180	2	357	.115
Zscore(SSTOTAL)	Based on Mean	.380	2	357	.684
	Based on Median	.342	2	357	.711
	Based on Median and with adjusted df	.342	2	354.698	.711
	Based on trimmed mean	.364	2	357	.695
Zscore(ESPLUTA)	Based on Mean	1.377	2	357	.254
	Based on Median	1.444	2	357	.237
	Based on Median and with adjusted df	1.444	2	342.828	.237
	Based on trimmed mean	1.301	2	357	.274
Zscore(HOLPHELP)	Based on Mean	1.635	2	357	.196
	Based on Median	1.637	2	357	.196
	Based on Median and with adjusted df	1.637	2	352.975	.196
	Based on trimmed mean	1.513	2	357	.222
Zscore(EVITAMEN)	Based on Mean	.510	2	357	.601
	Based on Median	.828	2	357	.438
	Based on Median and with adjusted df	.828	2	356.564	.438
	Based on trimmed mean	.630	2	357	.533
Zscore(CDEPRESS)	Based on Mean	.041	2	357	.959

	Based on Median	.024	2	357	.976
	Based on Median and with adjusted df	.024	2	356.111	.976
	Based on trimmed mean	.044	2	357	.957
Zscore(CANSIEDA)	Based on Mean	1.141	2	357	.321
	Based on Median	1.042	2	357	.354
	Based on Median and with adjusted df	1.042	2	336.313	.354
	Based on trimmed mean	1.170	2	357	.312
Zscore(CRAIVA)	Based on Mean	.048	2	357	.953
	Based on Median	.086	2	357	.918
	Based on Median and with adjusted df	.086	2	353.406	.918
	Based on trimmed mean	.044	2	357	.957
Zscore(CETOTAL)	Based on Mean	.917	2	357	.401
	Based on Median	.906	2	357	.405
	Based on Median and with adjusted df	.906	2	356.197	.405
	Based on trimmed mean	.923	2	357	.398
Zscore(ANSIEDD)	Based on Mean	.021	2	357	.980
	Based on Median	.002	2	357	.998
	Based on Median and with adjusted df	.002	2	355.853	.998
	Based on trimmed mean	.007	2	357	.993
Zscore(DEPRES)	Based on Mean	.351	2	357	.704
	Based on Median	.194	2	357	.824
	Based on Median and with adjusted df	.194	2	351.672	.824
	Based on trimmed mean	.254	2	357	.776
Zscore(NEUROTIC)	Based on Mean	11.196	2	357	.000
	Based on Median	11.096	2	357	.000
	Based on Median and with adjusted df	11.096	2	349.808	.000
	Based on trimmed mean	11.148	2	357	.000
Zscore(QDVFISI)	Based on Mean	2.223	2	357	.110
	Based on Median	2.498	2	357	.084
	Based on Median and with adjusted df	2.498	2	341.190	.084
	Based on trimmed mean	2.591	2	357	.076
Zscore(QDVEMOCION)	Based on Mean	.046	2	357	.955
	Based on Median	.076	2	357	.927
	Based on Median and with adjusted df	.076	2	349.532	.927
	Based on trimmed mean	.043	2	357	.958
Zscore(QDVSOCIAL)	Based on Mean	5.290	2	357	.005
	Based on Median	7.174	2	357	.001
	Based on Median and with adjusted df	7.174	2	316.070	.001
	Based on trimmed mean	6.466	2	357	.002
Zscore(QDVGLOBA)	Based on Mean	3.681	2	357	.026
	Based on Median	4.223	2	357	.015
	Based on Median and with adjusted df	4.223	2	347.506	.015
	Based on trimmed mean	3.809	2	357	.023

Homogeneidade das amostras

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
situprof * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
screning * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
autoexam * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
antoncol * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
antpatm * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
psicopat * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
tipcirur * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
trapósc * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
diagnost * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%
acoppsic * grupo	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%

situprof * grupo

Crosstab

Count

		grupo			
		1º fase	2º fase	3º fase	Total
situprof	activa	67	27	42	136
	activa/baixa	5	35	22	62
	desempregada	14	9	3	26
	reformada	29	32	42	103
	outra	5	17	11	33
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56,162[a]	8	,000
Likelihood Ratio	60,679	8	,000
Linear-by-Linear Association	6,575	1	,010
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,67.

screning * grupo

Crosstab

Count

		grupo			
		1º fase	2º fase	3º fase	Total
screning	não	24	35	47	106
	sim	96	85	73	254
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,617[a]	2	,005
Likelihood Ratio	10,733	2	,005
Linear-by-Linear Association	10,580	1	,001
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35,33.

autoexam * grupo

Crosstab

Count

		grupo			Total
		1º fase	2º fase	3º fase	
autoexam	não	37	30	33	100
	sim	83	90	87	260
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,025[a]	2	,599
Likelihood Ratio	1,023	2	,600
Linear-by-Linear Association	,331	1	,565
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,33.

antoncol * grupo

Crosstab

Count

		grupo			Total
		1º fase	2º fase	3º fase	
antoncol	não	83	86	79	248
	sim	37	34	41	112
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,959[a]	2	,619
Likelihood Ratio	,958	2	,619
Linear-by-Linear Association	,310	1	,578
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,33.

antpatm * grupo

Crosstab

Count

		grupo			Total
		1º fase	2º fase	3º fase	
antpatm	não	77	79	94	250
	sim	43	41	26	110
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,781[a]	2	,034
Likelihood Ratio	7,020	2	,030
Linear-by-Linear Association	5,659	1	,017
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,67.

psicopat * grupo

Crosstab

Count

		grupo			
		1º fase	2º fase	3º fase	Total
psicopat	não	54	56	77	187
	sim	66	64	43	173
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,839[a]	2	,004
Likelihood Ratio	10,958	2	,004
Linear-by-Linear Association	8,805	1	,003
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 57,67.

diagnost * grupo

Crosstab

Count

		grupo			
		1º fase	2º fase	3º fase	Total
diagnost	estadio 1	73	28	17	118
	estadio 2	46	71	96	213
	estadio 3	1	21	7	29
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	84,161[a]	4	,000
Likelihood Ratio	84,249	4	,000
Linear-by-Linear Association	46,001	1	,000
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,67.

acoppsic * grupo

Crosstab

Count

		grupo			
		1º fase	2º fase	3º fase	Total
acoppsic	não	116	112	111	339
	sim	4	8	9	21
Total		120	120	120	360

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,124[a]	2	,346
Likelihood Ratio	2,307	2	,316
Linear-by-Linear Association	1,891	1	,169
N of Valid Cases	360		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

Kruskal-Wallis Test ESTÁDIO 1

Ranks

	ANSI	N	Mean Rank
Zscore(SAMIGOS)	0	45	63.00
	1	44	64.16
	2	26	54.12
	3	5	39.00
	Total	120	
Zscore(ASOCIAIS)	0	45	69.32
	1	44	64.38
	2	26	44.10
	3	5	32.30
	Total	120	
Zscore(SFAMILIA)	0	45	67.21
	1	44	64.01
	2	26	51.98
	3	5	13.50
	Total	120	
Zscore(SINTIMID)	0	45	61.52
	1	44	67.03
	2	26	52.54
	3	5	35.20
	Total	120	
Zscore(SSTOTAL)	0	45	66.06
	1	44	66.64
	2	26	49.25
	3	5	15.00
	Total	120	
Zscore(ESPLUTA)	0	45	66.59
	1	44	61.75
	2	26	53.88
	3	5	29.10
	Total	120	
Zscore(HOLPHELP)	0	45	52.16
	1	44	55.31
	2	26	77.12
	3	5	94.90
	Total	120	
Zscore(EVITAMEN)	0	45	60.02
	1	44	58.76
	2	26	66.50
	3	5	48.90
	Total	120	
Zscore(CDEPRESS)	0	45	56.73
	1	44	59.45
	2	26	64.96
	3	5	80.40
	Total	120	
Zscore(CANSIEDA)	0	45	56.34
	1	44	60.73
	2	26	61.92
	3	5	88.50
	Total	120	
Zscore(CRAIVA)	0	45	54.72
	1	44	58.41
	2	26	70.83
	3	5	77.20
	Total	120	
Zscore(CETOTAL)	0	45	55.91
	1	44	59.81
	2	26	65.06
	3	5	84.20
	Total	120	
Zscore(NEUROTIC)	0	45	49.34
	1	44	59.86
	2	26	74.33
	3	5	94.60
	Total	120	
Zscore(QDVFISI)	0	45	73.99
	1	44	55.44
	2	26	49.17
	3	5	42.50
	Total	120	
Zscore(QDVEMOCION)	0	45	81.30
	1	44	53.01
	2	26	45.62
	3	5	16.60
	Total	120	
Zscore(QDVSOCIAL)	0	45	69.09
	1	44	56.43
	2	26	51.85
	3	5	64.00
	Total	120	
Zscore(QDVGLOBA)	0	45	49.39
	1	44	60.43
	2	26	76.75
	3	5	76.60
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Zscore(SAMIGOS)	3.578	3	.311
Zscore(ASOCIAIS)	12.525	3	.006
Zscore(SFAMILIA)	13.359	3	.004
Zscore(SINTIMID)	6.032	3	.110
Zscore(SSTOTAL)	13.792	3	.003
Zscore(ESPLUTA)	6.484	3	.090
Zscore(HOLPHELP)	14.586	3	.002
Zscore(EVITAMEN)	1.461	3	.691
Zscore(CDEPRESS)	2.645	3	.450
Zscore(CANSIEDA)	3.940	3	.268
Zscore(CRAIVA)	4.853	3	.183
Zscore(CETOTAL)	3.568	3	.312
Zscore(NEUROTIC)	13.556	3	.004
Zscore(QDVFISI)	12.121	3	.007
Zscore(QDVEMOCION)	31.526	3	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	7.532	3	.057
Zscore(QDVGLOBA)	11.591	3	.009

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ANSI

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 1

Ranks

	DEPRE	N	Mean Rank
Zscore(SAMIGOS)	0	62	68.04
	1	32	55.67
	2	17	52.65
	3	8	32.56
	4	1	104.50
	Total	120	
Zscore(ASOCIAIS)	0	62	67.47
	1	32	64.47
	2	17	45.94
	3	8	28.69
	4	1	3.50
	Total	120	
Zscore(SFAMILIA)	0	62	67.03
	1	32	55.42
	2	17	58.71
	3	8	41.25
	4	1	2.50
	Total	120	
Zscore(SINTIMID)	0	62	66.92
	1	32	58.16
	2	17	45.97
	3	8	46.56
	4	1	96.00
	Total	120	
Zscore(SSTOTAL)	0	62	69.19
	1	32	56.88
	2	17	49.85
	3	8	34.94
	4	1	23.00
	Total	120	
Zscore(ESPLUTA)	0	62	66.84
	1	32	62.34
	2	17	46.32
	3	8	40.06
	4	1	13.00
	Total	120	
Zscore(HOLPHELP)	0	62	48.69
	1	32	63.91
	2	17	79.94
	3	8	90.56
	4	1	113.00
	Total	120	
Zscore(EVITAMEN)	0	62	61.35
	1	32	62.88
	2	17	63.47
	3	8	44.50
	4	1	9.00
	Total	120	
Zscore(CDEPRESS)	0	62	52.02
	1	32	71.31
	2	17	61.74
	3	8	75.50
	4	1	99.00
	Total	120	
Zscore(CANSIEDA)	0	62	52.01
	1	32	75.50
	2	17	51.21
	3	8	80.56
	4	1	104.50
	Total	120	
Zscore(CRAIVA)	0	62	53.40
	1	32	70.94
	2	17	60.03
	3	8	67.69
	4	1	117.00
	Total	120	
Zscore(CETOTAL)	0	62	51.63
	1	32	74.19
	2	17	56.06
	3	8	77.25
	4	1	114.00
	Total	120	
Zscore(NEUROTIC)	0	62	50.59
	1	32	68.20
	2	17	70.12
	3	8	86.50
	4	1	57.00
	Total	120	
Zscore(QDVFISI)	0	62	73.79
	1	32	51.00
	2	17	42.79
	3	8	35.19
	4	1	44.00
	Total	120	
Zscore(QDVEMOCION)	0	62	75.20
	1	32	53.39
	2	17	43.47
	3	8	15.19
	4	1	28.50
	Total	120	
Zscore(QDVSOCIAL)	0	62	65.27
	1	32	58.88
	2	17	51.85
	3	8	46.13
	4	1	79.00
	Total	120	
Zscore(QDVGLOBA)	0	62	49.41
	1	32	64.05
	2	17	79.79
	3	8	93.25
	4	1	44.50
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Zscore(SAMIGOS)	11.389	4	.023
Zscore(ASOCIAIS)	15.279	4	.004
Zscore(SFAMILIA)	8.492	4	.075
Zscore(SINTIMID)	8.133	4	.087
Zscore(SSTOTAL)	11.296	4	.023
Zscore(ESPLUTA)	9.649	4	.047
Zscore(HOLPHELP)	21.305	4	.000
Zscore(EVITAMEN)	4.234	4	.375
Zscore(CDEPRESS)	9.556	4	.049
Zscore(CANSIEDA)	15.170	4	.004
Zscore(CRAIVA)	8.460	4	.076
Zscore(CETOTAL)	13.485	4	.009
Zscore(NEUROTIC)	12.382	4	.015
Zscore(QDVFISI)	20.869	4	.000
Zscore(QDVEMOCION)	31.581	4	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	5.919	4	.205
Zscore(QDVGLOBA)	19.596	4	.001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: DEPRE

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 2

Ranks

	ANSI	N	Mean Rank
Zscore(SAMIGOS)	0	49	68.82
	1	30	59.43
	2	33	47.68
	3	8	66.44
	Total	120	
Zscore(ASOCIAIS)	0	49	72.74
	1	30	53.87
	2	33	49.59
	3	8	55.38
	Total	120	
Zscore(SFAMILIA)	0	49	65.83
	1	30	57.52
	2	33	56.59
	3	8	55.19
	Total	120	
Zscore(SINTIMID)	0	49	66.20
	1	30	51.88
	2	33	61.88
	3	8	52.19
	Total	120	
Zscore(SSTOTAL)	0	49	70.04
	1	30	55.77
	2	33	50.91
	3	8	59.38
	Total	120	
Zscore(ESPLUTA)	0	49	64.09
	1	30	64.50
	2	33	49.17
	3	8	70.25
	Total	120	
Zscore(HOLPHELP)	0	49	50.00
	1	30	59.25
	2	33	71.89
	3	8	82.50
	Total	120	
Zscore(EVITAMEN)	0	49	59.97
	1	30	62.33
	2	33	60.74
	3	8	55.88
	Total	120	
Zscore(CDEPRESS)	0	49	57.60
	1	30	51.93
	2	33	74.23
	3	8	53.75
	Total	120	
Zscore(CANSIEDA)	0	49	60.81
	1	30	53.53
	2	33	68.00
	3	8	53.81
	Total	120	
Zscore(CRAIVA)	0	49	61.57
	1	30	58.52
	2	33	61.14
	3	8	58.75
	Total	120	
Zscore(CETOTAL)	0	49	60.64
	1	30	51.87
	2	33	70.62
	3	8	50.25
	Total	120	
Zscore(NEUROTIC)	0	49	43.31
	1	30	61.95
	2	33	74.62
	3	8	102.13
	Total	120	
Zscore(QDVFISI)	0	49	67.93
	1	30	56.88
	2	33	56.41
	3	8	45.44
	Total	120	
Zscore(QDVEMOCION)	0	49	79.48
	1	30	57.93
	2	33	43.71
	3	8	23.13
	Total	120	
Zscore(QDVSOCIAL)	0	49	75.33
	1	30	53.08
	2	33	49.20
	3	8	44.13
	Total	120	
Zscore(QDVGLOBA)	0	49	50.08
	1	30	69.28
	2	33	61.23
	3	8	88.38
	Total	120	
Zscore(QDVIC)	0	49	71.12
	1	30	57.63
	2	33	53.73
	3	8	34.13
	Total	120	
Zscore(QDVFS)	0	49	61.04
	1	30	62.88
	2	33	59.30
	3	8	53.19
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Zscore(SAMIGOS)	7.615	3	.055
Zscore(ASOCIAIS)	10.609	3	.014
Zscore(SFAMILIA)	2.045	3	.563
Zscore(SINTIMID)	3.801	3	.284
Zscore(SSTOTAL)	6.759	3	.080
Zscore(ESPLUTA)	5.088	3	.165
Zscore(HOLPHELP)	11.361	3	.010
Zscore(EVITAMEN)	.241	3	.971
Zscore(CDEPRESS)	7.656	3	.054
Zscore(CANSIEDA)	3.061	3	.382
Zscore(CRAIVA)	.176	3	.981
Zscore(CETOTAL)	5.337	3	.149
Zscore(NEUROTIC)	28.919	3	.000
Zscore(QDVFISI)	4.573	3	.206
Zscore(QDVEMOCION)	32.166	3	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	16.632	3	.001
Zscore(QDVGLOBA)	12.150	3	.007
Zscore(QDVIC)	11.201	3	.011
Zscore(QDVFS)	.715	3	.870

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ANSI

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 2

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Zscore(SAMIGOS)	8.213	4	.084
Zscore(ASOCIAIS)	14.205	4	.007
Zscore(SFAMILIA)	7.722	4	.102
Zscore(SINTIMID)	9.304	4	.054
Zscore(SSTOTAL)	12.761	4	.013
Zscore(ESPLUTA)	8.820	4	.066
Zscore(HOLPHELP)	23.991	4	.000
Zscore(EVITAMEN)	1.322	4	.858
Zscore(CDEPRESS)	8.569	4	.073
Zscore(CANSIEDA)	6.158	4	.188
Zscore(CRAIVA)	11.399	4	.022
Zscore(CETOTAL)	12.039	4	.017
Zscore(NEUROTIC)	30.331	4	.000
Zscore(QDVFISI)	12.960	4	.011
Zscore(QDVEMOCION)	36.095	4	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	3.633	4	.458
Zscore(QDVGLOBA)	16.110	4	.003
Zscore(QDVIC)	18.075	4	.001
Zscore(QDVFS)	1.087	4	.896

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: DEPRE

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 3

Ranks

	ANSI	N	Mean Rank
Zscore(SAMIGOS)	0	57	65.75
	1	32	63.63
	2	28	46.48
	3	3	58.17
	Total	120	
Zscore(ASOCIAIS)	0	57	65.08
	1	32	58.03
	2	28	54.80
	3	3	53.00
	Total	120	
Zscore(SFAMILIA)	0	57	64.81
	1	32	51.33
	2	28	61.79
	3	3	64.50
	Total	120	
Zscore(SINTIMID)	0	57	55.57
	1	32	68.92
	2	28	59.36
	3	3	75.00
	Total	120	
Zscore(SSTOTAL)	0	57	62.42
	1	32	60.69
	2	28	55.36
	3	3	70.00
	Total	120	
Zscore(ESPLUTA)	0	57	64.54
	1	32	51.31
	2	28	60.32
	3	3	83.33
	Total	120	
Zscore(HOLPHELP)	0	57	54.82
	1	32	59.59
	2	28	69.88
	3	3	90.50
	Total	120	
Zscore(EVITAMEN)	0	57	61.32
	1	32	57.23
	2	28	63.77
	3	3	49.33
	Total	120	
Zscore(CDEPRESS)	0	57	53.53
	1	32	54.77
	2	28	77.88
	3	3	92.00
	Total	120	
Zscore(CANSIEDA)	0	57	55.45
	1	32	56.06
	2	28	72.52
	3	3	91.67
	Total	120	
Zscore(CRAIVA)	0	57	60.61
	1	32	50.91
	2	28	70.29
	3	3	69.50
	Total	120	
Zscore(CETOTAL)	0	57	55.70
	1	32	53.34
	2	28	75.46
	3	3	88.33
	Total	120	
Zscore(NEUROTIC)	0	57	47.67
	1	32	56.86
	2	28	85.98
	3	3	105.33
	Total	120	
Zscore(QDVFISI)	0	57	79.08
	1	32	56.31
	2	28	31.61
	3	3	21.83
	Total	120	
Zscore(QDVEMOCION)	0	57	82.25
	1	32	51.39
	2	28	32.57
	3	3	5.00
	Total	120	
Zscore(QDVSOCIAL)	0	57	64.97
	1	32	53.30
	2	28	61.75
	3	3	40.67
	Total	120	
Zscore(QDVGLOBA)	0	57	45.03
	1	32	65.39
	2	28	81.84
	3	3	103.17
	Total	120	
Zscore(QDVIC)	0	57	64.93
	1	32	53.92
	2	28	60.57
	3	3	45.83
	Total	120	
Zscore(QDVFS)	0	57	54.95
	1	32	63.56
	2	28	68.11
	3	3	62.33
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Zscore(SAMIGOS)	6.232	3	.101
Zscore(ASOCIAIS)	2.047	3	.563
Zscore(SFAMILIA)	3.308	3	.347
Zscore(SINTIMID)	3.826	3	.281
Zscore(SSTOTAL)	1.011	3	.799
Zscore(ESPLUTA)	4.320	3	.229
Zscore(HOLPHELP)	5.889	3	.117
Zscore(EVITAMEN)	.897	3	.826
Zscore(CDEPRESS)	12.828	3	.005
Zscore(CANSIEDA)	7.664	3	.053
Zscore(CRAIVA)	4.896	3	.180
Zscore(CETOTAL)	9.546	3	.023
Zscore(NEUROTIC)	28.127	3	.000
Zscore(QDVFISI)	40.773	3	.000
Zscore(QDVEMOCION)	51.304	3	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	3.990	3	.263
Zscore(QDVGLOBA)	28.603	3	.000
Zscore(QDVIC)	2.829	3	.419
Zscore(QDVFS)	3.753	3	.289

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ANSI

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 3

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Zscore(SAMIGOS)	11.261	4	.024
Zscore(ASOCIAIS)	4.722	4	.317
Zscore(SFAMILIA)	18.161	4	.001
Zscore(SINTIMID)	5.419	4	.247
Zscore(SSTOTAL)	7.882	4	.096
Zscore(ESPLUTA)	10.146	4	.038
Zscore(HOLPHELP)	18.452	4	.001
Zscore(EVITAMEN)	10.238	4	.037
Zscore(CDEPRESS)	16.698	4	.002
Zscore(CANSIEDA)	14.243	4	.007
Zscore(CRAIVA)	20.221	4	.000
Zscore(CETOTAL)	18.659	4	.001
Zscore(NEUROTIC)	23.202	4	.000
Zscore(QDVFISI)	36.627	4	.000
Zscore(QDVEMOCION)	34.214	4	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	9.089	4	.059
Zscore(QDVGLOBA)	29.886	4	.000
Zscore(QDVIC)	6.664	4	.155
Zscore(QDVFS)	8.306	4	.081

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: DEPRE

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 1

Ranks

	ANSI	N	Mean Rank
grupetar	0	45	60.77
	1	44	62.22
	2	26	61.35
	3	5	38.60
	Total	120	
estacivi	0	45	61.52
	1	44	59.18
	2	26	63.81
	3	5	45.70
	Total	120	
escolari	0	45	64.03
	1	44	57.58
	2	26	57.23
	3	5	71.40
	Total	120	
situprof	0	45	56.99
	1	44	65.02
	2	26	62.27
	3	5	43.10
	Total	120	
screning	0	45	59.17
	1	44	62.95
	2	26	60.96
	3	5	48.50
	Total	120	
autoexam	0	45	55.00
	1	44	64.00
	2	26	65.15
	3	5	55.00
	Total	120	
antoncol	0	45	50.00
	1	44	63.82
	2	26	69.69
	3	5	78.00
	Total	120	
antpatm	0	45	53.67
	1	44	63.55
	2	26	64.38
	3	5	75.00
	Total	120	
psicopat	0	45	55.50
	1	44	62.95
	2	26	59.81
	3	5	87.50
	Total	120	
acoppsic	0	45	59.83
	1	44	59.86
	2	26	60.81
	3	5	70.50
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
grupetar	2.421	3	.490
estacivi	1.724	3	.632
escolari	1.617	3	.655
situprof	3.111	3	.375
screning	1.843	3	.606
autoexam	3.377	3	.337
antoncol	11.850	3	.008
antpatm	4.736	3	.192
psicopat	5.618	3	.132
acoppsic	4.619	3	.202

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ANSI

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 1

Ranks

	DEPRE	N	Mean Rank
grupetar	0	62	58.77
	1	32	60.80
	2	17	64.09
	3	8	62.38
	4	1	82.00
	Total	120	
estacivi	0	62	56.08
	1	32	68.25
	2	17	55.32
	3	8	69.75
	4	1	100.50
	Total	120	
escolari	0	62	58.97
	1	32	64.28
	2	17	55.53
	3	8	72.38
	4	1	24.00
	Total	120	
situprof	0	62	56.25
	1	32	65.20
	2	17	61.88
	3	8	69.31
	4	1	79.50
	Total	120	
screning	0	62	61.85
	1	32	59.38
	2	17	54.85
	3	8	72.50
	4	1	12.50
	Total	120	
autoexam	0	62	57.71
	1	32	64.00
	2	17	68.41
	3	8	56.50
	4	1	19.00
	Total	120	
antoncol	0	62	55.55
	1	32	60.75
	2	17	70.24
	3	8	79.50
	4	1	42.00
	Total	120	
antpatm	0	62	58.35
	1	32	59.63
	2	17	67.24
	3	8	69.00
	4	1	39.00
	Total	120	
psicopat	0	62	52.66
	1	32	66.88
	2	17	69.85
	3	8	72.50
	4	1	87.50
	Total	120	
acoppsic	0	62	59.47
	1	32	60.38
	2	17	58.50
	3	8	73.50
	4	1	58.50
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
grupetar	.852	4	.931
estacivi	6.737	4	.150
escolari	3.114	4	.539
situprof	2.900	4	.575
screning	7.149	4	.128
autoexam	4.894	4	.298
antoncol	8.220	4	.084
antpatm	2.541	4	.637
psicopat	9.436	4	.051
acoppsic	12.743	4	.013

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: DEPRE

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 2

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
grupetar	1.692	3	.639
estacivi	2.862	3	.413
escolari	4.225	3	.238
situprof	1.627	3	.653
screning	1.052	3	.789
autoexam	6.319	3	.097
antoncol	.388	3	.943
antpatm	5.481	3	.140
psicopat	8.059	3	.045
tipcirur	6.038	3	.110
trapósc	5.638	3	.131
diagnost	2.114	3	.549
acoppsic	2.653	3	.448
Zscore(SAMIGOS)	7.615	3	.055
Zscore(ASOCIAIS)	10.609	3	.014
Zscore(SFAMILIA)	2.045	3	.563
Zscore(SINTIMID)	3.801	3	.284
Zscore(SSTOTAL)	6.759	3	.080
Zscore(ESPLUTA)	5.088	3	.165
Zscore(HOLPHELP)	11.361	3	.010
Zscore(EVITAMEN)	.241	3	.971
Zscore(CDEPRESS)	7.656	3	.054
Zscore(CANSIEDA)	3.061	3	.382
Zscore(CRAIVA)	.176	3	.981
Zscore(CETOTAL)	5.337	3	.149
Zscore(NEUROTIC)	28.919	3	.000
Zscore(QDVFISI)	4.573	3	.206
Zscore(QDVEMOCION)	32.166	3	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	16.632	3	.001
Zscore(QDVGLOBA)	12.150	3	.007
Zscore(QDVIC)	11.201	3	.011
Zscore(QDVFS)	.715	3	.870

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ANSI

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 2

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
grupetar	4.661	4	.324
estacivi	3.071	4	.546
escolari	4.773	4	.311
situprof	5.518	4	.238
screning	4.218	4	.377
autoexam	5.338	4	.254
antoncol	1.000	4	.910
antpatm	.553	4	.968
psicopat	15.202	4	.004
tipcirur	5.951	4	.203
trapósc	3.112	4	.539
diagnost	1.306	4	.860
acoppsic	.753	4	.945
Zscore(SAMIGOS)	8.213	4	.084
Zscore(ASOCIAIS)	14.205	4	.007
Zscore(SFAMILIA)	7.722	4	.102
Zscore(SINTIMID)	9.304	4	.054
Zscore(SSTOTAL)	12.761	4	.013
Zscore(ESPLUTA)	8.820	4	.066
Zscore(HOLPHELP)	23.991	4	.000
Zscore(EVITAMEN)	1.322	4	.858
Zscore(CDEPRESS)	8.569	4	.073
Zscore(CANSIEDA)	6.158	4	.188
Zscore(CRAIVA)	11.399	4	.022
Zscore(CETOTAL)	12.039	4	.017
Zscore(NEUROTIC)	30.331	4	.000
Zscore(QDVFISI)	12.960	4	.011
Zscore(QDVEMOCION)	36.095	4	.000
Zscore(QDVSOCIAL)	3.633	4	.458
Zscore(QDVGLOBA)	16.110	4	.003
Zscore(QDVIC)	18.075	4	.001
Zscore(QDVFS)	1.087	4	.896

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: DEPRE

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 3

Ranks

	ANSI	N	Mean Rank
grupetar	0	57	60.19
	1	32	60.23
	2	28	64.34
	3	3	33.33
	Total	120	
estacivi	0	57	67.16
	1	32	52.67
	2	28	56.54
	3	3	54.50
	Total	120	
escolari	0	57	61.98
	1	32	63.67
	2	28	53.64
	3	3	62.50
	Total	120	
situprof	0	57	65.40
	1	32	51.45
	2	28	61.50
	3	3	54.50
	Total	120	
screning	0	57	64.00
	1	32	59.63
	2	28	54.00
	3	3	64.00
	Total	120	
autoexam	0	57	57.00
	1	32	65.75
	2	28	59.86
	3	3	77.00
	Total	120	
antoncol	0	57	54.74
	1	32	66.25
	2	28	65.71
	3	3	60.00
	Total	120	
antpatm	0	57	63.29
	1	32	58.75
	2	28	58.21
	3	3	47.50
	Total	120	
psicopat	0	57	54.79
	1	32	69.00
	2	28	64.71
	3	3	39.00
	Total	120	
tipcirur	0	57	60.24
	1	32	63.63
	2	28	56.93
	3	3	65.50
	Total	120	
trapósc	0	57	63.00
	1	32	61.45
	2	28	53.91
	3	3	64.33
	Total	120	
diagnost	0	57	64.07
	1	32	58.28
	2	28	53.39
	3	3	82.67
	Total	120	
acoppsic	0	57	58.11
	1	32	59.75
	2	28	64.57
	3	3	76.00
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
grupetar	2.360	3	.501
estacivi	5.638	3	.131
escolari	1.637	3	.651
situprof	3.758	3	.289
screning	2.246	3	.523
autoexam	3.328	3	.344
antoncol	4.547	3	.208
antpatm	1.939	3	.585
psicopat	7.254	3	.064
tipcirur	2.699	3	.440
trapósc	1.417	3	.702
diagnost	6.428	3	.093
acoppsic	6.074	3	.108

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ANSI

Kruskal-Wallis Test ESTADIO 3

Ranks

	DEPRE	N	Mean Rank
grupetar	0	66	61.33
	1	27	56.48
	2	17	52.56
	3	5	102.20
	4	5	56.50
	Total	120	
estacivi	0	66	68.80
	1	27	45.81
	2	17	54.03
	3	5	54.50
	4	5	58.30
	Total	120	
escolari	0	66	58.05
	1	27	68.54
	2	17	62.38
	3	5	41.70
	4	5	61.90
	Total	120	
situprof	0	66	60.74
	1	27	61.15
	2	17	57.82
	3	5	75.10
	4	5	48.30
	Total	120	
screning	0	66	60.36
	1	27	59.56
	2	17	59.29
	3	5	72.00
	4	5	60.00
	Total	120	
autoexam	0	66	58.82
	1	27	61.44
	2	17	62.88
	3	5	53.00
	4	5	77.00
	Total	120	
antoncol	0	66	56.36
	1	27	64.44
	2	17	64.71
	3	5	52.00
	4	5	88.00
	Total	120	
antpatm	0	66	62.95
	1	27	54.17
	2	17	68.68
	3	5	47.50
	4	5	47.50
	Total	120	
psicopat	0	66	58.09
	1	27	59.00
	2	17	70.76
	3	5	51.00
	4	5	75.00
	Total	120	
tipcirur	0	66	59.14
	1	27	61.06
	2	17	65.50
	3	5	65.50
	4	5	53.50
	Total	120	
trapósc	0	66	63.05
	1	27	58.31
	2	17	67.53
	3	5	31.90
	4	5	43.40
	Total	120	
diagnost	0	66	62.48
	1	27	55.04
	2	17	62.18
	3	5	53.20
	4	5	65.50
	Total	120	
acoppsic	0	66	57.82
	1	27	58.22
	2	17	63.06
	3	5	68.00
	4	5	92.00
	Total	120	

Test Statistics[a,b]

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
grupetar	9.251	4	.055
estacivi	12.631	4	.013
escolari	3.668	4	.453
situprof	1.773	4	.777
screning	.824	4	.935
autoexam	2.694	4	.610
antoncol	7.339	4	.119
antpatm	6.991	4	.136
psicopat	4.478	4	.345
tipcirur	3.339	4	.503
trapósc	5.986	4	.200
diagnost	2.561	4	.634
acoppsic	23.699	4	.000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: DEPRE

ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

MODELO DE MEDIDA – ESTÁDIO 1

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change
e3 <--> e36	6.792	-.106
e10 <--> Luta	7.985	.226
e10 <--> e40	6.380	.234
e15 <--> Sociais	6.397	.111

Variances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change
sas8 <--- Luta	6.513	.548
sas8 <--- mel20	9.479	.383
qvpf2 <--- Depressão	6.575	.735
qvpf2 <--- Desânimo	6.269	.273
qvpf2 <--- bside9	7.918	.447
ced17 <--- Sociais	7.439	.350
ced17 <--- sas7	7.555	.169
ced17 <--- sas8	6.116	.147

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	65		-.322	9999.000	1754.078	0	9999.000
1	e*	16		-.249	3.018	880.084	20	.806
2	e	5		-.134	.624	691.946	6	.942
3	e	0	861.670		.785	538.994	5	.852
4	e	0	360.050		.658	484.535	4	.000
5	e	1		-.083	1.678	459.594	1	.264
6	e	0	18068.178		.612	400.889	8	.999
7	e	0	6831.942		.362	398.163	4	.000
8	e	0	2508.969		.563	392.979	2	.000
9	e	0	4169.685		.331	389.925	1	1.084
10	e	0	6921.097		.139	389.749	1	1.092
11	e	0	8467.025		.064	389.739	1	1.089
12	e	0	9096.369		.013	389.738	1	1.027
13	e	0	8972.400		.001	389.738	1	1.001

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	137	389.738	328	.011	1.188
Saturated model	465	.000	0		
Independence model	30	1577.087	435	.000	3.625

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.082	.839	.771	.592
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.264	.420	.379	.392

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.753	.672	.951	.928	.946
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.754	.568	.713
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	61.738	16.396	115.312
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1142.087	1024.525	1267.201

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.275	.519	.138	.969
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	13.253	9.597	8.609	10.649

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.040	.020	.054	.868
Independence model	.149	.141	.156	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	663.738	760.261	1045.625	1182.625
Saturated model	930.000	1257.614	2226.184	2691.184
Independence model	1637.087	1658.224	1720.712	1750.712

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	5.578	5.197	6.028	6.389
Saturated model	7.815	7.815	7.815	10.568
Independence model	13.757	12.769	14.808	13.935

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	114	120
Independence model	37	39

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
sa15	<---	Amigos	1.000				
sa14	<---	Amigos	2.155	.452	4.763	***	
cea13	<---	Controlo_ansiedade	1.000				
cea10	<---	Controlo_ansiedade	1.064	.184	5.774	***	
ced21	<---	Controlo_depressão	1.000				
ced17	<---	Controlo_depressão	.616	.138	4.476	***	
pn51	<---	Neuroticismo	1.000				
pn21	<---	Neuroticismo	.511	.082	6.255	***	
pn11	<---	Neuroticismo	.486	.108	4.488	***	
pn6	<---	Neuroticismo	.676	.096	7.040	***	
pn1	<---	Neuroticismo	-.181	.138	-1.311	.190	
qvpf4	<---	QDV_Fisica	1.000				
qvpf2	<---	QDV_Fisica	1.235	.309	3.998	***	
qvef22	<---	QDV_Emocional	.852	.109	7.841	***	
sas8	<---	Sociais	1.000				
sas7	<---	Sociais	2.219	.707	3.139	.002	
sf11	<---	Familia	1.000				

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
sf9	<---	Familia	.588	.111	5.307	***	
bsia12	<---	Ansiedade	1.034	.204	5.067	***	
bsia38	<---	Ansiedade	1.629	.268	6.087	***	
bsia49	<---	Ansiedade	1.000				
mel19	<---	Luta	1.000				
mel20	<---	Luta	1.007	.211	4.780	***	
qvef24	<---	QDV_Emocional	1.000				
qvghs29	<---	Saúde_Global	1.000				
qvghs30	<---	Saúde_Global	1.000				
mhh6	<---	Desânimo	.605	.129	4.694	***	
bside17	<---	Depressão	3.088	.520	5.934	***	
bside9	<---	Depressão	1.000				
mhh22	<---	Desânimo	1.000				

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
sa15	<---	Amigos	.593
sa14	<---	Amigos	1.076
cea13	<---	Controlo_ansiedade	.635
cea10	<---	Controlo_ansiedade	.650
ced21	<---	Controlo_depressão	.849
ced17	<---	Controlo_depressão	.505
pn51	<---	Neuroticismo	.833
pn21	<---	Neuroticismo	.611
pn11	<---	Neuroticismo	.443
pn6	<---	Neuroticismo	.691
pn1	<---	Neuroticismo	-.132
qvpf4	<---	QDV_Fisica	.876
qvpf2	<---	QDV_Fisica	.573
qvef22	<---	QDV_Emocional	.734
sas8	<---	Sociais	.450
sas7	<---	Sociais	1.031
sf11	<---	Familia	1.068
sf9	<---	Familia	.650
bsia12	<---	Ansiedade	.602
bsia38	<---	Ansiedade	.866
bsia49	<---	Ansiedade	.568
mel19	<---	Luta	.709
mel20	<---	Luta	.687
qvef24	<---	QDV_Emocional	.857
qvghs29	<---	Saúde_Global	.936
qvghs30	<---	Saúde_Global	.886
mhh6	<---	Desânimo	.565
bside17	<---	Depressão	.687
bside9	<---	Depressão	.540
mhh22	<---	Desânimo	.948

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Sociais	<-->	Familia	.102	.074	1.372	.170	
Sociais	<-->	Ansiedade	-.169	.072	-2.341	.019	
Sociais	<-->	Depressão	-.067	.031	-2.155	.031	
Amigos	<-->	Sociais	.121	.061	1.987	.047	
Controlo_ansiedade	<-->	Sociais	-.170	.077	-2.202	.028	
Controlo_depressão	<-->	Sociais	-.080	.064	-1.257	.209	
Neuroticismo	<-->	Sociais	-.244	.110	-2.230	.026	
Sociais	<-->	Desânimo	-.118	.060	-1.967	.049	
Sociais	<-->	Luta	.023	.047	.499	.618	
QDV_Fisica	<-->	Sociais	-.055	.035	-1.584	.113	
QDV_Emocional	<-->	Sociais	-.182	.079	-2.302	.021	
Sociais	<-->	Saúde_Global	.080	.086	.929	.353	
Familia	<-->	Ansiedade	-.124	.071	-1.747	.081	
Familia	<-->	Depressão	-.114	.040	-2.849	.004	
Amigos	<-->	Familia	.329	.104	3.169	.002	
Controlo_ansiedade	<-->	Familia	.074	.091	.817	.414	
Controlo_depressão	<-->	Familia	-.113	.105	-1.070	.285	
Neuroticismo	<-->	Familia	-.298	.133	-2.234	.026	
Familia	<-->	Desânimo	-.112	.082	-1.367	.172	
Familia	<-->	Luta	.195	.087	2.235	.025	
QDV_Fisica	<-->	Familia	.059	.053	1.107	.268	
Familia	<-->	Saúde_Global	.204	.150	1.359	.174	
Ansiedade	<-->	Depressão	.146	.036	4.030	***	

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Amigos	<-->	Ansiedade	-.042	.039	-1.086	.278	
Controlo_ansiedade	<-->	Ansiedade	.112	.056	2.019	.043	
Controlo_depressão	<-->	Ansiedade	.103	.062	1.657	.098	
Neuroticismo	<-->	Ansiedade	.303	.091	3.330	***	
Ansiedade	<-->	Desânimo	.164	.054	3.038	.002	
Ansiedade	<-->	Luta	-.114	.052	-2.178	.029	
QDV_Fisica	<-->	Ansiedade	.089	.034	2.639	.008	
QDV_Emocional	<-->	Ansiedade	.254	.067	3.771	***	
Ansiedade	<-->	Saúde_Global	-.178	.090	-1.985	.047	
Amigos	<-->	Depressão	-.054	.025	-2.206	.027	
Controlo_ansiedade	<-->	Depressão	.048	.028	1.673	.094	
Controlo_depressão	<-->	Depressão	.066	.033	1.995	.046	
Neuroticismo	<-->	Depressão	.124	.044	2.843	.004	
Desânimo	<-->	Depressão	.118	.030	3.916	***	
Luta	<-->	Depressão	-.096	.030	-3.164	.002	
QDV_Fisica	<-->	Depressão	.044	.017	2.530	.011	
QDV_Emocional	<-->	Depressão	.162	.037	4.415	***	
Saúde_Global	<-->	Depressão	-.159	.051	-3.130	.002	
Amigos	<-->	Controlo_ansiedade	-.080	.053	-1.502	.133	
Amigos	<-->	Controlo_depressão	-.069	.060	-1.165	.244	
Amigos	<-->	Neuroticismo	-.143	.079	-1.811	.070	
Amigos	<-->	Desânimo	-.048	.046	-1.048	.294	
Amigos	<-->	Luta	.132	.057	2.313	.021	
Amigos	<-->	QDV_Fisica	-.012	.029	-.397	.691	
Amigos	<-->	QDV_Emocional	-.149	.061	-2.436	.015	
Amigos	<-->	Saúde_Global	.224	.098	2.288	.022	
Controlo_ansiedade	<-->	Controlo_depressão	.506	.103	4.912	***	
Controlo_ansiedade	<-->	Neuroticismo	.170	.100	1.690	.091	
Controlo_ansiedade	<-->	Desânimo	.063	.062	1.015	.310	
Controlo_ansiedade	<-->	Luta	.050	.063	.796	.426	
Controlo_ansiedade	<-->	QDV_Fisica	.057	.041	1.412	.158	
Controlo_ansiedade	<-->	QDV_Emocional	.169	.071	2.365	.018	
Controlo_ansiedade	<-->	Saúde_Global	.021	.112	.189	.850	
Controlo_depressão	<-->	Neuroticismo	.248	.116	2.131	.033	
Controlo_depressão	<-->	Desânimo	.017	.071	.240	.810	
Controlo_depressão	<-->	Luta	.050	.073	.681	.496	
Controlo_depressão	<-->	QDV_Fisica	.089	.047	1.886	.059	
Controlo_depressão	<-->	QDV_Emocional	.103	.079	1.299	.194	
Controlo_depressão	<-->	Saúde_Global	-.044	.130	-.336	.737	
Neuroticismo	<-->	Desânimo	.359	.096	3.745	***	
Neuroticismo	<-->	Luta	-.206	.095	-2.175	.030	
Neuroticismo	<-->	QDV_Emocional	.300	.103	2.920	.003	
Luta	<-->	Desânimo	-.152	.060	-2.527	.012	
QDV_Fisica	<-->	Desânimo	-.009	.036	-.247	.805	
QDV_Emocional	<-->	Desânimo	.321	.069	4.664	***	
Saúde_Global	<-->	Desânimo	-.335	.106	-3.167	.002	
QDV_Fisica	<-->	Luta	.054	.038	1.438	.150	
QDV_Emocional	<-->	Luta	-.191	.068	-2.812	.005	
Luta	<-->	Saúde_Global	.208	.107	1.947	.052	
QDV_Fisica	<-->	QDV_Emocional	.088	.041	2.144	.032	
QDV_Fisica	<-->	Saúde_Global	-.172	.068	-2.528	.011	
QDV_Emocional	<-->	Saúde_Global	-.557	.124	-4.476	***	
Neuroticismo	<-->	QDV_Fisica	.090	.058	1.537	.124	
Neuroticismo	<-->	Saúde_Global	-.657	.175	-3.752	***	
QDV_Emocional	<-->	Familia	-.121	.091	-1.332	.183	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Sociais	<-->	Familia	.128
Sociais	<-->	Ansiedade	-.446
Sociais	<-->	Depressão	-.396
Amigos	<-->	Sociais	.275
Controlo_ansiedade	<-->	Sociais	-.398
Controlo_depressão	<-->	Sociais	-.143
Neuroticismo	<-->	Sociais	-.340
Sociais	<-->	Desânimo	-.245
Sociais	<-->	Luta	.056
QDV_Fisica	<-->	Sociais	-.187
QDV_Emocional	<-->	Sociais	-.365
Sociais	<-->	Saúde_Global	.091
Familia	<-->	Ansiedade	-.174
Familia	<-->	Depressão	-.356
Amigos	<-->	Familia	.396
Controlo_ansiedade	<-->	Familia	.092

			Estimate
Controlo_depressão	<-->	Familia	-.106
Neuroticismo	<-->	Familia	-.219
Familia	<-->	Desânimo	-.124
Familia	<-->	Luta	.247
QDV_Fisica	<-->	Familia	.107
Familia	<-->	Saúde_Global	.122
Ansiedade	<-->	Depressão	.967
Amigos	<-->	Ansiedade	-.108
Controlo_ansiedade	<-->	Ansiedade	.293
Controlo_depressão	<-->	Ansiedade	.205
Neuroticismo	<-->	Ansiedade	.470
Ansiedade	<-->	Desânimo	.381
Ansiedade	<-->	Luta	-.304
QDV_Fisica	<-->	Ansiedade	.341
QDV_Emocional	<-->	Ansiedade	.570
Ansiedade	<-->	Saúde_Global	-.225
Amigos	<-->	Depressão	-.309
Controlo_ansiedade	<-->	Depressão	.278
Controlo_depressão	<-->	Depressão	.295
Neuroticismo	<-->	Depressão	.432
Desânimo	<-->	Depressão	.616
Luta	<-->	Depressão	-.575
QDV_Fisica	<-->	Depressão	.375
QDV_Emocional	<-->	Depressão	.814
Saúde_Global	<-->	Depressão	-.449
Amigos	<-->	Controlo_ansiedade	-.181
Amigos	<-->	Controlo_depressão	-.119
Amigos	<-->	Neuroticismo	-.192
Amigos	<-->	Desânimo	-.097
Amigos	<-->	Luta	.305
Amigos	<-->	QDV_Fisica	-.038
Amigos	<-->	QDV_Emocional	-.290
Amigos	<-->	Saúde_Global	.244
Controlo_ansiedade	<-->	Controlo_depressão	.892
Controlo_ansiedade	<-->	Neuroticismo	.233
Controlo_ansiedade	<-->	Desânimo	.129
Controlo_ansiedade	<-->	Luta	.119
Controlo_ansiedade	<-->	QDV_Fisica	.194
Controlo_ansiedade	<-->	QDV_Emocional	.335
Controlo_ansiedade	<-->	Saúde_Global	.024
Controlo_depressão	<-->	Neuroticismo	.260
Controlo_depressão	<-->	Desânimo	.027
Controlo_depressão	<-->	Luta	.090
Controlo_depressão	<-->	QDV_Fisica	.229
Controlo_depressão	<-->	QDV_Emocional	.156
Controlo_depressão	<-->	Saúde_Global	-.037
Neuroticismo	<-->	Desânimo	.440
Neuroticismo	<-->	Luta	-.290
Neuroticismo	<-->	QDV_Emocional	.354
Luta	<-->	Desânimo	-.320
QDV_Fisica	<-->	Desânimo	-.027
QDV_Emocional	<-->	Desânimo	.569
Saúde_Global	<-->	Desânimo	-.334
QDV_Fisica	<-->	Luta	.187
QDV_Emocional	<-->	Luta	-.388
Luta	<-->	Saúde_Global	.239
QDV_Fisica	<-->	QDV_Emocional	.254
QDV_Fisica	<-->	Saúde_Global	-.281
QDV_Emocional	<-->	Saúde_Global	-.536
Neuroticismo	<-->	QDV_Fisica	.180
Neuroticismo	<-->	Saúde_Global	-.437
QDV_Emocional	<-->	Familia	-.128

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Amigos	.455	.148	3.064	.002	
Controlo_ansiedade	.433	.130	3.338	***	
Controlo_depressão	.744	.184	4.034	***	
Neuroticismo	1.226	.248	4.939	***	
QDV_Fisica	.203	.056	3.650	***	
QDV_Emocional	.585	.114	5.155	***	
Sociais	.422	.196	2.151	.031	
Familia	1.513	.288	5.248	***	
Ansiedade	.338	.108	3.141	.002	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Luta	.414	.121	3.421	***	
Saúde_Global	1.844	.264	6.988	***	
Desânimo	.544	.121	4.512	***	
Depressão	.068	.023	2.887	.004	
e4	.840	.133	6.337	***	
e7	.642	.106	6.053	***	
e8	.668	.114	5.852	***	
e13	.288	.137	2.097	.036	
e15	.825	.118	6.983	***	
e52	.536	.080	6.710	***	
e53	1.185	.162	7.316	***	
e54	.614	.100	6.124	***	
e55	2.276	.296	7.685	***	
e57	.062	.045	1.362	.173	
e59	.633	.107	5.940	***	
e47	.541	.138	3.927	***	
e11	-.125	.538	-.232	.817	
e10	1.664	.242	6.881	***	
e3	.713	.123	5.821	***	
e1	-.187	.234	-.800	.424	
e25	.711	.100	7.082	***	
e24	.298	.089	3.361	***	
e22	.635	.091	6.951	***	
e26	.165	.024	6.997	***	
e28	.721	.133	5.429	***	
e5	-.286	.353	-.812	.417	
e33	.425	.065	6.585	***	
e36	.062	.092	.668	.504	
e39	.410	.094	4.351	***	
e40	.469	.100	4.708	***	
e63	.363	.061	5.910	***	
e61	.212	.061	3.480	***	
e68	.259	.097	2.677	.007	
e67	.507	.112	4.523	***	

MODELO ESTRUTURAL – ESTÁDIO 1

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Impacto Psicossocial	<---	NUACV	.501	.111	4.503	***	
Impacto Psicossocial	<---	Neuroticismo	.839	.188	4.468	***	
Familia	<---	Impacto Psicossocial	-.288	.079	-3.666	***	
Amigos	<---	Impacto Psicossocial	-.246	.078	-3.168	.002	
Sociais	<---	Impacto Psicossocial	-.297	.099	-3.012	.003	
Desânimo	<---	Impacto Psicossocial	.277	.053	5.188	***	
Luta	<---	Impacto Psicossocial	-.248	.062	-3.993	***	
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	.211	.034	6.119	***	
QDV_Fisica	<---	Impacto Psicossocial	.077	.035	2.198	.028	
Saúde_Global	<---	Impacto Psicossocial	-.402	.097	-4.146	***	
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.325	.066	4.958	***	
mel19	<---	Luta	1.000				
mel20	<---	Luta	.850	.242	3.512	***	
qvghs30	<---	Saúde_Global	1.000				
qvghs29	<---	Saúde_Global	1.000				
pn21	<---	Neuroticismo	.540	.089	6.069	***	
pn6	<---	Neuroticismo	.753	.108	6.985	***	
pn1	<---	Neuroticismo	-.156	.146	-1.067	.286	
pn11	<---	Neuroticismo	.506	.116	4.353	***	
pn51	<---	Neuroticismo	1.000				
sf9	<---	Familia	.608	.190	3.210	.001	
sf11	<---	Familia	1.000				
sas8	<---	Sociais	1.000				
sas7	<---	Sociais	1.505	.450	3.341	***	
bsia38	<---	Ansiedade	1.649	.278	5.943	***	
bsia12	<---	Ansiedade	1.000	.198	5.040	***	
bside17	<---	Depressão	2.737	.469	5.835	***	
mhh22	<---	Desânimo	1.000				
mhh6	<---	Desânimo	.621	.165	3.768	***	
qvpf2	<---	QDV_Fisica	3.253	1.283	2.535	.011	

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
qvpf4	<---	QDV_Fisica	1.000				
bside9	<---	Depressão	1.000				
sa14	<---	Amigos	1.369	.347	3.951	***	
sa15	<---	Amigos	1.000				
bsia49	<---	Ansiedade	1.000				

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Impacto Psicossocial	<---	NUACV	.413
Impacto Psicossocial	<---	Neuroticismo	.604
Familia	<---	Impacto Psicossocial	-.349
Amigos	<---	Impacto Psicossocial	-.424
Sociais	<---	Impacto Psicossocial	-.548
Desânimo	<---	Impacto Psicossocial	.555
Luta	<---	Impacto Psicossocial	-.516
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	1.089
QDV_Fisica	<---	Impacto Psicossocial	.405
Saúde_Global	<---	Impacto Psicossocial	-.432
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.804
mel19	<---	Luta	.774
mel20	<---	Luta	.634
qvghs30	<---	Saúde_Global	.883
qvghs29	<---	Saúde_Global	.941
pn21	<---	Neuroticismo	.618
pn6	<---	Neuroticismo	.734
pn1	<---	Neuroticismo	-.109
pn11	<---	Neuroticismo	.441
pn51	<---	Neuroticismo	.795
sf9	<---	Familia	.663
sf11	<---	Familia	1.050
sas8	<---	Sociais	.549
sas7	<---	Sociais	.851
bsia38	<---	Ansiedade	.885
bsia12	<---	Ansiedade	.591
bside17	<---	Depressão	.658
mhh22	<---	Desânimo	.936
mhh6	<---	Desânimo	.575
qvpf2	<---	QDV_Fisica	.931
qvpf4	<---	QDV_Fisica	.541
bside9	<---	Depressão	.584
sa14	<---	Amigos	.858
sa15	<---	Amigos	.745
bsia49	<---	Ansiedade	.577

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Neuroticismo	1.118	.244	4.577	***	
NUACV	1.465	.190	7.714	***	
d1	1.000				
d2	.592	.184	3.218	.001	
d9	1.517	.231	6.569	***	
d11	.065	.029	2.256	.024	
d5	.125	.048	2.596	.009	
d6	-.015	.013	-1.120	.263	
d7	.372	.136	2.746	.006	
d8	.364	.139	2.619	.009	
d3	1.292	.466	2.775	.006	
d4	.442	.171	2.576	.010	
e4	.579	.188	3.086	.002	
e10	1.463	.256	5.710	***	
e11	.544	.397	1.373	.170	
e22	.655	.095	6.880	***	
e24	.265	.104	2.553	.011	
e25	.707	.102	6.949	***	
e26	.156	.024	6.579	***	
e28	.795	.139	5.735	***	
e33	.420	.073	5.759	***	
e36	.076	.126	.600	.549	
e39	.333	.139	2.390	.017	
e40	.535	.118	4.521	***	
e52	.529	.081	6.562	***	
e53	1.188	.163	7.274	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e54	.541	.100	5.432	***	
e55	2.289	.298	7.692	***	
e67	.526	.126	4.182	***	
e68	.240	.110	2.177	.030	
e47	.649	.146	4.439	***	
e5	.483	.328	1.471	.141	
e1	-.136	.432	-.315	.753	
e3	.695	.183	3.790	***	
e57	.188	.038	4.979	***	
e59	.126	.305	.413	.680	

	d6	e1
	-.015	-.136

		M.I.	Par Change
d2	<--> d3	14.256	.333
e57	<--> d8	7.189	.086
e5	<--> d5	6.541	.118
e5	<--> d3	15.964	.405
e5	<--> e1	6.022	.183
e36	<--> e1	6.795	.116
e36	<--> e3	6.744	-.115
e11	<--> d8	6.247	-.209
e11	<--> e40	7.606	-.240
e10	<--> d8	6.080	.226

	M.I.	Par Change

			M.I.	Par Change
Familia	<---	Amigos	10.826	.428
Amigos	<---	Familia	12.408	.224
sa14	<---	Familia	13.889	.273
sa14	<---	sf11	14.170	.305
sa14	<---	sf9	10.500	.272
sas7	<---	mel20	8.761	-.334
sas8	<---	mel20	7.019	.327

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	18		-.401	9999.000	1336.470	0	9999.000
1	e	6		-.118	2.990	741.124	23	.731
2	e*	4		-.463	1.497	489.666	6	.762
3	e	3		-.061	.786	420.451	7	.816
4	e	2		-.015	.484	390.700	6	.862
5	e	0	468.640		.914	372.641	7	.730
6	e	1		-.006	.700	364.301	1	.828
7	e	0	398.615		.147	362.691	4	.807
8	e	0	471.034		.279	362.134	1	1.049
9	e	0	818.068		.112	362.053	1	1.064
10	e	0	919.089		.046	362.049	1	1.016
11	e	0	931.792		.002	362.049	1	1.001
12	e	0	933.246		.000	362.049	1	1.000

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	59	362.049	266	.000	1.361
Saturated model	325	.000	0		
Independence model	25	1204.071	300	.000	4.014

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.112	.818	.778	.670
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.284	.455	.409	.420

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.699	.661	.898	.880	.894
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.887	.620	.792

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	96.049	50.257	149.906
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	904.071	800.997	1014.684

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.042	.807	.422	1.260
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	10.118	7.597	6.731	8.527

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.055	.040	.069	.275
Independence model	.159	.150	.169	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	480.049	513.038	644.511	703.511
Saturated model	650.000	831.720	1555.935	1880.935
Independence model	1254.071	1268.050	1323.758	1348.758

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4.034	3.649	4.487	4.311
Saturated model	5.462	5.462	5.462	6.989
Independence model	10.538	9.672	11.468	10.656

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	101	107
Independence model	34	36

MODELO DE MEDIDA – ESTÁDIO 2

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change
e4 <--> e81	6.597	-.118

Variances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		M.I.	Par Change
bsia49	<--- Controlo_raiva	7.552	-.601
sas8	<--- QDV_Emocional	6.778	.532
sas8	<--- Depressão	6.045	.448
sas8	<--- Ansiedade	10.225	.431
sas8	<--- Neuroticismo	6.902	.797
sas8	<--- bside35	6.365	.256
sas8	<--- bsia38	10.952	.339
pn51	<--- Controlo_raiva	8.094	.550
pn51	<--- cer3	6.617	.207

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	49		-.270	9999.000	1350.071	0	9999.000
1	e	11		-.386	2.531	732.492	20	.866
2	e*	4		-.175	.716	577.012	5	.829
3	e	2		-.058	.985	469.078	6	.773
4	e	0	733.341		1.002	404.074	5	.924
5	e	1		-.049	1.113	392.061	2	.000

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
6	e	1		-.016	.624	369.059	5	.721
7	e	0	2105.901		.266	365.131	5	.737
8	e	0	32414.052		.723	361.678	1	.908
9	e	0	10896.995		.397	361.279	3	.000
10	e	0	19173.366		.239	360.607	1	1.084
11	e	0	15758.881		.185	360.557	1	1.039
12	e	0	17087.957		.016	360.555	1	1.015
13	e	0	16898.806		.002	360.555	1	1.002
14	e	0	16924.721		.000	360.555	1	.991

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	108	360.555	270	.000	1.335
Saturated model	378	.000	0		
Independence model	27	1153.670	351	.000	3.287

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.086	.833	.766	.595
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.227	.472	.432	.439

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.687	.594	.898	.853	.887
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.769	.529	.682
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	90.555	45.156	144.041
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	802.670	703.539	909.387

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.030	.761	.379	1.210
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	9.695	6.745	5.912	7.642

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.053	.037	.067	.355
Independence model	.139	.130	.148	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	576.555	643.017	877.604	985.604
Saturated model	756.000	988.615	1809.672	2187.672
Independence model	1207.670	1224.285	1282.932	1309.932

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4.845	4.463	5.294	5.404
Saturated model	6.353	6.353	6.353	8.308
Independence model	10.148	9.315	11.045	10.288

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	103	108
Independence model	41	43

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	PLabel
cer5	<---	Controlo_raiva	1.000			

cer3	<---	Controlo_raiva	1.000			
pn51	<---	Neuroticismo	1.781	.526	3.387	***
pn41	<---	Neuroticismo	1.000			
pn36	<---	Neuroticismo	.826	.348	2.373	.018
pn31	<---	Neuroticismo	.522	.312	1.673	.094
pn21	<---	Neuroticismo	1.463	.451	3.243	.001
pn11	<---	Neuroticismo	1.467	.462	3.173	.002
qvpf4	<---	QDV_Fisica	1.000			
qvpf2	<---	QDV_Fisica	4.318	1.859	2.322	.020
sas8	<---	Sociais	1.000			
sas2	<---	Sociais	1.563	.325	4.808	***
sas7	<---	Sociais	1.334	.285	4.685	***
sa13	<---	Amigos	1.294	.382	3.383	***
sa15	<---	Amigos	1.000			
bsia38	<---	Ansiedade	1.000			
bsia49	<---	Ansiedade	.799	.137	5.855	***
bside18	<---	Depressão	1.000			
bside35	<---	Depressão	1.185	.188	6.313	***
mhh1	<---	Desânimo	1.000			
mhh22	<---	Desânimo	.950	.226	4.197	***
qvef23	<---	QDV_Emocional	1.000			
qvef22	<---	QDV_Emocional	1.059	.167	6.327	***
qbi40	<---	Imagem_Corporal	.863	.096	8.992	***
qbi39	<---	Imagem_Corporal	1.000			
qvsf27	<---	QDV_Social	1.000			
qvsf26	<---	QDV_Social	2.165	.656	3.301	***

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
cer5	<---	Controlo_raiva	.537
cer3	<---	Controlo_raiva	.581
pn51	<---	Neuroticismo	.652
pn41	<---	Neuroticismo	.360
pn36	<---	Neuroticismo	.301
pn31	<---	Neuroticismo	.188
pn21	<---	Neuroticismo	.564
pn11	<---	Neuroticismo	.531
qvpf4	<---	QDV_Fisica	.346
qvpf2	<---	QDV_Fisica	.854
sas8	<---	Sociais	.526
sas2	<---	Sociais	.797
sas7	<---	Sociais	.674
sa13	<---	Amigos	.834
sa15	<---	Amigos	.643
bsia38	<---	Ansiedade	.836
bsia49	<---	Ansiedade	.594
bside18	<---	Depressão	.627
bside35	<---	Depressão	.699
mhh1	<---	Desânimo	.545
mhh22	<---	Desânimo	.574
qvef23	<---	QDV_Emocional	.696
qvef22	<---	QDV_Emocional	.752
qbi40	<---	Imagem_Corporal	.855
qbi39	<---	Imagem_Corporal	.993
qvsf27	<---	QDV_Social	.489
qvsf26	<---	QDV_Social	.953

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	PLabel
Sociais	<-->	Amigos	.169	.084	2.009	.045
Sociais	<-->	Ansiedade	-.158	.086	-1.851	.064
Sociais	<-->	Depressão	-.192	.075	-2.577	.010
Controlo_raiva	<-->	Sociais	.045	.067	.667	.505
Sociais	<-->	Desânimo	-.139	.055	-2.544	.011
Neuroticismo	<-->	Sociais	-.163	.065	-2.515	.012
QDV_Fisica	<-->	Sociais	-.047	.029	-1.661	.097
Sociais	<-->	QDV_Emocional	-.098	.059	-1.649	.099
Sociais	<-->	Imagem_Corporal	-.012	.071	-.172	.863
Sociais	<-->	QDV_Social	-.051	.036	-1.417	.157
Amigos	<-->	Ansiedade	-.151	.094	-1.615	.106
Amigos	<-->	Depressão	-.049	.068	-.718	.473
Controlo_raiva	<-->	Amigos	-.038	.072	-.531	.595
Amigos	<-->	Desânimo	-.035	.049	-.718	.473
Neuroticismo	<-->	Amigos	-.124	.060	-2.059	.039
QDV_Fisica	<-->	Amigos	-.003	.020	-.135	.893
Amigos	<-->	QDV_Emocional	-.129	.069	-1.881	.060
Amigos	<-->	Imagem_Corporal	-.077	.079	-.978	.328
Amigos	<-->	QDV_Social	-.034	.036	-.941	.347
Ansiedade	<-->	Depressão	.476	.102	4.661	***
Controlo_raiva	<-->	Ansiedade	-.012	.084	-.139	.890
Ansiedade	<-->	Desânimo	.168	.062	2.689	.007
Neuroticismo	<-->	Ansiedade	.260	.086	3.010	.003
QDV_Fisica	<-->	Ansiedade	.040	.029	1.369	.171
Ansiedade	<-->	QDV_Emocional	.391	.088	4.452	***
Ansiedade	<-->	Imagem_Corporal	.213	.093	2.299	.022
Ansiedade	<-->	QDV_Social	.175	.067	2.608	.009
Controlo_raiva	<-->	Depressão	.060	.066	.902	.367
Depressão	<-->	Desânimo	.237	.062	3.829	***
Neuroticismo	<-->	Depressão	.213	.072	2.946	.003
QDV_Fisica	<-->	Depressão	.062	.033	1.908	.056
Depressão	<-->	QDV_Emocional	.263	.069	3.791	***

Depressão	<-->	Imagem_Corporal	.268	.079	3.407	***
Depressão	<-->	QDV_Social	.084	.041	2.043	.041
Controlo_raiva	<-->	Desânimo	.070	.048	1.455	.146
Controlo_raiva	<-->	Neuroticismo	.042	.042	.999	.318
Controlo_raiva	<-->	QDV_Fisica	.003	.020	.151	.880
Controlo_raiva	<-->	QDV_Emocional	.027	.059	.465	.642
Controlo_raiva	<-->	QDV_Social	-.006	.033	-.187	.852
QDV_Fisica	<-->	Desânimo	.032	.019	1.644	.100
Desânimo	<-->	QDV_Emocional	.147	.048	3.092	.002
Neuroticismo	<-->	QDV_Emocional	.158	.057	2.789	.005
Neuroticismo	<-->	QDV_Social	.073	.035	2.089	.037
QDV_Fisica	<-->	QDV_Emocional	.066	.033	2.007	.045
QDV_Fisica	<-->	Imagem_Corporal	.070	.036	1.932	.053
QDV_Fisica	<-->	QDV_Social	.032	.019	1.689	.091
QDV_Emocional	<-->	Imagem_Corporal	.253	.071	3.567	***
QDV_Emocional	<-->	QDV_Social	.101	.043	2.373	.018
Controlo_raiva	<-->	Imagem_Corporal	.038	.075	.501	.616
Neuroticismo	<-->	Imagem_Corporal	.129	.056	2.315	.021
Neuroticismo	<-->	Desânimo	.090	.038	2.348	.019
Neuroticismo	<-->	QDV_Fisica	.028	.018	1.554	.120
Desânimo	<-->	Imagem_Corporal	.060	.051	1.181	.238
Imagem_Corporal	<-->	QDV_Social	.110	.049	2.249	.024
Desânimo	<-->	QDV_Social	.042	.026	1.603	.109

Correlations: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Sociais	<-->	Amigos	.306
Sociais	<-->	Ansiedade	-.244
Sociais	<-->	Depressão	-.417
Controlo_raiva	<-->	Sociais	.103
Sociais	<-->	Desânimo	-.482
Neuroticismo	<-->	Sociais	-.558
QDV_Fisica	<-->	Sociais	-.311
Sociais	<-->	QDV_Emocional	-.225
Sociais	<-->	Imagem_Corporal	-.018
Sociais	<-->	QDV_Social	-.181
Amigos	<-->	Ansiedade	-.216
Amigos	<-->	Depressão	-.099
Controlo_raiva	<-->	Amigos	-.082
Amigos	<-->	Desânimo	-.112
Neuroticismo	<-->	Amigos	-.395
QDV_Fisica	<-->	Amigos	-.017
Amigos	<-->	QDV_Emocional	-.275
Amigos	<-->	Imagem_Corporal	-.107
Amigos	<-->	QDV_Social	-.112
Ansiedade	<-->	Depressão	.816
Controlo_raiva	<-->	Ansiedade	-.021
Ansiedade	<-->	Desânimo	.460
Neuroticismo	<-->	Ansiedade	.706
QDV_Fisica	<-->	Ansiedade	.208
Ansiedade	<-->	QDV_Emocional	.710
Ansiedade	<-->	Imagem_Corporal	.253
Ansiedade	<-->	QDV_Social	.492
Controlo_raiva	<-->	Depressão	.154
Depressão	<-->	Desânimo	.911
Neuroticismo	<-->	Depressão	.811
QDV_Fisica	<-->	Depressão	.454
Depressão	<-->	QDV_Emocional	.671
Depressão	<-->	Imagem_Corporal	.449
Depressão	<-->	QDV_Social	.332
Controlo_raiva	<-->	Desânimo	.287
Controlo_raiva	<-->	Neuroticismo	.170
Controlo_raiva	<-->	QDV_Fisica	.023
Controlo_raiva	<-->	QDV_Emocional	.074
Controlo_raiva	<-->	QDV_Social	-.026
QDV_Fisica	<-->	Desânimo	.367
Desânimo	<-->	QDV_Emocional	.597
Neuroticismo	<-->	QDV_Emocional	.639
Neuroticismo	<-->	QDV_Social	.454
QDV_Fisica	<-->	QDV_Emocional	.510
QDV_Fisica	<-->	Imagem_Corporal	.355
QDV_Fisica	<-->	QDV_Social	.377
QDV_Emocional	<-->	Imagem_Corporal	.447
QDV_Emocional	<-->	QDV_Social	.423
Controlo_raiva	<-->	Imagem_Corporal	.067
Neuroticismo	<-->	Imagem_Corporal	.341
Neuroticismo	<-->	Desânimo	.546
Neuroticismo	<-->	QDV_Fisica	.319
Desânimo	<-->	Imagem_Corporal	.161
Imagem_Corporal	<-->	QDV_Social	.301
Desânimo	<-->	QDV_Social	.264

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	PLabel
Controlo_raiva	.365	.112	3.248	.001
Neuroticismo	.166	.091	1.816	.069
QDV_Fisica	.045	.029	1.566	.117
Sociais	.513	.189	2.705	.007
Amigos	.597	.224	2.659	.008
Ansiedade	.819	.180	4.558	***
Depressão	.415	.121	3.417	***

Desânimo	.163	.065	2.525	.012
QDV_Emocional	.371	.098	3.805	***
Imagem_Corporal	.864	.141	6.143	***
QDV_Social	.155	.067	2.291	.022
e4	.846	.199	4.260	***
e6	.436	.283	1.541	.123
e17	.903	.153	5.881	***
e18	.717	.136	5.272	***
e48	1.116	.150	7.427	***
e49	1.137	.151	7.523	***
e50	1.230	.161	7.644	***
e52	.759	.112	6.755	***
e53	.910	.131	6.921	***
e59	.315	.323	.974	.330
e62	.395	.070	5.652	***
e63	.320	.068	4.728	***
e47	.710	.116	6.104	***
e11	1.093	.196	5.582	***
e12	.720	.200	3.605	***
e10	1.337	.196	6.816	***
e24	.354	.116	3.061	.002
e25	.960	.142	6.772	***
e29	.640	.099	6.469	***
e30	.610	.109	5.572	***
e31	.386	.064	6.026	***
e36	.300	.053	5.649	***
e57	.335	.047	7.171	***
e82	.013	.083	.157	.875
e81	.237	.069	3.446	***
e65	.491	.075	6.530	***
e66	.074	.188	.392	.695

Notes for Model (Group number 1 - Default model)

The following covariance matrix is not positive definite (Group number 1 - Default model)

	QDV_Social	Imagem_Corporal	QDV_Emocional	Desânimo	Depressão	Ansiedade	Amigos	Sociais	QDV_Fisica	Neuroticismo	Controlo_raiva
QDV_Social	.155										
Imagem_Corporal	.110	.864									
QDV_Emocional	.101	.253	.371								
Desânimo	.042	.060	.147	.163							
Depressão	.084	.268	.263	.237	.415						
Ansiedade	.175	.213	.391	.168	.476	.819					
Amigos	-.034	-.077	-.129	-.035	-.049	-.151	.597				
Sociais	-.051	-.012	-.098	-.139	-.192	-.158	.169	.513			
QDV_Fisica	.032	.070	.066	.032	.062	.040	-.003	-.047	.045		
Neuroticismo	.073	.129	.158	.090	.213	.260	-.124	-.163	.028	.166	
Controlo_raiva	-.006	.038	.027	.070	.060	-.012	-.038	.045	.003	.042	.365

Notes for Group/Model (Group number 1 - Default model)

This solution is not admissible.

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
e4	<-->	e81	6.597	-.118

Variances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
bsia49	<---	Controlo_raiva	7.552	-.601
sas8	<---	QDV_Emocional	6.778	.532
sas8	<---	Depressão	6.045	.448
sas8	<---	Ansiedade	10.225	.431
sas8	<---	Neuroticismo	6.902	.797
sas8	<---	bside35	6.365	.256
sas8	<---	bsia38	10.952	.339
pn51	<---	Controlo_raiva	8.094	.550
pn51	<---	cer3	6.617	.207

Minimization History (Default model)

Iteration	Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0e	49		-.270	9999.000	1350.071	0	9999.000
1e	11		-.386	2.531	732.492	20	.866
2e*	4		-.175	.716	577.012	5	.829
3e	2		-.058	.985	469.078	6	.773
4e	0	733.341		1.002	404.074	5	.924
5e	1		-.049	1.113	392.061	2	.000
6e	1		-.016	.624	369.059	5	.721
7e	0	2105.901		.266	365.131	5	.737
8e	0	32414.052		.723	361.678	1	.908
9e	0	10896.995		.397	361.279	3	.000
10e	0	19173.366		.239	360.607	1	1.084
11e	0	15758.881		.185	360.557	1	1.039
12e	0	17087.957		.016	360.555	1	1.015
13e	0	16898.806		.002	360.555	1	1.002

14e	0	16924.721		.000	360.555	1	.991

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	108	360.555	270	.000	1.335
Saturated model	378	.000	0		
Independence model	27	1153.670	351	.000	3.287

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.086	.833	.766	.595
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.227	.472	.432	.439

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.687	.594	.898	.853	.887
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.769	.529	.682
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	90.555	45.156	144.041
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	802.670	703.539	909.387

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.030	.761	.379	1.210
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	9.695	6.745	5.912	7.642

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.053	.037	.067	.355
Independence model	.139	.130	.148	.000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	576.555	643.017	877.604	985.604
Saturated model	756.000	988.615	1809.672	2187.672
Independence model	1207.670	1224.285	1282.932	1309.932

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4.845	4.463	5.294	5.404
Saturated model	6.353	6.353	6.353	8.308
Independence model	10.148	9.315	11.045	10.288

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	103	108
Independence model	41	43

MODELO ESTRUTURAL – ESTÁDIO 2

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Impacto Psicossocial	<---	psi_patol	-.864	.346	-2.493	.013	
Impacto Psicossocial	<---	Neuroticismo	3.190	1.247	2.557	.011	
Desânimo	<---	Impacto Psicossocial	.171	.051	3.350	***	
Sociais	<---	Impacto Psicossocial	-.170	.062	-2.755	.006	
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	.376	.092	4.104	***	

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.376	.088	4.286	***	
Imagem_Corporal	<---	Impacto Psicossocial	.190	.062	3.066	.002	
sas8	<---	Sociais	1.000				
sas7	<---	Sociais	1.449	.334	4.337	***	
sas2	<---	Sociais	1.663	.392	4.240	***	
bside18	<---	Depressão	1.000				
bside35	<---	Depressão	1.154	.199	5.791	***	
mhh1	<---	Desânimo	1.000				
mhh22	<---	Desânimo	.949	.272	3.487	***	
pn11	<---	Neuroticismo	1.287	.409	3.146	.002	
pn21	<---	Neuroticismo	1.294	.400	3.237	.001	
pn31	<---	Neuroticismo	.470	.294	1.598	.110	
pn36	<---	Neuroticismo	.674	.313	2.152	.031	
pn41	<---	Neuroticismo	1.000				
pn51	<---	Neuroticismo	1.731	.497	3.483	***	
qbi39	<---	Imagem_Corporal	1.000				
qbi40	<---	Imagem_Corporal	.949	.153	6.213	***	
bsia38	<---	Ansiedade	1.000				
bsia49	<---	Ansiedade	.696	.165	4.211	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Impacto Psicossocial	<---	psi_patol	-.242
Impacto Psicossocial	<---	Neuroticismo	.790
Desânimo	<---	Impacto Psicossocial	.767
Sociais	<---	Impacto Psicossocial	-.451
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	1.065
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.701
Imagem_Corporal	<---	Impacto Psicossocial	.383
sas8	<---	Sociais	.493
sas7	<---	Sociais	.688
sas2	<---	Sociais	.796
bside18	<---	Depressão	.620
bside35	<---	Depressão	.675
mhh1	<---	Desânimo	.537
mhh22	<---	Desânimo	.565
pn11	<---	Neuroticismo	.503
pn21	<---	Neuroticismo	.540
pn31	<---	Neuroticismo	.183
pn36	<---	Neuroticismo	.265
pn41	<---	Neuroticismo	.389
pn51	<---	Neuroticismo	.685
qbi39	<---	Imagem_Corporal	.946
qbi40	<---	Imagem_Corporal	.896
bsia38	<---	Ansiedade	.892
bsia49	<---	Ansiedade	.548

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Neuroticismo	.194	.102	1.900	.057	
psi_patol	.249	.032	7.714	***	
d1	1.000				
d5	-.053	.068	-.783	.434	
d6	.064	.046	1.413	.158	
d7	.662	.146	4.525	***	
d3	.357	.147	2.423	.015	
d4	.462	.194	2.379	.017	
e10	1.395	.203	6.856	***	
e11	1.050	.218	4.811	***	
e12	.715	.239	2.990	.003	
e24	.233	.183	1.268	.205	
e25	1.027	.159	6.443	***	
e29	.629	.101	6.257	***	
e30	.625	.113	5.543	***	
e31	.386	.068	5.662	***	
e36	.300	.057	5.256	***	
e48	1.089	.150	7.243	***	
e49	1.162	.155	7.514	***	
e50	1.232	.162	7.623	***	
e52	.790	.120	6.606	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e53	.946	.139	6.804	***	
e47	.656	.125	5.248	***	
e81	.173	.109	1.588	.112	
e82	.092	.119	.776	.438	

	d5
	-.053

	M.I.	Par Change
e52 <--> d4	6.465	.191
e30 <--> e52	6.125	-.180
e10 <--> d4	7.230	.265
e10 <--> d6	8.305	-.166
e10 <--> e24	7.110	.247

	M.I.	Par Change

	M.I.	Par Change
bsia38 <--- sas8	8.750	.164
sas8 <--- Impacto Psicossocial	6.303	.177
sas8 <--- Ansiedade	11.360	.437
sas8 <--- Depressão	6.061	.483
sas8 <--- bside35	6.305	.264
sas8 <--- bsia38	11.908	.364

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	12		-.269	9999.000	777.060	0	9999.000
1	e*	3		-.103	2.184	437.435	21	.803
2	e	3		-.186	.389	370.957	7	.873
3	e	3		-.156	1.026	267.279	7	.805
4	e	1		-.002	.854	220.273	5	.795
5	e	0	142.357		.886	195.105	5	.801
6	e	0	399.195		.898	183.212	1	.979
7	e	0	701.075		.695	178.612	1	1.182
8	e	0	1385.042		.603	177.534	1	1.195
9	e	0	2656.720		.409	177.256	1	1.200
10	e	0	3879.204		.242	177.211	1	1.123
11	e	0	4325.470		.061	177.209	1	1.043
12	e	0	4366.372		.005	177.209	1	1.003
13	e	0	4364.005		.000	177.209	1	1.000

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	42	177.209	129	.003	1.374
Saturated model	171	.000	0		
Independence model	18	681.409	153	.000	4.454

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.099	.863	.819	.651
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.266	.519	.463	.465

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.740	.692	.913	.892	.909
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.843	.624	.766
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	48.209	17.259	87.213
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	528.409	451.231	613.126

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1.489	.405	.145	.733

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	5.726	4.440	3.792	5.152

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.056	.034	.075	.303
Independence model	.170	.157	.184	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	261.209	277.169	378.283	420.283
Saturated model	342.000	406.980	818.661	989.661
Independence model	717.409	724.249	767.584	785.584

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2.195	1.935	2.523	2.329
Saturated model	2.874	2.874	2.874	3.420
Independence model	6.029	5.380	6.741	6.086

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	106	114
Independence model	32	35

MODELO DE MEDIDA – ESTADIO 3

Modification Indices (Group number 1 - Default model) Covariances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change
e67 <--> Evitamento	5.118	.066
e67 <--> Controlo_ansiedade	7.218	-.072
e26 <--> Saúde_Global	6.180	-.081
e55 <--> Depressão	5.438	-.011
e55 <--> e68	5.007	.104
e48 <--> e67	5.568	.104
e38 <--> e26	6.629	.064
e14 <--> e26	5.712	-.054
e13 <--> e67	6.696	.095
e13 <--> e68	5.419	-.075
e9 <--> e67	5.907	-.073
e6 <--> e61	6.447	.112
e5 <--> Luta	6.452	.124
e5 <--> e39	5.073	.137

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change
qvghs30 <--- Luta	7.732	.350
qvghs30 <--- Evitamento	13.090	.416
qvghs30 <--- Controlo_ansiedade	9.300	-.210
qvghs30 <--- mec9	7.275	.215
qvghs30 <--- mec4	10.737	.232
qvghs30 <--- cea9	12.564	-.198
qvghs30 <--- cea13	7.505	-.154
bside9 <--- Desânimo	6.968	.245
bside9 <--- Saúde_Global	7.721	-.089
bside9 <--- qvghs30	6.965	-.085
bside9 <--- mhh22	8.421	.178
bside9 <--- qvghs29	7.754	-.092
sf11 <--- bside9	6.287	-.498
sf11 <--- pn41	5.058	-.201
qvghs29 <--- Evitamento	7.547	-.276
qvghs29 <--- Controlo_ansiedade	5.362	.139
qvghs29 <--- mec4	6.013	-.152
qvghs29 <--- cea9	6.192	.122
qvghs29 <--- cea13	5.281	.113
qvpf3 <--- Luta	7.418	-.317
qvpf3 <--- qvghs30	5.158	-.094
qvpf3 <--- sf9	6.806	.089
qvpf3 <--- mel19	6.914	-.161
qvpf3 <--- cea9	5.779	.125
qvpf3 <--- sa13	8.065	.115
qvef23 <--- mec4	6.405	.204

			M.I.	Par Change
qvef24	<---	cer3	5.501	-.137
pn1	<---	bside9	6.152	-.525
pn41	<---	sf9	5.832	.126
mel3	<---	bside9	5.495	.322
bsia38	<---	sf9	5.622	.100
bsia38	<---	qvpf3	7.960	.255
bsia38	<---	sa15	5.083	.107
bsia1	<---	qvpf3	5.228	-.219
ced18	<---	bside9	5.812	-.300
ced18	<---	sf11	6.523	.123
ced17	<---	bside9	5.237	.336
ced17	<---	sf11	5.865	-.138
ced17	<---	bsia1	5.557	.137
cea9	<---	mec4	5.495	.160
cea13	<---	Evitamento	5.146	-.253
cea13	<---	mec4	5.622	-.163
cea13	<---	sa13	5.992	-.104
sa15	<---	mel19	7.015	.284

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	74		-.383	9999.000	2490.287	0	9999.000
1	e*	37		-.604	3.196	1451.041	20	.814
2	e	21		-.569	.321	1336.489	7	.837
3	e*	7		-1.041	.824	1105.381	6	.739
4	e	3		-.231	.846	921.757	6	.742
5	e*	2		-.228	.810	793.377	4	.897
6	e*	1		-.046	.863	687.460	5	.961
7	e	1		-.060	.461	645.622	5	.841
8	e	1		-.074	.574	612.133	5	.735
9	e	0	4772.597		.097	606.090	7	.633
10	e	0	3266.023		.800	586.897	2	.000
11	e	0	16746.320		.463	579.254	2	.000
12	e	1		-.175	.819	577.696	2	.000
13	e	0	41270.588		.009	574.226	11	.816
14	e	0	138703.309		.336	571.597	2	.000
15	e	0	69459.255		.453	569.862	1	1.052
16	e	0	3495666.180		.676	569.608	1	.297
17	e	0	312089.030		.331	569.386	5	.000
18	e	0	189650.489		.328	568.822	2	.000
19	e	0	478232.269		.229	568.601	1	1.146
20	e	0	583350.916		.300	568.551	1	.956
21	e	0	1398131.690		.118	568.519	1	1.132
22	e	0	1245681.762		.171	568.512	1	.781
23	e	0	2186884.808		.030	568.509	1	1.020
24	e	0	2281669.232		.017	568.509	1	1.005
25	e	0	2332351.353		.000	568.509	1	1.000

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	151	568.509	314	.000	1.811
Saturated model	465	.000	0		
Independence model	30	2257.245	435	.000	5.189

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.068	.788	.686	.532
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.248	.337	.291	.315

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.748	.651	.869	.807	.860
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.722	.540	.621
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	254.509	191.658	325.196
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1822.245	1677.356	1974.598

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	4.777	2.139	1.611	2.733
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	18.968	15.313	14.095	16.593

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.083	.072	.093	.000
Independence model	.188	.180	.195	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	870.509	976.895	1291.420	1442.420
Saturated model	930.000	1257.614	2226.184	2691.184
Independence model	2317.245	2338.381	2400.869	2430.869

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	7.315	6.787	7.909	8.209
Saturated model	7.815	7.815	7.815	10.568
Independence model	19.473	18.255	20.753	19.650

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	75	79
Independence model	26	27

MODELO ESTRUTURAL – ESTÁDIO 3

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Impacto Psicossocial	<---	NUACV	.178	.060	2.954	.003	
Impacto Psicossocial	<---	acop_psic	-1.476	.381	-3.879	***	
Familia	<---	Impacto Psicossocial	-.244	.094	-2.609	.009	
Amigos	<---	Impacto Psicossocial	-.299	.108	-2.766	.006	
Saúde_Global	<---	Impacto Psicossocial	-.564	.092	-6.121	***	
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.682	.082	8.280	***	
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	.148	.039	3.754	***	
Desânimo	<---	Impacto Psicossocial	.282	.057	4.982	***	
sa15	<---	Amigos	1.000				
qvghs29	<---	Saúde_Global	1.000				
sf11	<---	Familia	1.000				
sf9	<---	Familia	.136	.477	.285	.776	
qvghs30	<---	Saúde_Global	.954	.089	10.730	***	
sa13	<---	Amigos	.674	.354	1.901	.057	
bsia1	<---	Ansiedade	1.000				
bsia38	<---	Ansiedade	.922	.121	7.603	***	
mhh6	<---	Desânimo	1.190	.221	5.383	***	
mhh22	<---	Desânimo	1.000				
bside17	<---	Depressão	5.927	1.616	3.668	***	
bside9	<---	Depressão	1.000				

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Impacto Psicossocial	<---	NUACV	.261
Impacto Psicossocial	<---	acop_psic	-.350
Familia	<---	Impacto Psicossocial	-.161
Amigos	<---	Impacto Psicossocial	-.403
Saúde_Global	<---	Impacto Psicossocial	-.558
Ansiedade	<---	Impacto Psicossocial	.955
Depressão	<---	Impacto Psicossocial	1.143
Desânimo	<---	Impacto Psicossocial	.674
sa15	<---	Amigos	.641
qvghs29	<---	Saúde_Global	.968

			Estimate
sf11	<---	Familia	1.517
sf9	<---	Familia	.165
qvghs30	<---	Saúde_Global	.901
sa13	<---	Amigos	.469
bsia1	<---	Ansiedade	.732
bsia38	<---	Ansiedade	.730
mhh6	<---	Desânimo	.803
mhh22	<---	Desânimo	.741
bside17	<---	Depressão	.757
bside9	<---	Depressão	.333

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e33	<-->	e28	-.207	.051	-4.071	***	
e6	<-->	e1	.589	.124	4.750	***	
e6	<-->	e3	1.021	.170	6.010	***	
e5	<-->	e3	.910	.175	5.187	***	
e36	<-->	e28	-.172	.046	-3.701	***	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
e33	<-->	e28	-.686
e6	<-->	e3	.707
e5	<-->	e3	.669
e36	<-->	e28	-.555

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
NUACV	2.654	.344	7.714	***	
acop_psic	.069	.009	7.714	***	
d1	1.000				
d2	-.006	.006	-1.012	.311	
d3	2.780	9.803	.284	.777	
d7	.868	.154	5.630	***	
d4	.570	.352	1.619	.106	
d8	.055	.072	.764	.445	
d11	.118	.038	3.141	.002	
e5	.974	.369	2.642	.008	
e6	1.097	.216	5.084	***	
e68	.085	.101	.848	.396	
e1	-1.614	9.798	-.165	.869	
e3	1.899	.303	6.256	***	
e67	.267	.097	2.740	.006	
e21	.544	.092	5.881	***	
e24	.469	.079	5.919	***	
e26	.165	.022	7.617	***	
e33	.168	.055	3.079	.002	
e36	.177	.042	4.201	***	
e28	.541	.180	3.013	.003	

	d2
	-.006

	e3	e1	e6	e5
e3	1.899			
e1	.000	-1.614		
e6	1.021	.589	1.097	
e5	.910	.000	.000	.974

			M.I.	Par Change
e26	<-->	d3	5.829	-.084
e1	<-->	NUACV	5.055	.317
e1	<-->	e26	5.617	-.083
e6	<-->	d11	8.802	.101
e6	<-->	e26	7.199	.083
e5	<-->	acop_psic	5.796	-.061

	M.I.	Par Change

		M.I.	Par Change
bside9	<--- Familia	5.772	-.030
bsia1	<--- sf9	9.384	-.159
bsia1	<--- sa13	9.372	-.187
sf11	<--- NUACV	5.055	.120
sf11	<--- sa15	6.102	.166
sa13	<--- bside9	5.369	.407
sa15	<--- acop_psic	5.796	-.878
sa15	<--- sf11	5.706	.206

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	13		-.354	9999.000	850.959	0	9999.000
1	e	9		-.528	.862	660.847	18	.991
2	e	8		-1.015	.795	534.736	5	.803
3	e	4		-.501	.956	382.410	5	.690
4	e	5		-.314	.225	343.291	7	.817
5	e	2		-.102	.958	238.528	7	.707
6	e*	0	1999.085		1.123	174.172	6	.926
7	e	0	9418.218		.707	153.349	3	.000
8	e	0	776.182		.482	149.942	7	.000
9	e	0	5970.332		.414	138.049	2	.000
10	e	0	9486.292		.578	133.818	1	.728
11	e	0	25170.333		.268	132.133	4	.000
12	e	0	52834.992		.212	131.252	1	1.091
13	e	0	42288.844		.300	131.164	1	1.000
14	e	0	132436.305		.150	131.144	1	1.174
15	e	0	72672.656		.305	131.140	1	.480
16	e	0	435450.731		.096	131.131	1	1.070
17	e	0	258118.980		.175	131.129	2	.000
18	e	0	485836.283		.126	131.127	1	1.288
19	e	0	501178.240		.148	131.127	1	1.143
20	e	0	1005040.377		.071	131.126	1	1.206
21	e	0	1073145.748		.072	131.126	1	1.097
22	e	0	1411210.541		.018	131.126	1	1.071
23	e	0	1423158.659		.005	131.126	1	1.015
24	e	0	1466090.258		.000	131.126	1	1.000

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	39	131.126	66	.000	1.987
Saturated model	105	.000	0		
Independence model	14	744.615	91	.000	8.183

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.098	.874	.800	.549
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.328	.480	.400	.416

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.824	.757	.904	.863	.900
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.725	.598	.653
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	65.126	36.365	101.674
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	653.615	570.327	744.368

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1.102	.547	.306	.854
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	6.257	5.493	4.793	6.255

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.091	.068	.114	.003
Independence model	.246	.229	.262	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	209.126	220.376	317.839	356.839
Saturated model	210.000	240.288	502.687	607.687
Independence model	772.615	776.653	811.640	825.640

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1.757	1.516	2.064	1.852
Saturated model	1.765	1.765	1.765	2.019
Independence model	6.493	5.793	7.255	6.526

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	79	87
Independence model	19	21