



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO, ESTRATÉGIAS DE  
*COPING* E SUPORTE SOCIAL NO CANCRO DA MAMA:  
COMPARAÇÃO ENTRE MULHERES, DURANTE E APÓS  
TRATAMENTO SISTÊMICO**

SUSANA CATARINA DE JESUS SILVA

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

MESTRE EM Psicologia

Especialidade em Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para a obtenção de grau de Mestre na especialidade em Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Gostaria, antes de mais, de agradecer a colaboração a todas as participantes do presente estudo, sem a qual não seria possível a realização da presente Dissertação de Mestrado.

De uma forma geral, gostaria de agradecer a toda a família e amigos que de uma forma ou outra contribuíram para que este momento fosse possível, e em particular, ao Carlos Saraiva pela sua presença e compreensão nos momentos de menor motivação face a diversos obstáculos que surgiram ao longo do presente estudo, e à minha avó que faleceu no decorrer da presente investigação, mas que teve sempre uma participação especial ao longo de todo o meu percurso académico e nos primeiros passos deste projeto.

Às minhas orientadoras, Prof. Isabel Leal e Prof. Catarina Ramos, com as quais tive o prazer de privar, e que me orientaram desde o início com comentários reflexivos que me permitiram alargar os meus conhecimentos.

À minha colega Cláudia Santos que me acompanhou durante todo o processo.

**UM OBRIGADO A TODOS!**

## Resumo

**Introdução:** De acordo com a literatura, tem-se verificado que em mulheres com cancro de mama, o suporte social e as estratégias de *coping* são importantes fatores no ajustamento psicológico à doença. Contudo, os estudos têm vindo a indicar uma possível relação entre estas variáveis e o crescimento pós-traumático. **Objetivos:** O presente estudo visa avaliar a relação entre estratégias de *coping*, suporte social e crescimento pós-traumático em mulheres portuguesas com cancro de mama não-metastizado, comparando entre mulheres em tratamento e mulheres que finalizaram os tratamentos. **Método:** Este é um estudo descritivo e comparativo, constituído por uma amostra de 68 mulheres, acompanhadas no Hospital de Dia do Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, e no Centro de Saúde de Salvaterra de Magos, às quais foi administrado, num único momento, um protocolo de investigação, constituído por um questionário sociodemográfico e clínico, pela Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-Mac), pela Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e pelo Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT). **Resultados:** Os dados revelam que as mulheres que se encontram em tratamento utilizam mais estratégias de desânimo e fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo comparativamente às mulheres que finalizaram os tratamentos, que utilizam estratégias como espírito de luta. No suporte social, a satisfação com as atividades sociais é mais elevada aquando do término dos tratamentos. O estado civil não influencia a satisfação com o suporte social em mulheres com cancro de mama. Aquelas que já finalizaram os tratamentos apresentam níveis elevados de crescimento pós-traumático, nas áreas de perceção de recursos e competências pessoais, novas possibilidades e valorização da vida e no fortalecimento das relações interpessoais. **Conclusão:** Conclui-se que a estratégia espírito de luta e o suporte social são fatores que influenciam níveis superiores de crescimento pós-traumático.

**PALAVRAS-CHAVE:** cancro de mama, estratégias de *coping*, satisfação com o suporte social, crescimento pós-traumático

## Abstract

**Introduction:** According to literature, it has been found that in women with breast cancer, social support and coping strategies are important factors in adjusting psychological illness. However, studies have been indicating a possible relationship between these variables and posttraumatic growth. **Objectives:** This study aims to evaluate the relationship between coping strategies, social support and posttraumatic growth in Portuguese women with breast cancer non- metastatic, comparing among women undergoing treatment and women who completed the treatments. **Method:** This is a descriptive and comparative study, consisting of a sample of 68 women followed at Hospital Day Hospital of St. Francis Xavier, Lisbon, to which was administered in a single moment, a research protocol, consisting of a questionnaire sociodemographic and clinical, the Mental Adjustment Scale to Cancer (Mini -Mac), the Scale of Satisfaction with Social Support (ESSS) and the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI). **Results:** The data show that women who are in treatment use more strategies discouragement and weakness, cognitive avoidance and anxious concern compared to women who completed the treatment, using strategies such as fighting spirit. Social support, satisfaction with social activities is higher at the end of treatment, marital status is not related to satisfaction with social support in women undergoing treatment, women who have finished treatments have high levels of posttraumatic growth, in the areas of perception of resources and personal skills, new possibilities and value of life and strengthening interpersonal relationships. **Conclusion:** It is concluded that the strategy of fighting spirit and social support are factors that influence higher levels of posttraumatic growth.

**KEY-WORDS:** breast cancer, *coping*, social support, posttraumatic growth

## Índice

Introdução .....	1
Primeira Parte.....	3
Enquadramento Teórico .....	3
Capítulo I - O Cancro de Mama .....	3
Definição e Génese.....	3
Prevalência do Cancro de Mama em Portugal .....	4
Fases do Ciclo Psico-Oncológico.....	4
Tratamentos.....	4
Capítulo II - Variáveis Psicossociais no Adoecer da Mama .....	7
Coping .....	7
O <i>Coping</i> e a sua Definição.....	7
Modelos de <i>Coping</i> .....	7
Fatores envolvidos no <i>Coping</i> .....	9
<i>Coping</i> e Cancro da Mama.....	10
Suporte Social .....	11
Definição do Conceito.....	11
Tipos de Suporte Social.....	13
Modelos Teóricos do Suporte Social.....	13
Suporte Social e Cancro de Mama .....	14
Crescimento Pós-Traumático .....	15
Definição do Conceito (CPT).....	15
Componentes do CPT.....	16
Processos cognitivos envolvidos no CPT.....	16
Modelos Teóricos do CPT.....	17
Determinantes envolvidos no CPT.....	18
CPT e Cancro da Mama .....	19

Segunda Parte.....	21
Estudo Empírico.....	21
Capítulo II – Metodologia.....	21
Objetivo do estudo e hipóteses.....	21
Delineamento.....	22
Procedimento.....	22
Participantes.....	22
Variáveis do estudo.....	22
Material.....	23
Questionário de identificação e caracterização sociodemográfica (Anexo E).....	23
Escala de ajustamento mental ao cancro – Mini-Mac (Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003; anexo F).....	23
Escala de satisfação com o suporte social – ESSS, (Pais-Ribeiro, 1999; anexo G).....	24
Inventário do desenvolvimento pós - traumático (Silva, Moreira, Pinto, Sousa, & Canavarro, 2009; anexo H).....	24
Resultados.....	26
Estudos Descritivos.....	26
Análise Inferencial.....	29
Estratégias de <i>coping</i> entre mulheres que se encontram em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos.....	29
Satisfação com o suporte social entre mulheres casadas e não casadas.....	30
CPT entre mulheres em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos.....	31
Estratégia de <i>coping</i> focada no problema - espírito de luta- e satisfação com o suporte social.....	32
Estratégias de coping e CPT.....	32
Satisfação com o suporte social e CPT.....	33
Discussão.....	34
Conclusão.....	38
Referências bibliográficas.....	40

Anexos .....	47
Anexo A - Consentimento Informado	
Anexo B - Pedido de autorização formal para aplicação da Mini-Mac	
Anexo C - Pedido de autorização formal para aplicação da ESSS	
Anexo D - Pedido de autorização formal do IDPT	
Anexo E - Questionário sociodemográfico e clínico	
Anexo F - Escala de ajustamento mental ao cancro (Mini-Mac)	
Anexo G - Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)	
Anexo H - Inventário de desenvolvimento pós-traumático	
Anexo I - Estudos descritivos: dados sociodemográficos	
Anexo J - Estudos descritivos: dados clínicos	
Anexo K - Análise Inferencial	

## Lista de Tabelas

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra

**Tabela 2.** Caracterização clínica da amostra

**Tabela 3.** Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das variáveis psicossociais

**Tabela 4.** Estratégias de *coping*: comparação entre mulheres em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos

**Tabela 5.** Satisfação com o suporte social: comparação entre mulheres solteiras e casadas

**Tabela 6.** Crescimento pós-traumático: comparação entre mulheres em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos

**Tabela 7.** Correlação de Pearson entre espírito de luta e satisfação com o suporte social

**Tabela 8.** Correlação de Pearson entre estratégias de coping e crescimento pós-traumático

**Tabela 9.** Correlação de Pearson entre satisfação com o suporte social e crescimento pós-traumático

## Introdução

O cancro da mama é uma doença que atinge níveis de mortalidade elevados, a nível mundial (Maia & Correia, 2008; Patrão, 2007). A importância de investigação na área do cancro é proporcional ao crescimento do número de novos casos por ano.

O processo de doença é encarado por muitas mulheres como uma experiência de crise, que desencadeia uma procura pelo sentido do acontecimento, o que implica, na maior parte das vezes, uma mudança na forma de viver (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Patrão, 2007; Pereira & Lopes, 2002), levando a que algumas mulheres encontrem benefícios e aspetos positivos na vivência da doença (Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005; Thornton, 2002) para além dos aspetos negativos percebidos. Para as mulheres que encontram aspetos positivos na vivência da doença, a passagem pelo ciclo psico-oncológico traduz-se, como um crescimento individual percebido – *growth* –, de transição psicossocial, de atitude positiva e de redescoberta da vida (Cordova et al., 2001).

Existe uma multiplicidade de fatores que influenciam a atitude da mulher face ao adoecer da mama (Patrão, 2007). Todavia, tendo em conta o objetivo do presente estudo, interessa compreender que estratégias de *coping* a mulher utiliza e que lhe permitem fazer face ao processo de doença, quer no momento do diagnóstico e tratamentos, quer no momento após os tratamentos, bem como o suporte social percebido, e de que forma estes fatores influenciam o nível de crescimento pós-traumático experienciado por estas mulheres. Alguns autores afirmam que as estratégias de *coping* são, de fato, um forte indicador de bem-estar emocional (Compas et al., 1999; Holland & Holahan, 2003; Kayser, Sormanti, & Strainchamps, 1999; Prati & Pietrantonio, 2009), e que o suporte social se apresenta como um recurso que tem um efeito moderador sobre o *stress* estando associado a um melhor ajustamento psicológico (Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2006; Kayser et al., 1999; Patrão, 2007; Prati & Pietrantonio, 2009).

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto psicossocial do cancro da mama em mulheres durante e após tratamento sistémico, avaliando a relação existente entre estratégias de *coping*, suporte social e crescimento pós-traumático.

A primeira parte da presente investigação, encontra-se dividida em dois capítulos referentes à fundamentação teórica do cancro da mama e das variáveis psicossociais em estudo. No capítulo I, aborda-se a génese do cancro de mama, bem como a prevalência em Portugal, passando pela descrição das fases do ciclo psico-oncológico e respetivos

tratamentos do cancro de mama. No capítulo II, referente às variáveis psicossociais em estudo – estratégias de *coping*, suporte social e crescimento pós-traumático -, definem-se os conceitos, os modelos teóricos e os fatores de ajustamento envolvidos, para cada uma das variáveis estudadas.

A segunda parte respeita ao estudo empírico, e enceta o capítulo III referente à metodologia. Nesta secção, definem-se os objetivos e as hipóteses, o delineamento e o procedimento, descrevem-se as participantes, as variáveis em estudo e os instrumentos utilizados. Neste segmento, encontram-se ainda os resultados e a discussão dos mesmos.

## **Primeira Parte**

### **Enquadramento Teórico**

#### **Capítulo I - O Cancro de Mama**

##### **Definição e Génese**

O cancro da mama é o mais frequente cancro entre as mulheres na Europa (27,6% de todos os cancros) e, em Portugal, surgem aproximadamente 4500 novos casos de cancro da mama por ano. Atualmente, 11 a 13 mulheres recebem o diagnóstico de cancro da mama. Contudo, quase 90% dos cancros de mama são tratáveis se diagnosticados na fase inicial da doença (Portal de Oncologia Português – POP, 2012).

O cancro da mama desenvolve-se a partir de um disfuncionamento celular, onde células anormais levam à formação do tumor. As células normais crescem de forma controlada e dividem-se de forma constante para reparar tecidos danificados. Porém, por vezes, o sistema desregula-se e, por conseguinte, as células tornam-se anormais, dando origem a uma multiplicação anormal destas células, que se vão dividindo até à formação de um caroço, denominado tumor (Ogden, 2004). Nem todos os tumores são cancerosos: alguns são benignos e, por isso, são inofensivos ao indivíduo, e outros malignos.

Os tumores malignos são constituídos por células cancerígenas que têm a capacidade de destruir e prejudicar áreas em seu redor, viajando para outros órgãos, dando origem a tumores secundários, ou metastáticos. Quando um tumor maligno consegue invadir e prejudicar tecidos e órgãos vizinhos denomina-se cancro (Ogden, 2004).

##### **Tipos de Cancro de Mama**

Existem dois tipos de cancro da mama: o cancro não invasivo (*in situ*), que não se espalha a zonas vizinhas, e o cancro invasivo, que se espalha ao tecido em seu redor (Direção Geral de Saúde, DGS, 2003).

Considera-se não invasivo o carcinoma ductal *in situ* e o carcinoma lobular *in situ*. Por sua vez, o cancro invasivo manifesta-se das seguintes formas: carcinoma ductal, carcinoma lobular, cancro inflamatório da mama e Doença de Paget. O carcinoma ductal é invasivo e desenvolve a capacidade de se espalhar às restantes zonas vizinhas. O carcinoma lobular é um cancro invasivo e difícil de diagnosticar comparativamente a outros tipos de cancro. Por outro lado, existem tipos de cancro mais raros tal como é o caso do cancro inflamatório da mama e a Doença de Paget (American Cancer Society, ACS, 2013; Ogden, 2004).

## **Prevalência do Cancro de Mama em Portugal**

Segundo o Portal de Oncologia Português (POP, 2012) morrem diariamente 4 mulheres portuguesas, vítimas de cancro da mama. Este é o tipo de cancro mais frequente e que atinge níveis de mortalidade elevados, no sexo feminino. Segundo Ogden (2004), uma em cada dez mulheres pode desenvolver cancro da mama em algum momento da sua vida, aumentando essa probabilidade quando as mulheres se encontram no ciclo pós – menopausa, por volta dos 60/64 anos. Ainda que o cancro da mama sofra influências múltiplas (ex. história pessoal de cancro, história familiar, alterações genéticas, etc; Roche, 2012a) verdade é que a idade é um dos maiores fatores de risco. Estes números colocam em evidência a importância do rastreio do cancro da mama, uma vez que 90% dos cancros quando diagnosticados numa fase inicial ou precoce são tratáveis (POP, 2012).

A par do rastreio, outros métodos de diagnóstico e tratamento foram sendo desenvolvidos e, conseqüentemente, evoluindo ao longo do tempo, tendo impacto direto no número de sobreviventes ao cancro da mama. As taxas de sobrevivência para 5 anos variam de 92,5% a 100% quando o cancro é detetado no rastreio e em estádios muito precoces (estadio 0 e estadio I; Ogden, 2004; ACS, 2013).

## **Fases do Ciclo Psico-Oncológico**

O processo oncológico enceta diversas fases: desde o diagnóstico à sobrevivência e/ou vigilância clínica. A primeira fase é a da descoberta da doença, do diagnóstico, onde existe um confronto e choque com a doença. De seguida, surge a cirurgia que permite a remoção do cancro. Posteriormente, a fase dos tratamentos adjuvantes e, por fim, a fase da sobrevivência ou vigilância clínica, após 5 anos do diagnóstico (Ogden, 2004).

## **Tratamentos**

Existem várias opções de tratamento para o cancro da mama, e é importante que a mulher se torne parte ativa no processo de decisão, relativamente ao tipo de tratamentos a que vai ser submetida (Ogden, 2004).

A avaliação e determinação do grau do tumor e do seu estadio têm impacto e influencia na escolha do tratamento. A cirurgia como tratamento primário, permite a avaliação mais concreta do tumor, o qual apenas pode ser avaliado depois de removido. A fase em que o tumor se encontra e a existência de metastização são fatores relevantes. De acordo com a ACS (2013), o estadio do cancro pode classificar-se de acordo com os seguintes critérios:

- **Estadio 0**, estágio inicial: significa que não foi encontrado tumor;

- **Estadio I**, estágio inicial: significa que o tumor tem tamanho até 2cm e que não se espalhou para nenhuma parte da mama e do restante corpo;
- **Estadio II**, estágio inicial: o tumor tem mais de 2cm e espalhou-se aos gânglios linfáticos da axila; ou tem entre 2 a 5 cm e pode não ter-se espalhado para os gânglios linfáticos da axila; o tumor tem mais de 5 cm mas não se espalhou aos gânglios linfáticos da axila; ou o cancro não se espalhou.
- **Estadio III**, estágio avançado: o tumor tem mais de 5cm; os gânglios linfáticos da axila estão afetados; o cancro não se espalhou;
- **Estadio IV**, estágio avançado: o tumor pode assumir qualquer tamanho e o cancro espalhou-se a outras partes do corpo.

Os tratamentos do cancro da mama podem ser *locais* (que englobam a cirurgia e a radioterapia, e que têm como objetivo remover ou controlar as células cancerígenas de uma área específica) e/ou *sistémicos* (tal como a quimioterapia ou as terapêuticas hormonais e biológicas que têm como finalidade destruírem ou controlar as células cancerígenas em todo o corpo (Ogden, 2004; Roche, 2013). Por outro lado, o tratamento adjuvante surge em complemento da cirurgia para aumentar a probabilidade de eficácia do tratamento (ex. quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal).

Existem três tipos de cirurgia possíveis: a cirurgia conservadora da mama, a quadrantectomia e a mastectomia. A cirurgia conservadora do seio consiste na remoção da porção da mama que contém as células cancerígenas. Neste sentido, existem dois métodos conservadores da mama possíveis: a noduletomia, que remove o tumor com algum tecido normal circundante (sendo que alguns gânglios linfáticos também removidos), e a quadrantectomia, em que um quarto da mama e alguns gânglios linfáticos que se localizam debaixo do braço são removidos (Ogden, 2004; Roche, 2013).

A mastectomia, método que remove o tecido mamário, é representada por dois tipos mais comuns: a simples ou total, e a radical modificada. Na mastectomia simples, a mama é totalmente removida, incluindo o mamilo e o excesso de pele, mas não os músculos. Por seu turno, na mastectomia radical modificada, a mama é removida juntamente com alguns músculos mamários (parte do músculo da parede do peito e alguns/ todos gânglios linfáticos debaixo do braço). Este tipo de mastectomia é utilizada quando o tumor se encontra num estágio avançado e espalhou-se aos músculos do peito (Ogden, 2004; Roche, 2013).

Perante o cenário de remoção da mama, existe a possibilidade de reconstrução da mesma. Contudo, a cirurgia de reconstrução é um processo nem sempre desejado pela mulher,

uma vez que representa um revier da angústia e do sofrimento. Não querendo reconstruir a mama, a mulher tem ainda ao seu alcance a prótese mamária (Ogden, 2004; Roche, 2013).

Existem tratamentos complementares aos já enunciados, que permitem aumentar a probabilidade de eficácia do tratamento. A radioterapia é um desses métodos. Este método utiliza a radiação, normalmente raios X de elevada potência que permitem eliminar células microscópicas que permaneceram após a cirurgia, e para cessar o seu crescimento. A radioterapia pode ter origem externa (forma mais frequentemente utilizada) ou origem interna, a partir de implantes (Ogden, 2004, Roche, 2013). Por outro lado, a quimioterapia, ou seja, o uso de químicos/ medicamentos anticancerígenos, permite eliminar células cancerígenas que se espalharam através da corrente sanguínea. Administram-se ciclicamente fármacos citotóxicos (de 3 em 3 semanas, em ciclos de 21 ou 28 dias), que são venenosos para as células de divisão rápida (cancro) mas que apresentam efeitos secundários ao nível da queda do cabelo, do aparelho digestivo e das células da medula óssea. Esta administração pode ocorrer em três períodos específicos: em primeiro lugar, antes da cirurgia para minimizar um grande tumor e para diminuir também a necessidade da mastectomia; em segundo lugar, após a cirurgia, quando o cancro se espalhou aos gânglios linfáticos e para além destes; e por último, no cancro da mama avançado que espalhou-se a outras partes do corpo.

Por outro lado, existem as terapêuticas hormonais, utilizadas em mulheres com elevados níveis de estrogénio, uma vez que os elevados níveis de estrogénio no sangue potenciam o aparecimento do cancro da mama. O principal efeito deste tipo de tratamento é bloquear o estrogénio destinado à mama. O tamoxifeno, terapia mais frequente, é administrado durante 5 anos (Ogden, 2004).

Por fim, as terapêuticas dirigidas incluem os anticorpos monoclonais e terapêuticas com pequenas moléculas que identificam alvos nas células cancerígenas ou substâncias normais que ajudam o crescimento das mesmas. Assim, atacam especificamente esses alvos, bloqueando o crescimento das células malignas e travando assim a sua disseminação, sem prejuízo das células normais (Roche, 2013).

## Capítulo II - Variáveis Psicossociais no Adoecer da Mama

### *Coping*

#### **O *Coping* e a sua Definição**

A definição de *coping* não tem sido uma tarefa fácil para a comunidade científica, que tem vindo a desenvolver, ao longo dos tempos, inúmeros esforços no sentido de encontrar uma definição universalmente aceite (Varela & Leal, 2007). Atualmente, a definição de *coping* mais aludida na literatura pertence a Lazarus e Folkman (1984) que definem o *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as imposições específicas, quer internas quer externas, que são percecionadas pelo indivíduo como estando para além dos seus recursos.

No *coping* é importante considerar os estilos e as estratégias envolvidas no processo. Segundo Antoniazzi, Dell'Angello, e Bandeira (1998), os estilos de *coping* têm sido comumente associados à personalidade do indivíduo ou a resultados, mas referem-se à forma habitual do indivíduo reagir e lidar com o *stress*. São hábitos que a pessoa desenvolve e que influenciam a reação do sujeito perante as situações. Carver e Scheiler (1994) definem o estilo de *coping* como a tendência de reações perante o *stress*. De uma forma geral, o estilo de *coping* denomina o processo de tendência do indivíduo para responder de uma forma particular quando confrontado com circunstâncias específicas. Por outro lado, as estratégias de *coping* referem-se a ações cognitivas ou comportamentais iniciadas no decurso do confronto com um episódio stressante, tal como o cancro de mama, sendo estas determinadas pelos estilos de *coping* (Antoniazzi et al., 1998). Sivesind e Rohaly – Davis (1998, cit. por Maia & Correia, 2008) avançam que as estratégias de *coping* têm que ver com a forma através da qual os indivíduos se confrontam ou lidam com as situações consideradas stressantes. A forma como cada indivíduo reage perante um evento stressante difere, tendo em conta a influência de fatores pessoais, situacionais, sociais, familiares, entre outros.

#### **Modelos de *Coping***

No que se refere aos modelos explicativos do *coping*, destacam-se o Modelo de Lazarus e Folkman (1984), Rudolph e colaboradores (1995) e de Moos (1995).

O *Modelo de Processamento de Stress e Coping* (Lazarus & Folkman, 1984) é um modelo que coloca em evidência a relação entre fatores pessoais e ambientais, e onde a avaliação do acontecimento ou do evento stressante é fundamental. A avaliação cognitiva do agente de *stress* é um processo através do qual o indivíduo percebe a situação e o quão

stressante ela é para si. Esta avaliação vai determinar que estratégias devem ser empregues, numa situação específica e acontece em dois momentos: na avaliação primária e secundária.

Na avaliação primária, o indivíduo procura determinar qual o significado do evento e de que forma isso afetará o seu bem-estar, ou seja, se o evento é irrelevante (não é significativo), se é stressante (significa que ultrapassa os recursos pessoais do indivíduo, afetando o seu bem-estar) ou benigno (em que a os recursos pessoais são suficientes e que as consequências são positivas para o indivíduo). O evento stressante por ser considerado como ameaça, prejuízo ou desafio. Quando o indivíduo percebe o evento como negativo, como uma ameaça ao seu bem-estar, recorre à avaliação secundária para determinar que estratégias de *coping* devem ser empregues para lidar com a situação (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo este modelo cognitivista (Lazarus & Folkman, 1984) o *coping* divide-se em duas categorias funcionais: o *coping* focado na resolução direta do problema e o *coping* focado nos sentimentos e/ou emoções, que sendo dois grupos distintos permitem definir a orientação das estratégias empregues. As estratégias focadas no problema respeitam à procura ativa e direta, por parte do indivíduo, de uma forma de eliminar ou diminuir o problema, tal como seja a procura de informação e a fixação por objetivos. Este tipo de estratégias é empregue quando existe no indivíduo uma percepção de controlo do evento stressante. Por outro lado, as estratégias focadas nas emoções são estratégias que permitem a manutenção da esperança e do otimismo, possibilitando a negação dos fatos e a implicação dos mesmos. São utilizadas quando o indivíduo percebe que nada pode ser feito para alterar esta ameaça. Aqui, o objetivo está relacionado com a diminuição do desconforto emocional e do sofrimento, através de mecanismos como a fuga e o distanciamento do problema (Varela & Leal, 2007).

A literatura revela que ambas as estratégias relacionam-se e que surgem geralmente associadas, sendo que as estratégias orientadas para as emoções surgem imediatamente após o acontecimento (ex. diagnóstico) e que vão sendo gradualmente substituídas por estratégias de resolução do problema (Hack & Degner, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

Por outro lado, Moos (1995, 2002) desenvolveu um modelo mais detalhado acerca da influência de fatores pessoais e ambientais na avaliação que o indivíduo faz dos problemas e no processo de *coping*, nomeadamente, na sua adaptação e bem-estar. Este modelo decompõe-se em 5 painéis: sistema ambiental (painel I), sistema pessoal (painel II), condições transitórias (painel III), avaliação cognitiva e habilidades de *coping* (painel IV), e saúde e bem-estar (painel V).

Moos (1995) define o *coping* quanto ao seu foco (coping de aproximação ou evitação) e método (cognitivo ou comportamental), sendo que quando estas duas abordagens se combinam, as habilidades de *coping* passam a ser categorizadas em quatro domínios: 1) análise lógica e reavaliação positiva refletem *coping* de aproximação cognitiva; 2) procura de suporte e soluções de problemas refletem *coping* de aproximação comportamental; 3) evitação cognitiva e aceitação ou resignação refletem *coping* de evitação cognitiva; 4) procura de gratificação alternativa e descarga emocional exemplificam *coping* de evitação comportamental (Moos, 1995, 2002).

Este modelo sugere que os indivíduos utilizam os dois estilos de *coping*, sendo ativo o *coping* no qual há esforços de aproximação do foco do *stress*, na tentativa de o solucionar, e passivo quando se denotam esforços de evitação do foco de *stress*, tentando controlar as emoções e pensamentos sobre o problema. As estratégias de evitação, como a negação, o distanciamento e a fuga ao problema, podendo ser relativamente eficazes numa fase inicial de confronto, quando utilizadas constantemente podem ser um fator de risco para respostas adversas. Em geral, as pessoas que utilizam com maior frequência as estratégias de aproximação, estão mais propensas a solucionar os seus problemas, a serem mais bem-sucedidas no enfrentamento das crises de vida e a obter ganhos e benefícios, bem como a experienciar maior autoconfiança e menos disfunções e depressão. Enquanto pessoas que utilizam com maior frequência estratégias evitativas tendem a experienciar piores resultados relativamente à sua saúde e bem-estar (Moos, 2002).

Comparado ao modelo conceitual apresentado por Lazarus e Folkman (1984) é possível verificar que de maneira geral, as estratégias de aproximação se assemelham ao *coping* centrado no problema, enquanto as estratégias de evitação se assemelham ao *coping* centrado nas emoções. Desta feita, o referencial teórico deste estudo é o modelo de Lazarus e Folkman (1984).

### **Fatores envolvidos no *Coping***

De acordo com Thomsen, Rydahl – Hansens e Wagner (2010), conhecer os fatores que se associam ao processo de *coping*, no contexto da doença oncológica, permite uma melhor compreensão acerca da doença e uma melhor ajuda aos doentes e aos seus familiares, no processo de ajustamento psicológico à doença. De acordo com a literatura, denota-se a existência de fatores que se ligam diretamente ao *coping* e que influenciam o tipo de estratégias empregues, tais como, o significado do evento (procura de sentido; mudança de valores), o sistema de suporte social (suporte espiritual, segurança), a minimização do impacto do cancro (planeamento, aceitação, distanciamento, negação), a função mental e

corporal (funções físicas limitadas, negação, sofrimento mental), a incerteza (dificuldades na aceitação da doença; medos sobre deterioração; incerteza em relação ao futuro) o controlo (perda do controlo e autonomia; culpa; preocupações de morte; manutenção do controlo) e as emoções (função emocional e controlo emocional).

Os estudos têm identificado que as estratégias de *coping* focadas no problema relacionam-se de forma positiva a um melhor ajustamento psicológico ao cancro da mama, nomeadamente, elevado locus de controlo interno (Burgess, Morris, & Petingale, 1998); controlo percebido (Taylor, Lichtman, & Wood, 1984); foco no problema (Prati & Pietrantonio, 2009), espírito de luta (Clasen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Varela & Leal, 2007), aceitação (Carver et al., 1999; Lazarus & Folkman, 1984; Stanton et al., 2000; Donhauer, Crawford, Farmer, & Avis, 2009), humor, (Carver et al. 1999), reinterpretação positiva (Bigatti, Steiner, & Miller, 2012; Prati & Pietrantonio, 2009; Urcuyo et al., 2005), suporte social (Holland & Holahan, 2003; Kayser et al., 1999; Prati & Pietrantonio, 2009) e religião (Prati & Pietrantonio, 2009; Urcuyo et al., 2005). Por outro lado, existem estudos que indicam que as estratégias de *coping* focadas na emoção relacionam-se a um pobre ajustamento psicológico à doença, nomeadamente, desânimo/fraqueza (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001; Holland & Holahan, 2003); isolamento social (Weisman & Wonder, 1976); fatalismo (Varela & Leal, 2007); preocupação ansiosa (Schnoll et al., 1998) e evitamento (Bigatti et al., 2012; Burgess et al., 1998; Schnoll et al., 1998).

### **Coping e Cancro da Mama**

Um estudo Português de Varela e Leal (2007), com 84 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, (em que 38 se encontravam a realizar tratamentos para o cancro da mama e 46 já os haviam terminado), procurou determinar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres portuguesas. Os resultados indicaram que as estratégias mais utilizadas eram o Espírito de Luta e o Fatalismo, seguidas do Evitamento Cognitivo e a da Preocupação Ansiosa. A estratégia de *coping* menos utilizada era o Desânimo/Fraqueza. As autoras procuraram ainda verificar como é que as estratégias de *coping* se distribuíam em função das variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade e estado civil. Encontrando-se apenas uma correlação significativa entre a Preocupação Ansiosa e a escolaridade. Também foi estudado como é que as estratégias de *coping* se distribuíam pelas variáveis clínicas: tempo decorrido desde o diagnóstico, e tipo de cirurgia. Os resultados indicaram que não se encontram diferenças significativas nas estratégias de *coping* em função das variáveis estudadas.

Bussel e Naus (2010) avaliaram as estratégias de *coping* e a ocorrência de crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama em dois momentos diferentes do ciclo psico-oncológico: nos tratamentos de quimioterapia e dois anos após os tratamentos. Verificaram que durante os tratamentos de quimioterapia, o uso de estratégias de *coping* focadas na emoção associam-se a pior ajustamento psicológico, e que estratégias focadas no problema como religião associam-se a níveis mais elevados de crescimento pós-traumático, e que após 2 anos, o uso de estratégias focadas no problema como aceitação associa-se a níveis mais elevados de crescimento pós-traumático.

Face ao diagnóstico de cancro de mama é possível identificar 3 fases do ciclo psico-oncológico, segundo Almanza – Munoz e Holland (2000): 1) fase de negação, em que esta presente no indivíduo um sentimento de anestesia emocional bem como uma dificuldade em acreditar no diagnóstico; 2) fase de confusão, em se se verifica agitação emocional e disforia, mas onde gradativamente o indivíduo vai reconhecendo a realidade; e 3) fase a longo prazo, onde existe um voltar à rotina habitual e onde surgem sintomas de otimismo. Nesta última fase, e com o aproximar do término dos tratamentos e passagem à fase de sobrevivência, as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres assumem uma posição importante, possibilitando o crescimento pós-trauma. Contudo, na literatura científica esta posição não é unanime, verificando-se uma contradição entre os estudos relativamente às estratégias que se revelam adaptativas na fase final dos tratamentos e, conseqüente, sobrevivência. Assim, este estudo pretende minimizar esse efeito e procura estudar que estratégias de *coping* são mais utilizadas, tanto na fase de tratamentos como na fase de término dos tratamentos pelas mulheres com cancro de mama, e se existe uma mudança de estratégias ao longo destas duas fases da doença.

## **Suporte Social**

### **Definição do Conceito**

A adoção de estratégias de *coping* focadas no problema por parte da mulher com cancro de mama, consideradas como adaptativas, depende em forte medida do suporte social recebido e percebido como adequado por estas mulheres. O suporte social define-se relativamente à existência ou à quantidade de relações sociais gerais e, em particular, no que respeita às relações conjugais, de amizade ou organizacionais (Ornelas, 1994).

House (1981, cit. por Schetter, Folkman, & Lazarus, 1987) define o suporte social como uma transação interpessoal, que envolve preocupação emocional, ajuda instrumental,

informação e avaliação. O suporte social é um fator psicossocial que tem enorme influência na adaptação e ajustamento da mulher ao cancro da mama, moderando o impacto do *stress* face à doença (Gottlieb, 1983). Quando existe suporte social, a mulher doente sente-se acompanhada e com segurança para melhor lidar com a doença, isto é, adaptar-se e ajustar-se à mesma.

Neste contexto, é necessário considerar fatores importantes, nomeadamente, a) a quantidade de relações sociais, b) a sua estrutura formal e c) o conteúdo dessas relações. Compreender o suporte social implica integrar as várias componentes que o caracterizam, nomeadamente, a dimensão redes (que se foca na integração social do indivíduo num grupo e respetivas interações dentro do grupo, ex. família), a dimensão do suporte social recebido – (que se foca no suporte que o indivíduo recebe na realidade ou considera ter recebido), e a dimensão do suporte social percecionado (que se foca no suporte que o indivíduo acredita ter disponível caso necessite).

A estrutura, a qualidade e a função dos membros da rede de suporte social são componentes importantes que ajudam a explicar o apoio proporcionado à mulher com cancro de mama. De acordo com Ornelas (1994) o tamanho e a adequação do suporte em nada relacionam-se, uma vez que aquilo que importa não é a quantidade de pessoas mas a qualidade do suporte prestado. Por outro lado, o suporte social recebido refere-se a atos específicos, reconhecidos como esforços intencionais para ajudar um indivíduo, podendo acontecer de forma espontânea ou a pedido do sujeito (Antonucci & Depner, 1980, cit. por Ornelas, 1994) e revelam-se em comportamentos como expressão de afetos e avaliação, assumindo a forma de suporte emocional, feedback, aconselhamento ou orientação, assistência prática ou financeira, e a socialização. Contudo, estes comportamentos podem demonstrar-se inúteis, dependendo do resultado, do investimento, da forma e da qualidade. Por seu turno, o *suporte social recebido* é influenciado pelas características dos destinatários (ex. idade, género, personalidade, Schetter et al., 1987); dos prestadores do suporte social (perceção de doença, motivação para o suporte); e pelos stressores ambientais (intensidade, duração ou ambiguidade, Lazarus & Folkman, 1984). A dimensão do suporte social percecionado tem que ver com as perspetivas subjetivas de suporte que consistem nas avaliações das relações individuais de suporte e dos comportamentos que ocorrem no seu seio. Este nível é indicador de como as funções de suporte estão a ser cumpridas, podendo assumir diversas formas, tais como a satisfação, sentimento de pertença e o envolvimento (Ornelas, 1994).

Assim, a transação interpessoal na rede social pode ocorrer com base em diferentes aspectos, nomeadamente, a preocupação emocional, ajuda instrumental, informação sobre o ambiente e informação sobre o próprio, e esta troca pode dar-se com qualquer membro da família, com amigos, com profissionais, na comunidade, ou em grupos de apoio (Helgeson & Cohen, 1996).

### **Tipos de Suporte Social**

Em termos funcionais, o suporte social pode assumir diferentes formas e, segundo Bloom (2000), estas categorizam-se em:

- a) **Suporte Emocional, Afetivo 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 autoestima;
- b) **Suporte Percetivo** - permite ao indivíduo efetuar uma avaliação mais correta do seu problema, dar-lhe outro significado e estabelecer objetivos mais realistas;
- c) **Suporte Informativo** - corresponde às informações e conselhos que ajudam a compreender melhor as situações difíceis, facilitando a tomada de decisão;
- d) **Suporte Instrumental** - consiste na ajuda concreta em termos materiais/serviços que o indivíduo recebe de forma a resolver um problema;
- e) **Suporte de Convívio Social** - traduz-se no sentimento de estar acompanhado, de fazer parte de uma rede social, e participar em várias atividades sociais.

Todos os tipos de suporte social são úteis, embora dependendo do grau de controlo ao *stress*, uns possam produzir um efeito mais eficaz do que outros. O suporte instrumental e informativo é útil quando a situação é controlável, ajudando 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 percetivo é útil para corrigir a distorção da realidade e é muito utilizado em intervenções terapêuticas (Serra, 2002).

### **Modelos Teóricos do Suporte Social**

De acordo com a Teoria do Suporte Social de Weiss (1974, cit. por Dragest & Lindstrom, 2003) que entende o suporte social numa perspetiva multidimensional, existem 6 componentes sociais, em que cada uma delas determina uma forma de apoio social em particular, podendo cada uma delas ser mais ou menos importante e eficaz em determinadas circunstâncias, nomeadamente:

1. **Vinculação ou anexo:** na relação com os outros, aumenta no indivíduo o sentido de proximidade emocional e segurança, sendo importante a sua manutenção para que não se verifique isolamento nem se manifeste solidão no enfrentamento das adversidades;
2. **Integração Social:** é inevitável a necessidade do indivíduo se sentir integrado num grupo social, como por exemplo a família: é imprescindível o indivíduo sentir que faz parte da família e que pode contar com o seu apoio. A sua ausência reflete-se no isolamento social.
3. **Oportunidade de nutrição:** sentido de responsabilidade para o bem-estar dos outros;
4. **Aliança confiável:** relações onde o indivíduo pode contar com a assistência e apoio dos demais, sob qualquer circunstância. A sua ausência promove um enorme sentido de vulnerabilidade e desamparo.
5. **Certeza de valor:** relações em que as habilidades do indivíduo são valorizadas e reconhecidas, muito importantes na manutenção da autoestima.
6. **Orientação ou aconselhamento:** relacionamentos baseados na confiança, em que o indivíduo sente que lhe podem fornecer conselhos e informação.

### **Suporte Social e Cancro de Mama**

O suporte social é um fator que tem forte impacto no ajustamento da mulher à doença (Chou, Stewart, Wild, & Bloom, 2012; Helgeson & Cohen, 1996) refletindo-se numa necessidade das mulheres perante o diagnóstico de cancro da mama (Drageset & Lindstrom, 2003; Friedman et al., 2006), e está, por isso, associado a menores níveis de angústia e sofrimento, e maior sobrevivência (Chou et al., 2012). Assim sendo, a sua ausência traduz maiores níveis de angústia e de sintomatologia depressiva (Mallincknott, Armer, & Heppner, 2012), logo, um pior ajustamento psicológico à doença (Drageset & Lindstrom, 2003; Holland & Holahan, 2003; Kayser et al., 1999).

O suporte social da família depende das estratégias de *coping* utilizadas pelos membros desta para fazer face à doença. Na verdade, é no seio familiar que as doentes tentam encontrar a subsistência emocional para se adaptarem e ajustarem ao cancro da mama, através do apoio do conjugue e dos filhos, bem como das suas crenças religiosas (Kayser et al., 1999). De acordo com um estudo de Kayser et al. (1999) realizado com mulheres com cancro da mama, conclui-se que o suporte social recebido, e em particular, o suporte recebido pelo conjugue é um fator que influencia positivamente o ajustamento à doença. Estes dados são consistentes com o estudo de Holland e Holahan (2003), de Chou et al. (2012), e de Bittencourt e Cadete (2002). Contudo, alguns estudos têm verificado que, por vezes, o estado

civil não se encontra associado a níveis mais elevados de satisfação com o suporte social (Thompson, Rodebaugh, Pérez, Schootman, & Jeffe, 2013). Ainda assim, o suporte social apresenta-se como um recurso que está associado a um melhor ajustamento psicológico á doença (Baucom et al., 2006; Kayser et al., 1999; Patrão, 2007; Prati & Pietrantonì, 2009).

## **Crescimento Pós-Traumático**

### **Definição do Conceito**

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente relativamente à capacidade humana de crescer e encontrar aspetos positivos face a uma experiência traumática, de como é exemplo o cancro da mama (Joseph & Butler, 2010; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, & Vlahos, 2008; Prati, & Pietrantonì, 2009; Sumalla, Ochoa & Blanco, 2008; Urcuyo et al., 2005). O trauma remete para o dano ou injúria resultante de um ataque violento ao indivíduo ou a outrem (*DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2002).

O indivíduo quando experimenta um acontecimento negativo e stressante pode dele retirar consequências positivas e benefícios, a par do sofrimento associado. O conceito que remete para tais mudanças positivas é o de crescimento pós-traumático (CPT). O termo foi introduzido por Calhoun e Tedeschi (1999) e define-se pela mudança positiva que o indivíduo experimenta como resultado de um processo de luta face à vivência de uma experiência traumática. O conceito é muitas vezes confundido com outras terminologias (ex. resiliência, otimismo) que também foram sendo introduzidas para definir e clarificar este fenómeno, mas considera-se que atualmente o que o melhor o define é o termo crescimento pós-traumático: “crescimento” remete para uma elevação do funcionamento do sujeito para um nível superior, e “traumático” porque sublinha que o crescimento surge depois de um evento significativo.

Contudo, a experiência de crescimento pode coexistir com sofrimento. Este pressuposto pode parecer contraditório mas segundo Calhoun e Tedeschi (1999) devem coexistir no indivíduo emoções positivas e negativas na experiência de crescimento, de tal forma que se, numa fase inicial, tais emoções negativas não se manifestarem o crescimento também não ocorrerá. Para que ocorra crescimento é necessário que o acontecimento seja suficientemente significativo, de tal forma que coloque em causa as crenças e pressupostos básicos do indivíduo. Por outro lado, Park, (1998) e Calhoun e Tedeschi, (1999) afirmam que apesar de poder ocorrer crescimento após um evento traumático, nem todas as pessoas são capazes de encontrar consequências positivas e benefícios em eventos negativos.

## **Componentes do CPT**

Tedeschi, Park e Calhoun (1996) e Tedeschi e Calhoun (2004) categorizaram as mudanças positivas resultantes de um evento traumático em vários domínios, nomeadamente nas seguintes categorias:

- 1. Novas possibilidades/oportunidades** – o indivíduo tem uma percepção diferente da sua vida, considerando novas oportunidades para si.
- 2. Crescimento Pessoal** - o indivíduo sente mais confiança em si mesmo, com uma maior capacidade de enfrentar futuras adversidades.
- 3. Relações interpessoais:** as relações sociais são fortalecidas, existindo uma maior necessidade de suporte social por parte do indivíduo.
- 4. Espiritualidade:** denota-se uma maior abertura relativamente a questões religiosas e/ou espirituais.
- 5. Apreciação da vida** - assiste-se a uma maior valorização da vida e a uma redefinição de prioridades, verificando-se uma melhor distinção entre aquilo que é essencial e prioritário, e aquilo que é dispensável e/ou secundário.

## **Processos cognitivos envolvidos no CPT**

Os processos envolvidos no desenvolvimento do CPT são semelhantes aos que habitualmente intervêm em acontecimentos negativos (ex. suporte social, estratégias de *coping*) para facilitar o ajustamento e adaptação face ao evento negativo. Pouco se sabe ainda sobre a dinâmica de desenvolvimento do CPT, e mais estudos são necessários para uma melhor compreensão acerca deste fenómeno. Por outro lado, importa perceber de que forma estes processos intervêm, para que se possa explicar a razão pela qual alguns pessoas experienciam crescimento após o trauma e outras não (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Do ponto de vista cognitivo, e numa fase inicial, surgem as rumações, as evitações e as intrusões, que nesta fase se encontram positivamente associadas ao CPT. Assim, o processamento cognitivo intenso do acontecimento negativo é necessário para que ocorra uma reconstrução da percepção do mundo, uma vez que esta foi posta em causa pelo evento. Grande parte dos pensamentos ruminantes, envoltos em sofrimento e angústia, ocorrem em especial na fase inicial do trauma e são fundamentais para facilitar o CPT (Calhoun & Tedeschi, 1999). Do ponto de vista processual, pressupõe-se que o CPT ocorre a partir de componentes emocionais mais automáticas (ex. flashbacks ou pesadelos), que gradualmente vão dando lugar a processos mais controlados pela reflexão e orientados para a mudança. Contudo, estes

processos não ocorrem, necessariamente, de forma consciente. Segundo os autores, muitas pessoas experienciam CPT e referem-se a surpresas por este acontecimento, o que chama a atenção para a inexistência de um objetivo consciente. O que acontece, é que as pessoas fazem determinados esforços para avançarem no seu projeto de vida e viverem de acordo com a nova situação, ou seja, ajustarem-se ao acontecimento negativo e traumático. É no conjunto destes esforços e desta luta que ocorre o CPT.

### **Modelos Teóricos do CPT**

. No que respeita à literatura sobre esta temática, ainda subsistem algumas dúvidas quanto à natureza do CPT, pelo que este fenómeno tem sido compreendido de acordo com duas correntes teóricas: por um lado, existem autores que entendem o CPT como resultado, em que o indivíduo coloca em prática uma série de estratégias que lhe permitem encontrar benefícios e aspetos positivos no acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004), e por outro lado, aqueles que entendem o CPT como estratégia em si mesmo, ou seja, em que o indivíduo tenta encontrar aspetos positivos na experiência traumática, de forma a poder enfrentar o acontecimento, ou seja, um processo (Park, 1998).

- **CPT como processo**

Aqui, os autores sugerem que encontrar benefícios na experiência traumática pode ter efeitos positivos na superação e adaptação face à mesma. Assim, esta perceção de benefícios seria parte do processo de crescimento, que em conjunto com outros fatores, potenciariam a atribuição de significado à experiência e assim uma assimilação de forma adaptativa (Park, 1998). Neste caso específico, a perceção de crescimento surge como um elemento do processo que possibilita uma melhor e mais rápida adaptação face à situação adversa.

- **CPT como resultado**

Por outro lado, existem autores que consideram o CPT como resultado, onde as pessoas expressam e vivem o crescimento, algumas vezes como algo longo e doloroso (Tedeschi & Calhoun, 2004). Neste sentido, foram desenvolvidos alguns modelos teóricos que pretendem explicar os mecanismos do CPT nomeadamente, o Modelo Sociocognitivo de Crescimento Pós-Traumático de Tedeschi e Calhoun (1996, 2004).

Segundo este modelo, o processo de crescimento é conceptualizado da seguinte forma: um acontecimento traumático de grandes proporções coloca em causa alguns elementos chave dos objetivos importantes do indivíduo e da sua visão do mundo. Isso representa um desafio

para os objetivos e crenças centrais e para a capacidade de lidar com problemas emocionais. A angústia emocional resultante, inicia um processo de ruminação recorrente, e o indivíduo tenta desenvolver formas para reduzir esse desconforto. Inicialmente, a ruminação é mais automática que voluntária e é caracterizada por pensamentos frequentes relativos ao trauma. Após uma fase de enfrentamento bem-sucedido, a ruminação transforma-se num pensamento mais deliberado sobre o trauma e sobre o seu impacto na própria vida. Este novo tipo de ruminação, entendido como um processo cognitivo mais construtivo, terá um papel chave no desenvolvimento de crescimento pessoal. O CPT é conceptualizado como um constructo multidimensional que pode incluir mudanças nas crenças, nos objetivos, nos comportamentos e na identidade pessoal (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004).

Uma revisão de literatura levada a cabo por Linley e Joseph (2004) sugere que mudanças positivas são comumente relatadas pela maioria dos sobreviventes de vários acontecimentos traumáticos, tais como desastres naturais e problemas médicos, nomeadamente doenças.

### **Determinantes envolvidos no CPT**

De acordo com a literatura existente, é possível afirmar que ainda há muito para investigar relativamente às características e variáveis que determinam o processo de CPT. As características do acontecimento traumático, da própria pessoa e da sua personalidade, têm sido as variáveis mais estudadas. Atualmente, o suporte teórico não esclarece que relação existe entre CPT e suporte social.

Neste sentido, destacam-se aquelas variáveis que poderão explicar o CPT de acordo com o objetivo do presente estudo, nomeadamente, as características do evento traumático, variáveis sociodemográficas, estratégias de *coping* e suporte social. Em relação as características do acontecimento traumático, Tedeschi e Calhoun (2004) referem que o CPT só pode ocorrer em situações sísmicas, isto é, em situações onde exista uma forte intensidade, de tal forma que estas coloquem em causa os esquemas básicos do indivíduo. No que respeita às variáveis sociodemográficas, nomeadamente, à idade e género, importa referir que os estudos têm apresentado dados inconsistentes quando à sua influência no CPT (Morris & Finch, 2011). Relativamente à idade, os dados sugerem que os jovens tendem a reportar maiores níveis de CPT, uma vez que os seus esquemas cognitivos, sobre mundo e sobre si próprio ainda não se encontram consolidados, pelo que apresentam uma maior flexibilidade face à mudança (Manne et al., 2004).

Em relação às estratégias de *coping*, aquelas que se focam no problema assentam em resultados mais positivos, relacionando-se com um melhor ajustamento psicológico à doença

(Burgess et al., 1998; Carver et al., 1999; Clasen et al., 1996; Kayser et al., 1999; Lazarus & Folkman, 1984; Taylor et al., 1984; Stanton et al., 2000) e relacionando-se positivamente com o CPT (Bigatti et al., 2012; Donhauer et al., 2009; Holland & Holahan, 2003; Prati & Pietrantonio, 2009; Urcuyo et al., 2005; Varela & Leal, 2007).

No que respeita à relação entre suporte social e CPT, os dados não se revelam tão consistentes. Se, por um lado, o suporte social é um fator com significativo impacto no ajustamento psicológico da mulher com cancro de mama (Chou et al., 2012; Helgeson & Cohen, 1996; Schulz & Mohamed, 2004; Weiss, 2004; Thompson et al., 2013), por outro, não se encontra atualmente definido se maiores níveis de suporte social recebido e consequente satisfação promove níveis mais elevados de CPT, ou se pelo contrário é o próprio CPT que promove uma maior procura de suporte social (Linley & Joseph, 2004).

### **CPT e Cancro da Mama**

Ainda que a relação entre CPT e cancro da mama não se encontre totalmente clarificada na comunidade científica, alguns estudos têm demonstrado a ocorrência de CPT em doentes com cancro de mama associado a um melhor ajustamento psicológico à doença (Carver & Antoni, 2004; Urcuyo et al., 2005), estando este fenómeno associado a fatores como a idade (Bellizzi, 2004; Bellizzi & Blank, 2006; Lechner, Carver, Antoni, Weaver, & Phillips, 2003; Manne et al., 2004), estado civil, profissão, educação e estatuto socioeconómico (Bellizzi & Blanck, 2006), gravidade da doença (Tomich & Helgeson, 2004), tempo decorrido desde o diagnóstico (Manne et al., 2004; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003), suporte social (Schuliz & Mohamed, 2004; McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2013; Weiss, 2004), e estratégias de coping (Stanton et al., 2006; Bussel & Naus, 2010) que terão impacto num maior nível de CPT.

Os estudos têm verificado a ocorrência de CPT em mulheres com cancro de mama, em áreas como a espiritualidade, na relação com os outros, maior autoconfiança e força pessoal, redefinição dos objetivos e das prioridades de vida (Antoni et al., 2001; Carver & Antoni, 2004; Cordova et al., 2001; Lechner et al., 2006; Manne et al., 2004; Schulz & Mohamed, 2004; Sears et al., 2003; Stanton et al., 2002; Thornton, 2002; Tomich & Helgeson, 2004; Weiss, 2004).

Cordova et al., (2007) desenvolveram um estudo onde avaliaram os fatores que predizem o CPT em mulheres com cancro de mama. Verificaram que as mulheres experienciaram mudanças positivas pós-trauma num grau de moderado a elevado, e que as mulheres mais novas apresentam níveis superiores de CPT.

Na mesma linha, Lelonain, Bernnaud-Antignac e Florin (2010) realizaram um estudo com mulheres sobreviventes ao cancro de mama com o intuito de avaliar a ocorrência de CPT e a sua presença a longo prazo. Verificaram que todas as mulheres relataram CPT num grau de moderado a elevado, o que sugere e confirma a presença de CPT a longo prazo. Num outro estudo (Lechner et al.,2006) também se verificou a ocorrência de CPT em mulheres sobreviventes ao cancro da mama, num período de 5 anos após o diagnóstico, em níveis consideráveis. Da mesma forma, Mols, Vingerhoets, Coebergh & Van Poll-France (2009) documentam a ocorrência de CPT em mulheres com diagnóstico de cancro de mama, há 10 anos.

Já em Portugal, Silva, Crespo e Canavarro (2012) investigaram o impacto das estratégias de *coping* no CPT em mulheres com cancro da mama em diferentes fases do ciclo psico-oncológico, e verificaram que todas as mulheres evidenciam CPT no período de 3 a 12 meses após o diagnóstico de cancro da mama, em áreas como o fortalecimento das relações interpessoais, novas possibilidades e melhor apreciação da vida e espiritualidade, e que as estratégias de *coping* focadas no problema, nomeadamente, a reinterpretação positiva, a aceitação e planeamento, se associam positiva e significativamente com maiores níveis de CPT.

Assim, este estudo revela-se pertinente uma vez que pretende minimizar algumas das lacunas encontradas na literatura ao nível do suporte social e do CPT, e da relação entre todas as variáveis. Pretende analisar a relação entre estratégias de *coping*, suporte social e CPT. Atualmente denota-se a existência de poucos estudos que analisem e clarifiquem a relação destas três variáveis em conjunto. Em relação ao suporte social, são importantes mais estudos que permitam clarificar qual a relação entre suporte social e CPT. Por outro lado, ao nível do CPT, ainda não se encontram definidos quais os fatores que potenciam, na realidade, um maior nível de CPT, e qual a sua evolução ao longo do ciclo psico-oncológico, sendo necessários mais estudos longitudinais, que englobem as três variáveis deste estudo.

## Segunda Parte

### Estudo Empírico

#### Capítulo II – Metodologia

##### Objetivo do estudo e hipóteses.

O objetivo do presente estudo prende-se com a avaliação da evolução das estratégias de *coping*, do suporte social e de crescimento pós-traumático ao longo do ciclo psico-oncológico, tentando explicitar a relação existente entre elas, comparando-as em relação a dados sociodemográficos (estado civil) e clínicos (em tratamento vs. término do tratamento) em mulheres diagnosticadas com cancro de mama, sem metástases.

Como tal, foram delineadas as seguintes hipóteses:

**H1.** Na fase de tratamentos, prevê-se valores mais elevados de *coping* focado na emoção – desânimo e fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo -, comparativamente à fase de término dos tratamentos.

**H2.** Prevê-se valores mais elevados de *coping* focado no problema – espírito de luta -, em mulheres que já tenham finalizado os tratamentos.

**H3.** Mulheres casadas apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social, comparativamente às mulheres não-casadas.

**H4.** Mulheres que já finalizaram os tratamentos apresentam níveis mais elevados de crescimento pós-traumático, comparativamente às mulheres que ainda se encontram em tratamentos.

**H5.** Mulheres com níveis mais elevados de *coping* focado no problema e que já terminaram os tratamentos apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social.

**H6.** Estratégias de *coping* como o espírito de luta encontram-se diretamente relacionadas com níveis mais elevados de crescimento pós-traumático.

**H7.** Estratégias de *coping* como o desânimo e fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo encontram-se relacionadas com níveis mais baixos de crescimento pós-traumático.

**H8.** Mulheres com níveis mais elevados de satisfação suporte social apresentam níveis mais elevados de crescimento pós-traumático.

## **Delineamento**

Tendo em conta o objetivo do presente estudo, o mesmo apresenta um delineamento de carácter descritivo, comparativo, o que permite descrever as características da população em estudo (Gil, 2008), e comparar dois grupos da amostra, nomeadamente, o grupo de mulheres em tratamento para o cancro de mama e o grupo de mulheres que finalizaram os tratamentos, nomeadamente, quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia (Pais-Ribeiro, 2007).

Assim, considerando o objetivo e hipóteses do presente estudo, este delineamento permite estudar as estratégias de *coping*, o suporte social e o crescimento pós-traumático evidenciado pela amostra de mulheres com cancro da mama e comparar a manifestação das variáveis entre os dois grupos acima descritos.

## **Procedimento**

Os dados foram recolhidos no Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa, e no Centro de Saúde de Salvaterra de Magos, com o consentimento da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e do Diretor de Serviço de Oncologia. Posteriormente, as participantes foram contactadas pessoalmente no momento do tratamento adjuvante, tendo-lhes sido solicitada a sua participação e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. De seguida, assinaram o consentimento informado (anexo A) e teve início a sua participação através do preenchimento do questionário de identificação e caracterização sociodemográfica, do questionário clínico e dos instrumentos para a avaliação das variáveis psicossociais. A recolha de dados decorreu em apenas um momento, presencialmente.

## **Participantes**

A amostra deste estudo caracteriza-se por ser uma amostra não-probabilística, intencional por conveniência (Maroco, 2007; Pais-Ribeiro, 1999a, 2007) sendo constituída por 68 mulheres com cancro da mama, 38 das quais se encontram na fase de tratamentos e as restantes 30 que já finalizaram os tratamentos (quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia). Os critérios de seleção para participação no presente estudo são: terem pelo menos 18 anos, saberem ler e escrever na língua portuguesa, ser primeiro diagnóstico de cancro da mama, ausência de perturbação física ou psicológica que dificulte a participação no estudo.

## **Variáveis do estudo**

Para a presente investigação e tendo em conta a sua pertinência teórica foram definidas como variáveis: variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis psicossociais. Dentre as variáveis sociodemográficas destacam-se a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional, o rendimento familiar anual e o número de filhos. Em

relação às variáveis clínicas, importa destacar o momento do diagnóstico, o estadió em que se encontra a doença, o tipo de tratamento, o estatuto clínico (tratamento vs. término do tratamento/sobrevivência) e os antecedentes familiares da doença. No que respeita às variáveis psicossociais, importa estudar os estilos de *coping*, o suporte social e o crescimento pós-traumático.

## **Material**

Para a seleção 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 dos instrumentos. Os autores contactados forneceram autorização através do contacto via correio eletrónico (Anexo B, C e D)

## **Questionário de identificação e caracterização sociodemográfica (Anexo E)**

O questionário de identificação e caracterização sociodemográfica foi construído para a presente investigação e tem como objetivo uma recolha mais pessoal e específica, acerca de dados sociodemográficos e clínicos pertinentes. Como variáveis sociodemográficas considerou-se a idade, a nacionalidade, a naturalidade, a escolaridade, estado civil, situação profissional e rendimento anual familiar. As variáveis clínicas estudadas são o tempo do diagnóstico, a forma de deteção do cancro, o estadió, o tipo de tratamento, antecedentes familiares da doença e existência de doença mental.

## **Escala de ajustamento mental ao cancro – Mini-Mac (Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico, 2003; anexo F)**

A Escala de Ajustamento Mental ao Cancro, versão reduzida (Mini-Mac) adaptada para a população portuguesa por Pais - Ribeiro, Ramos e Samico (2003), tem como objetivo avaliar o tipo de ajustamento mental ao cancro e é constituída por 29 itens, tendo como origem a Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), desenvolvida em 1988 por Watson e colaboradores.

Avalia cinco estratégias de *coping* em relação ao cancro, nomeadamente: 1) Desânimo/fraqueza; 2) Preocupação ansiosa; 3) Espírito de luta; 4) Evitamento cognitivo e 5) Fatalismo. Cada item descreve a reação 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 subescalas de desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, evitamento e fatalismo, indicam níveis de *coping* pouco adaptativos e negativo, enquanto elevados níveis na subescala espírito de luta indica níveis de *coping* adaptativo e positivo.

### **Escala de satisfação com o suporte social – ESSS, (Pais-Ribeiro, 1999b; anexo G)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social é uma escala que pretende avaliar o grau de satisfação com o suporte social percebido. É constituída por 15 itens, que são apresentados para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações (Pais-Ribeiro, 1999b), e que se encontram distribuídos de acordo com 4 subescalas:

- 1) Satisfação com os amigos, que inclui 5 itens (ex. “*estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho*”);
- 2) Intimidade, que inclui 4 itens (ex. “*Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio*”);
- 3) Satisfação com a família, que inclui 3 itens, (ex. “*Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família*”)
- 4) Atividades sociais, que inclui 3 itens, (ex. “*Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam*”).

O sujeito deve responder ao questionário, assinalando qual o grau em que concorda com a afirmação que lhe é apresentada, de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia desde “*concordo totalmente*” a “*discordo totalmente*”. Na cotação da escala, pelo somatório dos itens de cada subescala obtém-se o *score* correspondente a cada subescala. 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.

### **Inventário do desenvolvimento pós - traumático (Silva, Moreira, Pinto, Sousa, & Canavarro, 2009; anexo H)**

Este inventário foi validado para a população portuguesa através de um estudo com mulheres com cancro da mama por Silva et al., (2009) e tem como objetivo principal aceder às mudanças psicológicas positivas relatadas por indivíduos que tenham passado por uma situação adversa. É constituído por 21 itens que se dividem em 4 dimensões:

- 1) Perceção de Recursos e Competências pessoais; (6 Itens)
- 2) Novas possibilidades e Valorização da vida, (6 Itens)
- 3) Fortalecimento das Relações Interpessoais, (6 Itens)

#### 4) Desenvolvimento Espiritual, (3Itens)

Este questionário possui uma escala de resposta tipo *Likert*, de seis pontos, onde é pedido aos sujeitos que assinalem o grau em que consideram ter mudado em consequência de um determinado trauma, sendo que o “0” corresponde a “*Eu não experiencie esta mudança como resultado da minha doença*” e “6” “*Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença*”.

## Resultados

### Estudos Descritivos

A amostra é constituída por 68 mulheres, com uma média de idade de 55,66 anos ( $DP = 9,858$ ), de nacionalidade, na sua grande maioria, portuguesa (95,6%), casadas (63,2%) e que apresentam habilitações literárias ao nível da 4ª classe (26,5%), do 12º ano (26,5%) e ao nível da licenciatura (17,6%). Relativamente à atividade profissional, 45,6% das participantes encontram-se reformadas, e 35,3 % em atividade, sendo que a maioria (47,1%) apresenta um rendimento anual familiar inferior a 10.000€(tabela 1).

Tabela 1

*Caracterização sociodemográfica da amostra (N=68)*

Variáveis	Média (M)	Desvio-Padrão (SD)	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	55.66	9.858	37	74
<b>Nº Filhos</b>	1.95	1.022	0	6
			<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nacionalidade</b>				
Portuguesa			<b>65</b>	<b>95.6</b>
Cabo Verdiana			2	2.9
Brasileira			1	1.5
<b>Habilitações literárias</b>				
Sem escolaridade			1	1.5
4ª classe			<b>18</b>	<b>26.5</b>
7ª classe			6	8.8
9º ano			9	13.2
12º ano			<b>18</b>	<b>26.5</b>
Bacharelato			3	4.4
Licenciatura			12	17.6
Doutoramento			1	1.5
<b>Situação Profissional</b>				
Ativa			<b>24</b>	<b>35.3</b>
Desempregada			6	8.8
Reformada			<b>31</b>	<b>45.6</b>
Baixa			7	10.3
<b>Estado Civil</b>				
Solteira			8	11.8
Casada			<b>43</b>	<b>63.2</b>
União de Facto			2	2.9
Divorciada			<b>9</b>	<b>13.2</b>
Viúva			6	8.8
<b>Rendimento Anual Familiar</b>				
Inferior a 10.000€			<b>32</b>	<b>47.1</b>
Entre 10.000€ e 20.000€			18	26.5
Entre 20.001€ e 37.500€			7	10.3
Entre 37.501€ e 70.000€			8	11.8
Superior a 70.000€			3	4.4

Em termos clínicos, as participantes revelam uma atitude preventiva face ao cancro da mama, realizando autoexame da mama (39,1%) e exames médicos de rotina (47,8%). São mulheres com diagnóstico, maioritariamente, no estadio III de cancro de mama (34,8%). A mastectomia foi a cirurgia mais frequente (73,9%), em complemento com a quimioterapia (82,6%), a radioterapia externa (32,6%) e a terapêutica hormonal (28,3%). A baixa percentagem de terapêutica hormonal justifica-se pelo facto de o momento de avaliação decorrer, maioritariamente, ainda durante os tratamentos de quimioterapia, fase na qual ainda não é prescrita a terapêutica hormonal. A maioria das participantes, ainda se encontra em tratamentos quimioterapêuticos (52,2%) e hormonal (17,4%), sendo que uma parte (15,2%) já terminou o tratamento há pelo menos 5 anos. São mulheres, na sua maioria, com o primeiro diagnóstico de cancro de mama (73,9%) e com antecedentes familiares de cancro (67,4%), mas sem demais doenças físicas (73,9%) ou mentais (56,5%). Neste momento, a maioria das participantes não tem acompanhamento psicológico (67,4%), tal como pode verificar-se tabela 2.

Na tabela 3, estão patentes os dados descritivos (médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos) relativos aos resultados obtidos nas diversas subescalas do Mini-Mac, da ESSS e do IDPT. Verifica-se que as pontuações das várias subescalas variam entre um mínimo de zero e máximo de 103. De uma forma geral, a escala que apresenta um valor médio mais elevado é o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT) ( $M=68,09$ ;  $DP=20,577$ ), seguido da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) ( $M=57,93$ ;  $DP=11,632$ ).

De uma forma mais específica, verifica-se que relativamente ao IDPT, a subescala Percepção de Recursos e Competências Pessoais (PRCP) é a subescala que apresenta um valor médio mais elevado ( $M=21,84$ ;  $DP=6,762$ ), seguida do Fortalecimento de Relações Interpessoais (FRI,  $M=21,18$ ;  $DP=6,007$ ), o que indica que estas são as áreas onde as mulheres experienciam CPT. Por outro lado, a subescala que apresenta um valor médio mais baixo é o Desenvolvimento Espiritual (DE,  $M=9,00$ ;  $DP=3,587$ ).

No que respeita à Mini-Mac, a subescala com valor médio mais elevado é a Preocupação Ansiosa ( $M=17,75$ ;  $DP=5,397$ ), seguida do Fatalismo ( $M=15,29$ ;  $DP=2,066$ ). O Espírito de Luta assume um valor médio de 13,54 ( $DP=2,161$ ).

Por fim, e relativamente à ESSS, a Satisfação com as Amizades é a subescala que apresenta um valor médio mais elevado ( $M=19,87$ ;  $DP=4,731$ ), seguida da Intimidade ( $M=14,69$ ;  $DP=3,719$ ), o que indica que estas são as áreas de suporte social em que a amostra de mulheres se sente mais satisfeita.

Tabela 2  
*Caracterização Clínica da Amostra (N=68)*

<b>Variáveis clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Deteção</b>		
Auto Exame da Mama	<b>18</b>	<b>39.1</b>
Exame médico de rotina	<b>22</b>	<b>47.8</b>
Por pedido do médico	3	6.5
Por pedido da própria	3	6.5
<b>Estadio do cancro</b>		
Estadio 0	3	6.5
Estadio I	8	17.4
Estadio II	<b>11</b>	<b>23.9</b>
Estadio III	<b>16</b>	<b>34.8</b>
Estadio IV	4	8.7
<b>Tipo de tratamentos</b>		
Mastectomia	<b>34</b>	<b>73.9</b>
Tumorectomia	2	4.3
Quadrantectomia	3	6.5
Quimioterapia	<b>38</b>	<b>82.6</b>
Radioterapia Externa	<b>15</b>	<b>32.6</b>
Terapêutica Hormonal	<b>13</b>	<b>28.3</b>
Terapêutica Dirigida	8	17.4
<b>Fase do tratamento</b>		
Em quimioterapia	24	52.2
Em terapêutica Hormonal	<b>8</b>	<b>17.4</b>
Em terapêutica Dirigida	1	2.2
Em vigilância Clínica	6	13.0
Alta Clínica	7	15.2
<b>Termino dos tratamentos</b>		
Sim	<b>11</b>	<b>23.9</b>
Não	35	76.1
<b>Primeiro Diagnóstico</b>		
Sim	<b>34</b>	<b>73.9</b>
Não	12	26.1
<b>Antecedentes familiares</b>		
Sim	<b>31</b>	<b>67.4</b>
Não	15	32.6
<b>Outras doenças físicas</b>		
Sim	12	26.1
Não	<b>34</b>	<b>73.9</b>
<b>Doença Mental</b>		
Sim	19	41.3
Não	<b>26</b>	<b>56.5</b>
<b>Acompanhamento Psicológico</b>		
Sim	15	32.6
Não	<b>31</b>	<b>67.4</b>

Tabela 3

*Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das variáveis psicossociais*

Variáveis	Média (M)	Desvio-Padrão (SD)	Mínimo	Máximo
<b>MINI-MAC</b>	<b>69.66</b>	<b>9.862</b>	52	93
Desânimo/Fraqueza	13	4.285	8	23
Preocupação Ansiosa	17.75	5.397	8	30
Espirito de Luta	13.54	2.161	6	17
Evitamento Cognitivo	10.10	3.106	4	16
Fatalismo	15.29	2.066	11	19
<b>ESSS</b>	<b>57.93</b>	<b>11.632</b>	26	75
Satisfação Amizades	19.87	4.731	5	25
Intimidade	14.69	3.719	4	20
Satisfação Família	13.37	2.400	6	15
Atividades Sociais	10.00	3.251	3	15
<b>IDPT</b>	<b>68.09</b>	<b>20.577</b>	3	103
PRCP	21.84	6.762	0	30
NPVV	16.07	8.277	0	30
FRI	21.18	6.007	3	30
DE	9.00	3.587	0	15

*Nota.* Mini – Mac: escala de ajustamento mental ao cancro (Pais-Ribeiro et al., 2003); ESSS: escala de satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999); IDPT: inventário de desenvolvimento pós-traumático (Silva et al., 2009); PRCP: perceção de recursos e competências pessoais; NPVV: novas possibilidades e valorização da vida; FRI: fortalecimento de relações interpessoais; DE: desenvolvimento espiritual.

### **Análise Inferencial**

Na análise estatística e para decidir qual o tipo de testes estatísticos (paramétricos ou não-paramétricos) a ser utilizado, analisou-se a normalidade e homogeneidade das variâncias, de cada variável. Para tal, utilizou-se respetivamente 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, concluiu-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). Sempre que as variáveis cumprissem os pressupostos da normalidade, utilizou-se o teste paramétrico T-Sudent. Caso a normalidade não se verificasse, utilizou-se o teste paramétrico Mann-Whitney.

### **Estratégias de coping entre mulheres que se encontram em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos**

Um dos objetivos do presente estudo é perceber se existem diferenças quanto ao uso de estratégias de *coping*, comparativamente ao estatuto clínico (em tratamento vs. tratamentos finalizados). É possível verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas subescalas do *coping*, sendo que as mulheres que se encontram em tratamento utilizam

mais estratégias de *coping* focadas na emoção, comparativamente às mulheres que já finalizaram os tratamentos.

As mulheres que se encontram em tratamento apresentam: a) valores mais elevados na estratégia desânimo/fraqueza ( $M=14,21$ ) comparativamente às mulheres que já finalizaram os tratamentos ( $M=11,47$ ,  $t(66)=2,747$ ;  $p=,004$ ); b) valores mais elevados na estratégia preocupação ansiosa ( $M=19,43$ ) do que as mulheres que se já finalizaram os tratamentos ( $M=15,67$ ,  $t(66)=3,008$ ;  $p=,002$ ); c) valores mais elevados na estratégia evitamento cognitivo ( $M=10,95$ ) comparativamente às mulheres que já finalizaram os tratamentos ( $M=9,03$ ,  $t(66)=2,633$ ;  $p=,005$ ).

Relativamente às mulheres que já finalizaram os tratamentos, verifica-se que apresentam valores mais elevados nas estratégias de *coping* focadas no problema, tais como espírito de luta ( $M=14,23$ ) comparativamente às mulheres que se encontram em tratamento ( $M=13,00$ ,  $t(66)=-2,420$ ,  $p=,009$ ), (tabela 4).

Tabela 4

*Estratégias de coping entre mulheres ainda em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos*

Mini-Mac	GMT (n=37)		GMFT (n=30)		t	df	p
	M.	S.D.	M.	S.D.			
Desânimo/Fraqueza	14.21	4.237	11.47	3.893	2.747	66	.004
Preocupação Ansiosa	19.43	4.758	15.67	5.486	3.008	66	.002
Espírito de Luta	13.00	2.242	14.23	1.870	2.420	66	.009
Evitamento Cognitivo	10.95	2.681	9.03	3.316	2.633	66	.005
Fatalismo	15.26	2.127	15.33	2.023	-0.138	66	.445

*Nota.* Mini – Mac: escala de ajustamento mental ao cancro (Pais-Ribeiro et al., 2003); GMT: grupo de mulheres em tratamento; GMFT= grupo de mulheres que já finalizaram os tratamentos.

### **Satisfação com o suporte social entre mulheres casadas e não casadas.**

No que respeita à satisfação com o suporte social, procurou-se verificar se existiam diferenças entre o grupo de mulheres casadas e o grupo de mulheres não casadas. Através da tabela 5, verifica-se que não existem diferenças significativas quanto à satisfação com o suporte social entre mulheres casadas ( $M=56,35$ ) e não casadas ( $M=59,63$ ,  $t(49)=.694$ ;  $p=,245$ ). Por outro lado, também não se verificam diferenças significativas nas diferentes dimensões do suporte social, entre mulheres casadas e não casadas.

Tabela 5

*Satisfação com o Suporte Social: comparação entre mulheres casadas e não casadas*

ESSS	GMC (N=43)		GMNC (N=8)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	M.	S.D.	M.	S.D.			
SS_Total	56.35	12.579	59.63	10.141	0.694	49	.245
Satisfação Amizades	19.12	5.001	19.75	5.148	0.328	49	.372
Intimidade	14.28	4.014	16.00	3.338	1.139	49	.130
Satisfação Família	13.40	2.392	13.63	1.996	0.255	49	.400
Atividades Sociais	9.56	3.246	10.25	3.370	0.550	49	.292

*Nota.* ESSS: escala de satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999), GMC: grupo de mulheres casadas; GMNC: grupo de mulheres não casadas

### **Crescimento pós-traumático entre mulheres em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos**

Procurou-se analisar se as mulheres que já finalizaram os tratamentos apresentam níveis mais elevados de CPT. Através da tabela 6, é possível verificar que existem diferenças entre os dois grupos, sendo que o grupo de mulheres que já finalizou os tratamentos, apresentam valores médios mais elevados de CPT (M=43,03) que o grupo de mulheres que ainda se encontra em tratamento (M=27,76,  $U=314$ ;  $p=,002$ ). As diferenças revelam-se significativas entre as dimensões Percepção de Recursos e Competências Pessoais (PRCP,  $U=259$ ;  $p < 0,01$ ), Novas Possibilidades e Valorização da Vida (NPVV,  $U=386,5$ ;  $p=,023$ ), e Fortalecimento de Relações Interpessoais (FRI,  $U=346,5$ ;  $p=,006$ ). Contudo, verifica-se que o término dos tratamentos não influencia maiores níveis de Desenvolvimento Espiritual (DE,  $U=488,5$ ;  $p=,312$ ).

Tabela 6

*Crescimento pós-traumático: comparação entre mulheres em tratamento e mulheres que já finalizaram os tratamentos*

IDPT	GMT (N=38)		GMFT (n=30)		<i>U</i>	<i>p</i>
	M.	S.D.	M.	S.D.		
IDPT_TOTAL	27.76	1055.0	43.03	1291.0	314	0.002
PRCP	26.32	1000.0	44.87	1346.0	259	0.000
NPVV	29.67	1127.5	40.62	1218.5	386.5	0.023
FRI	28.62	1087.5	41.95	1258.5	346.5	0.006
DE	32.36	1229.5	37.22	1116.5	488.5	0.312

*Nota.* IDPT: Inventário de desenvolvimento pós-traumático (Silva et al., 2009); PRCP: percepção de recursos e competências pessoais; NPVV: novas possibilidades e valorização da vida; FRI: fortalecimento de relações interpessoais; DE: desenvolvimento espiritual. GMT: grupo de mulheres em tratamento; GMFT: grupo de mulheres que já finalizaram os tratamentos.

### **Estratégia de coping focada no problema - espírito de luta- e satisfação com o suporte social.**

Para verificar se as mulheres com níveis mais elevados de *coping* focado no problema – espírito de luta- apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social, realizou-se uma correlação de Pearson (Tabela 7). É possível observar uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o espírito de luta e a satisfação com o suporte social ( $r(68)=,301$ ;  $p=,012$ ), em três das subescalas, nomeadamente, a satisfação com as amigadas ( $r(68)=,258$ ;  $p=,033$ ), na intimidade ( $r=,322$ ,  $p=,007$ ) e na satisfação com a família ( $r=,257$ ,  $p=,034$ ).

Tabela 7

*Correlação de Pearson entre espírito de luta e satisfação com o suporte social*

<b>Espírito de Luta/ESSS (N=68)</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Satisfação amigadas	0.258	<b>.033</b>
Intimidade	0.322	<b>.007</b>
Satisfação Família	0.257	<b>.034</b>
Atividades Sociais	0.144	.240
Satisfação_Total	0.301	<b>.012</b>

$p < 0.05$

### **Estratégias de coping e CPT**

Procurou-se verificar se o espírito de luta (estratégia focada no problema) se associa a níveis mais elevados de CPT, comparativamente a estratégias de desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, evitamento cognitivo e fatalismo. Foi realizada a correlação de Pearson e através da tabela 8 é possível verificar que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a estratégia de *coping* focada no problema – espírito de luta – e o crescimento pós-traumático ( $r(68)=,499$ ;  $p<0,05$ ). Observa-se que quanto mais estratégias adaptativas as mulheres utilizam, nomeadamente, estratégias como espírito de luta, mais elevado o nível de CPT. Verifica-se também que as estratégias desânimo/fraqueza ( $r(68)= -,478$ ;  $p<0,01$ ), e preocupação ansiosa ( $r(68)=-,385$ ;  $p<0,01$ ) se correlacionam negativamente com o CPT, o que significa que à medida que as mulheres adotam mais estratégias de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa, diminui o nível de CPT.

Tabela 8

*Correlação de Pearson entre estratégias de coping e crescimento pós-traumático*

<b>Mini-Mac/IDPT (N=68)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Desânimo/Fraqueza	-0.590**	-0.382**	-0.395**	-0.089	-0.478**
Preocupação Ansiosa	-0.529**	-0.264*	-0.336**	-0.037	-0.385**
Espírito de Luta	0.522**	0.430**	0.418**	0.187	0.499*
Evitamento Cognitivo	-0.278**	-0.098	-0.072	0.123	-0.130
Fatalismo	0.330**	0.420**	0.305**	0.526**	0.458**

\*\*p <0.01; \*p <0.05; 5= IPDT: Inventário de desenvolvimento pós-traumático; 1= PRCP: percepção de recursos e competências pessoais; 2= NPVV: novas possibilidades e valorização da vida; 3= FRI: fortalecimento de relações interpessoais; 4= DE: desenvolvimento espiritual

### **Satisfação com o suporte social e CPT**

Procurou-se averiguar se as mulheres que apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social apresentam níveis mais elevados de CPT. Neste sentido, realizou-se uma correlação de Pearson e, através da tabela 9, verifica-se que o suporte social se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com o CPT ( $r(68)=,320$ ;  $p<0,01$ ), nomeadamente ao nível da satisfação com as amigas ( $r(68)=,336$ ;  $p<0,01$ ) e da intimidade ( $r(68)=,323$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 9

*Correlação entre Satisfação com o Suporte Social e Crescimento Pós-traumático*

<b>ESSS/IDPT (N=68)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SS_TOTAL	0.375**	0.240*	0.419**	-0.128	0.320**
Satisfação Amizades	0.375**	0.323**	0.372**	-0.146	0.336**
Intimidade	0.375**	0.254*	0.396**	-0.104	0.323**
Satisfação Família	0.195	-0.027	0.262*	-0.123	0.108
Atividades Sociais	0.223	0.118	0.312**	-0.035	0.206

\*\*p <0.01; \*p <0.05; ESSS= escala de satisfação com o suporte social; 5= IDPT: inventário de desenvolvimento pós-traumático. 1= PRCP: percepção de recursos e competências pessoais; 2= NPVV: novas possibilidades e valorização da vida; 3= FRI: fortalecimento de relações interpessoais; 4= DE: desenvolvimento espiritual

## Discussão

O processo de adoecer da mama é traumático e envolto numa experiência de angústia e sofrimento. É um acontecimento vivido de forma individual, encetado em diferentes formas de ação/reação. Neste estudo, pretendeu-se avaliar as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social e o crescimento pós-traumático em duas fases do ciclo psico-oncológico (em tratamento vs. tratamento finalizado), tentando compreender se as duas primeiras variáveis influenciam o grau de CPT experienciado pelas mulheres com cancro de mama. Utilizou-se uma amostra de 68 mulheres com diagnóstico de cancro de mama, 38 das quais encontra-se em tratamento (s) e onde 30 já terminou o (s) tratamento (s).

Em termos descritivos, os dados revelam que são mulheres com uma média de idade de 55,66 anos, na sua maioria casadas, e que revelam uma atitude preventiva face ao cancro da mama, realizando autoexame da mama e exames médicos de rotina, o que se interliga com uma preocupação prévia e real das mulheres, constatada pelo fato de a maioria apresentar primeiro diagnóstico de cancro de mama. Contudo, a mastectomia foi o tipo de tratamento mais frequentemente realizado, verificando-se também que são mulheres com antecedentes familiares de cancro.

Os resultados do presente estudo, de uma forma geral, vêm confirmar a literatura no que respeita à capacidade humana de crescer e encontrar aspetos positivos face a uma experiência traumática, de como é exemplo o cancro da mama (Joseph & Butler, 2010; Mystakidou et al., 2008; Prati & Pietrantonio, 2009; Sumalla et al., 2008; Urcuyo et al., 2005).

A amostra de mulheres demonstra que isso é possível, revelando níveis elevados de CPT, após o trauma do diagnóstico e tratamento do cancro de mama. Estes resultados que confirmam a ocorrência de CPT em mulheres com cancro de mama, vão ao encontro de outros estudos que foram desenvolvidos com o objetivo de avaliarem a ocorrência de CPT em amostras de mulheres com diagnóstico de cancro de mama entre 1 e 10 anos (Carver & Antoni, 2004; Lechner et al., 2003; Manne et al., 2004; Schulz & Mohamed, 2004; Sears et al., 2003; Stanton et al., 2002; Thornton, 2002; Tomich & Helgeson, 2004).

Contudo, para além deste resultado mais geral, existem outros que também merecem ser discutidos. No que respeita às estratégias de *coping*, os resultados demonstram que as mulheres que se encontram em tratamento utilizam mais estratégias focadas na emoção, nomeadamente, desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo, o que lhes permite a redução do desconforto emocional, uma vez que é uma fase muito próxima do diagnóstico e em que ainda não houve disponibilidade emocional suficiente para uma aceitação e adaptação ao cancro de mama. Demonstram ainda que as mulheres que já

finalizaram os tratamentos utilizam mais estratégias focadas no problema, nomeadamente, o espírito de luta, o que remete para uma aceitação do problema, de confronto com o real e planeamento.

Estes dados vão ao encontro dos estudos de Lazarus e Folkman, (1984) e Hack e Degner, (2004) que sugerem que as estratégias de coping focadas na emoção que se verificam imediatamente após o acontecimento, vão sendo gradualmente substituídas por estratégias mais adaptativas. Estes dados também vão ao encontro dos resultados do estudo de Varela e Leal (2007) onde o espírito de luta se revê na estratégia focada no problema mais utilizada pelas mulheres com cancro de mama. Conclui-se, assim, que a hipótese 1 e 2 foram confirmadas

No que respeita ao suporte social, os resultados do presente estudo indicam que, nesta amostra, o estado civil (casada vs. solteira) não tem influência numa maior ou menor satisfação com o suporte social, sendo que tanto as mulheres casadas como as mulheres não-casadas apresentam níveis de satisfação com as amigas, com a família, com as atividades sociais e com a intimidade. Estes dados, relativamente ao estado civil, são consistentes com o estudo de Thompson et al. (2013) onde se comparou também o suporte social com o estado civil, não tendo sido verificadas diferenças significativas; mas contrários aos resultados dos estudos de Kayser et al. (1999), Holland e Holahan (2003) e Chou et al. (2012) que concluíram que o suporte social recebido, e em particular, o suporte recebido pelo cônjuge é um fator que influencia positivamente o ajustamento à doença. Neste caso em concreto, esta infirmação da hipótese 3 formulada, pode dever-se ao número reduzido (n=8) de mulheres com cancro de mama não casadas, o que pode condicionar a generalização destes resultados.

Outro aspeto relevante deste estudo é compreender se a estratégia espírito de luta encontra-se direta e positivamente associada a níveis mais elevados de satisfação com o suporte social. Os resultados demonstram que as mulheres que já finalizaram os tratamentos, e que evidenciam maior emprego da estratégia espírito de luta, encontram-se satisfeitas com o apoio dos amigos (satisfação com as amigas) e com o apoio que recebem da família (satisfação com a família), revelando satisfação ao nível da sua intimidade, o que vai ao encontro da literatura (Holland & Holahan, 2003; Kayser et al., 1999; Prati & Pietrantonio, 2009; Thomsen et al., 2010). A hipótese 5 é, assim, confirmada.

No que respeita ao CPT, os resultados indicam que todas as mulheres apresentam valores deste constructo, apresentando a perceção de mudanças positivas, novas oportunidades, maior autoconfiança e capacidade para enfrentar futuras adversidades, redefinindo prioridades de tal forma que se denota um fortalecimento das relações

interpessoais (Tedeschi et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004). Contudo, as mulheres que já finalizaram os tratamentos evidenciam níveis mais elevados de CPT, apenas em três dimensões, nomeadamente, na Perceção de Recursos e Competências Pessoais, nas Novas Possibilidades e Valorização da Vida e no Fortalecimento de Relações Interpessoais. Neste sentido, o término dos tratamentos não influencia o Desenvolvimento Espiritual. Este resultado confirma, em parte, a hipótese 4.

Nos últimos anos, os estudos têm-se dedicado não somente à compreensão do CPT, como também sobre os preditores e fatores associados ao CPT. Os estudos têm identificado que a estratégia espírito de luta associa-se a níveis elevados de CPT (Bigatti et al., 2012; Burgess et al., 1998; Donhauer et al., 2009; Holland & Holahan, 2003; Prati & Pietrantonio, 2009; Stanton et al., 2000; Stanton et al., 2006;; Urcuyo et al, 2005). Por outro lado, os estudos também têm demonstrado que estratégias focadas na emoção, tais como desânimo/fraqueza, fatalismo, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo associam-se a níveis baixos de CPT (Benzur et al, 2001; Bigatti et al., 2012; Holland & Holahan, 2003). Os resultados do presente estudo indicam que a estratégia espírito de luta se correlaciona direta e positivamente com níveis mais elevados de CPT, confirmando-se assim a hipótese 6, observando-se que quanto mais estratégias adaptativas as mulheres utilizam, maior o nível de crescimento pós-traumático experienciado, ao nível da perceção de recursos e competências pessoais, das novas possibilidades e valorização da vida, e do fortalecimento de relações interpessoais. Relativamente as estratégias de desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa e evitamento cognitivo, correlacionam-se negativa e significativamente com o CPT, confirmou-se a hipótese 7 acima formulada, o que significa que à medida que as mulheres adotam mais estratégias de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa, diminui o nível de crescimento pós-traumático. O uso da estratégia evitamento cognitivo associa-se, também, negativamente á perceção de recursos e competências pessoais.

No que respeita á relação entre satisfação com o suporte social e CPT, os resultados do presente estudo indicam que o suporte social se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com o CPT, ao nível da satisfação com as amigas e da intimidade, o que significa que as mulheres com cancro de mama que apresentam níveis mais elevados de satisfação com as amigas e com a intimidade experienciam crescimento ao nível da perceção de recursos e competências pessoais; novas possibilidades e valorização da vida e no fortalecimento de relações interpessoais. Por seu turno, a satisfação com a família e as atividades sociais apenas se correlacionam significativamente com o fortalecimento das

relações interpessoais. Contudo, não se verificam níveis de crescimento no desenvolvimento espiritual, confirmando-se, assim, em parte a hipótese 8.

## CONCLUSÃO

O cancro da mama é o mais frequente cancro entre as mulheres na Europa (27,6% de todos os cancros) e, em Portugal, surgem aproximadamente 4500 novos casos de cancro da mama por ano. Atualmente, 11 a 13 mulheres recebem o diagnóstico de cancro da mama. Contudo, quase 90 % dos cancros de mama são tratáveis se diagnosticados na fase inicial da doença (Portal de Oncologia Português – POP, 2012).

Segundo a literatura, no processo de adoecer da mama, é imperativo uma compreensão profunda acerca dos fatores cognitivos e emocionais relevantes e que facilitam o ajustamento psicológico à doença oncológica. De entre as variáveis estudadas, denotam-se algumas incoerências em relação a algumas variáveis, nomeadamente, no que respeita à relação do suporte social com o ajustamento e com o CPT.

O objetivo do presente estudo prendeu-se com a avaliação das estratégias de *coping*, do suporte social e do CPT, tentando explicitar a relação existente entre elas. Compara-se também estas variáveis em relação a dados sociodemográficos (estado civil) e comparou-se entre mulheres que ainda se encontram clínicas (em tratamento vs. término do tratamento) em mulheres diagnosticadas com cancro de mama, sem metástases. De entre os objetivos e hipóteses formulados, foi possível confirmar sete das oito formulações teóricas.

De uma forma geral, é possível concluir que as mulheres com cancro de mama apresentam a capacidade para percecionarem aspetos positivos face a uma experiência traumática, a qual coloca em causa as crenças e pressupostos orientadores de vida da mulher, no momento do diagnóstico, podendo contribuir para um sentimento de insegurança e medo face à possibilidade de morte.

A fase inicial, de diagnóstico, acompanha-se de elevados níveis de angústia que podem ser minimizados com recurso a estratégias focadas no problema que visam a resolução do mesmo. Nesta fase, o suporte social, da família e amigos contribuem, em conjunto, para a superação do trauma. Com o avançar dos tratamentos e final dos mesmos, tanto as estratégias de *coping* como o suporte social promovem aceitação e, conseqüente ajustamento, ao cancro da mama, associando-se a níveis elevados de CPT, o que vai ao encontro da literatura.

O tempo e amostra reduzidos para a elaboração do presente estudo são encarados como limitação do mesmo. O tempo definido para este projeto não permitiu que a metodologia longitudinal fosse utilizada, o que poderia explicar as relações entre as variáveis a longo prazo. Por outro lado, verificou-se alguma morosidade de recursos até ser possível o

contacto com as participantes, o que impossibilitou de alguma forma uma recolha mais alargada.

Revela-se importante a continuidade da investigação acerca do impacto psicossocial do cancro da mama, nomeadamente em relação a alguns dos resultados obtidos, ultrapassando as limitações apontadas. Neste estudo, e uma vez que a avaliação decorreu em apenas um momento, ainda durante os tratamentos de quimioterapia, os efeitos tardios da quimioterapia e da terapêutica hormonal não são considerados, os quais se avaliados poderiam ter influencia na manifestação de estratégias mais adaptativas, maior satisfação com o suporte social e níveis mais elevados de CPT. Contudo, este aspeto é compreendido, em simultâneo, como uma mais-valia deste estudo considerando-se a existência de poucos estudos que avaliam as mulheres com cancro da mama durante este momento terapêutico. Outra mais valia refere-se ao grupo de mulheres, que encontram-se em fases distintas do ciclo psico-oncológico.

Sugere-se um estudo futuro que permita avaliar a evolução psicossocial destas mulheres que se encontram em quimioterapia, esclarecendo se existem diferenças significativas relativamente ao tempo de diagnóstico.

## Referências bibliográficas

- Almanza-Muñoz, J.J., & Holand, J.C. (2000). Psico-Oncologia: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerologia*, 46 (3), 196-203.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnósticos e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição, Revista American Psychiatric Association.
- American Cancer Society (2013). *Breast Cancer*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Antoni, M.H., Lechman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A., & Carver, C.S. (2001). Cognitive behavioural stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Antoniazzi, A.S., Dell'Angello, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O Conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., & Keefe, F. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23, 103-113.
- Bellizzi, K.M. (2004) Expression of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(4), 267-287.
- Bellizzi, K., & Blanck, O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychological*, 25(1), 47-56.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer patient, spouse and dyad models. *Psychosom Med*, 63, 22-29.
- Bigatti, S. M., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2012), Cognitive Appraisals, Coping and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients. *Stress and Health*, 28, 355–361.
- Bittencourt, J.F.V., & Cadete, M.M.M. (2002). Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientação. *Rev Bras Enferm*, 55(4), 420-23.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (eds.). *Cancer and the family*, 55-71. New York: John Wiley & Sons.
- Burgess, C., Morris, T., & Petingale, K.W. (1998). Psychological response to cancer diagnosis: II evidence for coping styles. *J Psychosom res*, 263-272.

- Bussell, V.A., & Naus, M.J. (2010). A Longitudinal Investigation of Coping and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61-78. Doi: 10.1080/07347330903438958.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, C.S., & Antoni, M.H. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, D., et al. (1999). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Optimism, Coping and distress*, 97-127.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational Coping and Coping dispositions in a stressful transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 184-195.
- Chou, A.F., Stewart, S.L., Wild, R.C., & Bloom, J.R. (2012). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21, 125-133.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996) Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434-437.
- 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.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic Growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *J Clin Psychol Med Settings*, 14, 308-31. Doi: 10.1007/s10880-007-9083-6.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, D.F., & Avis, N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behav Med*, 32, 371-279.
- Direcção Geral de Saúde. (2003). *Guia de Apoio à Mulher com cancro da mama*. Lisboa.
- Drageset, S.P., & Lindstrom, T.C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence

- in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 401-409.
- Friedman, L.C., et al. (2006). Optimismo, Social Support and Psychosocial Functioning among women with breast cancer. *Psycho - Oncology*, 15, 595-603.
- Gil, A.C. (2008) Métodos e técnicas de pesquisa social, (6ª Edição). Editora: Atlas, São Paulo.
- Gottlieb, B.H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38, 278-287.
- Hack, T.F., & Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment 3 years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235- 247.
- Hegelson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and interventional research. *Health Psychology*, 15, 135–148.
- 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.
- Joseph, S., & Butler, L. (2010). Positive changes following adversity. *Research Quarterly*, 21(3), 1-8. National Center For PTSD.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New york: Springer Publishing Company.
- Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.C., & Phillips, K.M. (2006). Curvilinear association between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828-840.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, Predictors and relationship with Psychological Health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 14-22.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 725-739.
- Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção psicológica na doença oncológica: uma revisão de literatura para aplicação prévia. *Portal dos Psicólogos*.

- Mallincknott, B., Armer, J.M., & Heppner, P.P. (2012). A Threshold Model of Social Support, adjustment, and distress after breast cancer treatment. *Journal of Counseling Psychology, 59* (1), 150-160.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, (2004). Posttraumatic growth after breast cancer. Patient, partner and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442-454. Doi: 10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Sílabo.
- McDonough, M.H., Sabiston, C.M., & Wrosch, C. (2013). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, Doi: 10.1002/pon.3380
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos A. & Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology, 13*, 633-646.
- Mols, F., Vingohoets, J., Willem, J. Coebergh, W., & Poll- Franse, L. . (2009). Well-being, Posttraumatic Growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health, 24*(5), 583-595.
- Moos, R.H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment, 11*, 1-13.
- Moos, R.H. (2002). The mystery of human context and coping: an unravelling of clues. *American Journal of Community, 30*, 67-88.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M.C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças, 9*(1), 165-184.
- Morris, B.A., & Finch, J.S. (2011). Cancer diagnostic group differences in posttraumatic growth: accounting for age, gender, trauma severity, and distress. *Journal of Loss and Trauma, 16*, 229–242. Doi: 10.1080/15325024.2010.519292
- Ogden, J. (2004). *Para Compreender o cancro da mama*. Climepsi Editores.
- Ornelas, J. (1994) Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica, 2-3* (12), 333-339.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999a). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999b). Escala de satisfação com o suporte social - ESSS. *Análise Psicológica, 3*(17), 547 - 558.

- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). Aspectos metodológicos de uma investigação. In Pais-Ribeiro (Eds). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. (pp.41-65). Porto: Legis.
- Pais-Ribeiro, J., Ramos, D., & 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.
- Patrão, I.A.M. (2007). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54, 267-277.
- Pereira, M.G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Portal de Oncologia Português (2012). Cancro de mama. Retirado de <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-mama.html#numeros>, consultado a 6 de Outubro de 2012.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- Roche (2012a). Cancro de mama: fatores de risco. Retirado de <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/tipos/cancro-da-mama/cdm-sinais/>, consultado a 4 de Abril de 2013.
- Roche (2012b). Cancro de mama: tratamentos disponíveis. Retirado de <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/tipos/cancro-da-mama/cdm-metodos-de-tratamento/>, consultado a 4 de Abril de 2013.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., & Danoff-Burg, S., (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Scheter, C.D., Folkman, S., & Lazarus, R. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 71-80.
- Schnol, R.A., Harlow, L.L., Stolback, L.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.

- Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra, *O Stress na vida de todos os dias*, (pp. 365-439). Coimbra: Edição do autor.
- Silva, S.I.M., Crespo, C., & Canavarro, M.C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1327-1341.
- Silva, S.I.M., Moreira, H.I.C, Pinto, S.M.A., & Canavarro, M.C.C.S.P. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população portuguesa. *RIDEP*, 28(2), 105-133.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., & ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Schulz, U., & Mohamed, V.E. (2004). Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653-662.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: really or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and breast cancer patients. *Health Psychology*, 46, 489-502.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, C.G. (2004). Posttraumatic growth. conceptual foundation and empirical evidence. . *Psychological Injury*, 15, 7-18.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. (1996). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thomsen, I.G., Rydahl-Hansens, S., & Wagner, L. (2010). A review of potencial factors relevant to coping in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3410-3426.
- Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.

- Thompson, T., Rodebaugh, T.L., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D.B. (2013). Perceived Social Support Change in Patients With Early Stage Breast Cancer and Controls. *Health Psychology, 32*(8), 886 – 895.
- Thornton, A.A. (2002). Perceived benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*, 153-165.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S., & Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health, 20*(2), 175–192.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica, 3*(17), 479-488.
- Weisman, A.D., & Worden, J.W. (1976). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 7*, 1-15.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 733-746.

## **Anexos**

---

## Anexo A

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

#### *INVESTIGAÇÃO SOBRE CANCRO DA MAMA, COPING E CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO*

No âmbito da presente investigação sobre o cancro de mama, realizada para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, sob a responsabilidade da Dr.<sup>a</sup> Susana Silva, e a orientação da Professora Doutora Isabel Leal (ISPA – Instituto Universitário), convido-a a participar no presente estudo, que tem como objetivo desenvolver uma melhor compreensão acerca do impacto psicossocial do cancro de mama na mulher, e a respetiva adaptação à doença. Deste modo, solicito o preenchimento de um breve questionário com a duração aproximada de 10 minutos. Não será aplicada qualquer ação ou atividade adicional.

Assegura-se que a sua participação neste estudo é voluntária e que os dados são totalmente confidenciais e utilizados somente para o tratamento estatístico exclusivo do presente estudo.

Mais se informa que não se prevê qualquer tipo de dano quer físico, quer psicológico. Esclarece-se, contudo, que poderá interromper a sua participação sempre que assim o desejar sem que interfira com o acompanhamento multidisciplinar providenciado pela instituição hospitalar.

-----  
Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento dos objetivos, método e do carácter voluntário da participação no estudo, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação. Declaro, ainda, que tive oportunidade de formular as questões que considere oportunas, as quais me foram claramente esclarecidas.

Pelo acima exposto aceito participar na presente investigação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da investigadora

\_\_\_\_\_

## Anexo B

### Pedido de autorização formal para aplicação da Escala de Ajustamento Mental ao Cancro

De: José Luís Pais Ribeiro ([jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt))  
Enviada: Domingo, 14 de Abril de 2013, às 09:20:01.  
Para: Susana Silva ([susana\\_catarina\\_s@hotmail.com](mailto:susana_catarina_s@hotmail.com))

Autorizo a utilização da versão portuguesa da MAC que estudei e publiquei

José Luís Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

---

**De:** Susana Silva [[susana\\_catarina\\_s@hotmail.com](mailto:susana_catarina_s@hotmail.com)]  
**Enviado:** sexta-feira, 12 de Abril de 2013 16:57  
**Para:** José Luís Pais Ribeiro  
**Assunto:** Pedido de autorização formal para aplicação da Escala de Ajustamento Mental ao Cancro

Olá, boa tarde

Sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia e venho por este meio solicitar autorização formal para aplicação da escala de ajustamento mental ao cancro.

Queira, por favor, consultar o documento em anexo.

Atempadamente grata pela disponibilidade,

Com os melhores cumprimentos,  
Susana Silva

## Anexo C

### **Pedido de autorização forma para aplicação da Escala se Satisfação com o Suporte Social**

De: José Luis Pais Ribeiro ([jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt))

Enviada: Domingo, 14 de Abril de 2013, às 09:20:01.

Para: Susana Silva ([susana\\_catarina\\_s@hotmail.com](mailto:susana_catarina_s@hotmail.com))

Autorizo a utilização da ESSS que estudei para a população portuguesa. Mais informo que existe um manual da escala que acrescenta mais informação aos textos que estão publicados e que lhe podem ser úteis. Esse manual é vendido em formato digital pela editora placebo e uma vez pago online pode fazer imediatamente o download para o seu computador

José Luís Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

---

**De:** Susana Silva [[susana\\_catarina\\_s@hotmail.com](mailto:susana_catarina_s@hotmail.com)]

**Enviado:** sexta-feira, 12 de Abril de 2013 16:51

**Para:** José Luis Pais Ribeiro

**Assunto:** Pedido de autorização forma para aplicação da Escala se Satisfação com o Suporte Social

Olá, boa tarde

Sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia e venho por este meio solicitar autorização formal para aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social. Queira, por favor, consultar o documento em anexo.

Atempadamente grata pela disponibilidade,

Com os melhores cumprimentos,

Susana Silva

## Anexo D

### Pedido de autorização formal do inventário de desenvolvimento pós-traumático

**De:** Sónia Silva (soniaimsilva@gmail.com)

**Enviada:** segunda-feira, 29 de Abril de 2013 21:22:03

**Para:** Susana Silva (susana\_catarina\_s@hotmail.com)

Cara Susana Silva,

Começo por agradecer o seu contacto e pedir desculpa por só agora poder responder. Relativamente ao que solicita através do seu e-mail, venho fazer o envio da versão do PTGI que temos utilizado com mulheres com cancro da mama, bem como o artigo que publicámos com a validação do instrumento nesta mesma população. Envio também a sintaxe em SPSS para a cotação do PTGI, de acordo com a estrutura factorial que encontrámos no nosso estudo de validação (chamo a atenção que é distinta da original, de Tedeschi & Calhoun, 1996). Agradeço mais uma vez o seu interesse e faço votos de um bom trabalho e de muito sucesso para a sua Tese.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Silva, PhD

Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde

Instituto de Psicologia Cognitiva (IPCDVS)

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 COIMBRA

Tel. 239 851450 / Fax. 239 851465

[@] [soniaimsilva@gmail.com](mailto:soniaimsilva@gmail.com)

[w] <http://www.fpce.uc.pt/saude/cm>

---

**De:** Susana Silva (susana\_catarina\_s@hotmail.com)

**Enviada:** 12.04.2013, 16:45

**Para:** Sónia Silva (soniaimsilva@gmail.com)

Boa tarde.

Sou estudante do 5 ano do Mestrado Integrado em Psicologia e venho por este meio solicitar autorização formal para aplicação do inventário por si desenvolvido.

Queira, por favor, consultar o documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Silva

## Anexo E

### QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

#### Questionário sociodemográfico

A preencher pela investigadora responsável:

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1.1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

3. Naturalidade: \_\_\_\_\_

4. Concelho de Residência: \_\_\_\_\_

5. Habilitações literárias completas:

Sem escolaridade  4ª classe  7º ano  9º ano  12º ano

Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Outro \_\_\_\_\_

6. Profissão: \_\_\_\_\_

7. Situação Profissional:

Ativa  Desempregada  Reformada  Outro \_\_\_\_\_

8. Estado Civil:

Solteira  Casada  União de Facto  Divorciada  Viúva

8.1. Qual a duração da relação atual? \_\_\_\_\_

9. Filhos: \_\_\_\_\_

10. Rendimento anual familiar:

inferior a 10.000€  entre 10.001 e 20.000€  entre 20.001 e 37.500€

entre 37.501 e 70.000€  superior a 70.001€

## Questionário clínico

1. Indique, por favor, a data na qual obteve o diagnóstico: \_\_\_\_\_

2. Como foi detetado o cancro da mama:

Auto-exame da mama                       Exame médico de rotina   
Por pedido do médico   
Por pedido da própria

3. Qual o estadio do cancro da mama:

estadio 0       estadio I       estadio II       estadio III       estadio IV

4. Já iniciou o tratamento? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

4.1. Se sim, indique qual (quais):

Mastectomi       Cirurgia Conservadora - Tumorectomia       Cirurgia  
Conservadora – Quadrantectomia       Quimioterapia       Radioterapia Externa   
Radioterapia Interna (por ex. braquiterapia)       Terapêutica Hormonal   
Terapêuticas Dirigidas (anticorpos ou moléculas)

4.2. Indique, por favor, qual a fase atual do tratamento:

\_\_\_\_\_

5. Já terminou o último tratamento (incluindo Terapêutica Hormonal e/ou Dirigida)? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

5.1. Se sim, indique, por favor, quando terminou o último tratamento:

\_\_\_\_\_

6. Encontra-se a utilizar ou utilizou terapêuticas alternativas/complementares (por ex. produtos naturais, acupuntura, meditação, etc.)? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

5.1. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

7. Este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

8. Antecedentes familiares com o diagnóstico de cancro? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

8.1. Se sim, qual o grau de parentesco e qual o tipo de cancro?

\_\_\_\_\_

9. Tem ou teve outra doença física? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

9.1. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

10. Tem ou teve uma doença mental (por ex. depressão, perturbação de ansiedade, etc.)?

Sim\_\_\_ Não\_\_\_

10.1. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

10.2. Tem ou teve acompanhamento psicológico/ psiquiátrico? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

10.3. Se sim, quando? Antes do diagnóstico  Depois do diagnóstico

11. Na vida, há diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo nas diversas áreas da vida da mulher. Por favor, refira qual (quais) o (s) acontecimento (s) com forte impacto na sua vida:

	Muito negativo	Negativo	Neutro	Positivo	Muito positivo
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5
d)	1	2	3	4	5
e)	1	2	3	4	5

12. De seguida irá encontrar alguns questionários referentes somente à **experiência pessoal de cancro da mama**, compreendido como um acontecimento significativo. Por favor responda a TODAS as questões. Não existem respostas certas nem erradas.

## ANEXO F

### ESCALA DE AJUSTAMENTO MENTAL AO CANCRO

#### Mini-Mac

As seguintes afirmações descrevem reações 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 otimista				
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				

## ANEXO G

### Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida *desde que tomou conhecimento da sua doença*. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar, com uma cruz (X), a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença

0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença

1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado da minha doença

2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado da minha doença

3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado da minha doença

4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado da minha doença

5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.						
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.						
3. Desenvolvi novos interesses.						
4. Sinto que posso contar mais comigo própria.						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.						
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade.						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.						
8. Sinto-me mais próxima das outras pessoas.						
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.						
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.						
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.						
13. Consigo apreciar melhor cada dia.						
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.						
15. Tenho mais compaixão para com os outros.						
16. Dedico-me mais às minhas relações.						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.						

18. Tenho uma maior fé religiosa.						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						

## ANEXO H

### Satisfação com o Suporte Social

Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações e assinale, com uma cruz (X), a resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar, tendo em conta as 5 colunas com as várias hipóteses de resposta. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar na 1ª coluna – Concordo Totalmente, se acha que nunca pensa nisso deverá marcar na última coluna – Discordo Totalmente.

<b>Afirmações</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo na Maior Parte</b>	<b>Não Concordo, Nem Discordo</b>	<b>Discordo na Maior Parte</b>	<b>Discordo Totalmente</b>
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 atividades sociais que me satisfaçam.					
8- Gostava de participar mais em atividades de organizações (por ex. associações, clubes desportivos, 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 atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
15- Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho.					

## Anexo I

### Análise estatística

#### Estudos descritivos - Dados Sociodemográficos

##### Qual o estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteira	8	11,8	11,8	11,8
Casada	43	63,2	63,2	75,0
União de Facto	2	2,9	2,9	77,9
Divorciada	9	13,2	13,2	91,2
Viúva	6	8,8	8,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

##### Habilitações Literárias Completas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sem escolaridade	1	1,5	1,5	1,5
4ª classe	18	26,5	26,5	27,9
7º ano	6	8,8	8,8	36,8
9º ano	9	13,2	13,2	50,0
12º ano	18	26,5	26,5	76,5
Bacherlato	3	4,4	4,4	80,9
Licenciatura	12	17,6	17,6	98,5
Doutoramento	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

##### Nacionalidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Portuguesa	65	95,6	95,6	95,6
Cabo Verdiana	2	2,9	2,9	98,5
Outra	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### Situação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ativa	24	35,3	35,3	35,3
Desempregada	6	8,8	8,8	44,1
Valid Reformada	31	45,6	45,6	89,7
Outro	7	10,3	10,3	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### Rendimento anual familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Inferior a 10.000€	32	47,1	47,1	47,1
Entre 10.001 e 20.000€	18	26,5	26,5	73,5
Valid Entre 20.001 e 37.500€	7	10,3	10,3	83,8
Entre 37.501 e 70.000€	8	11,8	11,8	95,6
superior a 70.001€	3	4,4	4,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
MINIMAC_D1_DF	68	8	23	13,00	4,285
MINIMAC_D2_PA	67	8	30	17,75	5,397
MINIMAC_D3_EL	68	6	17	13,54	2,161
MINIMAC_D4_EC	68	4	16	10,10	3,106
MINIMAC_D5_FA	68	11	19	15,29	2,066
CPT_TOTAL	68	3	103	68,09	20,577
CPT_D1_PRCP	68	0	30	21,84	6,762
CPT_D2_NPVV	68	0	30	16,07	8,277
CPT_D3_FRP	68	3	30	21,18	6,007
CPT_D4_DE	68	0	15	9,00	3,587
SSS_TOTAL	68	26	75	57,93	11,632
SSS_D1_SA	68	5	25	19,87	4,731
SSS_D2_IN	68	4	20	14,69	3,719
SSS_D3_SF	68	6	15	13,37	2,400
SSS_D4_AS	68	3	15	10,00	3,251
MINIMAC_TOTAL	67	52	93	69,66	9,862
Valid N (listwise)	67				

## Anexo J

Estudos descritivos – dados clínicos

### Como foi detectado o cancro da mama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Auto-exame da mama	26	38,2	38,2	38,2
Exame médico de rotina	32	47,1	47,1	85,3
Valid Por pedido do medico	7	10,3	10,3	95,6
por pedido da propria	3	4,4	4,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### Estadio do cancro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Estadio O	4	5,9	6,3	6,3
Estadio I	9	13,2	14,1	20,3
Valid Estadio II	23	33,8	35,9	56,3
Estadio III	23	33,8	35,9	92,2
Estadio IV	5	7,4	7,8	100,0
Total	64	94,1	100,0	
Missing System	4	5,9		
Total	68	100,0		

### Já iniciou o tratamento ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	68	100,0	100,0	100,0

### Mastectomia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	16	23,5	23,5	23,5
Valid Sim	52	76,5	76,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Tumorectomia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	63	92,6	92,6	92,6
Valid Sim	5	7,4	7,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Quadrantectomia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	65	95,6	95,6	95,6
Valid Sim	3	4,4	4,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Quimioterapia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	11	16,2	16,2	16,2
Valid Sim	57	83,8	83,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Radioterapia Externa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	41	60,3	60,3	60,3
Valid Sim	27	39,7	39,7	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Radioterapia Interna**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	68	100,0	100,0	100,0

**Terapeutica Hormonal**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	59	86,8	86,8	86,8
Valid Sim	9	13,2	13,2	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**terapeutica dirigida**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	39	57,4	57,4	57,4
Valid Sim	29	42,6	42,6	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Fase do tratamento**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Em quimioterapia	26	38,2	38,2	38,2
Em Terapeutica Hormonal	9	13,2	13,2	51,5
Valid Em Terapeutica Dirigida	1	1,5	1,5	52,9
Vigilancia Clinica	10	14,7	14,7	67,6
Fora da fase de vigilância	22	32,4	32,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Já terminou os tratamentos?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	38	55,9	55,9	55,9
Valid Sim	30	44,1	44,1	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Este é o seu 1º diagnóstico de cancro da mama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	12	17,6	17,6	17,6
Valid Sim	56	82,4	82,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Antecedentes familiares com cancro**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	24	35,3	35,3	35,3
Valid Sim	44	64,7	64,7	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Tem ou teve outras doenças físicas?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	48	70,6	70,6	70,6
Valid sim	20	29,4	29,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Teve ou tem doença mental?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	44	64,7	65,7	65,7
Valid Sim	23	33,8	34,3	100,0
Total	67	98,5	100,0	
Missing System	1	1,5		
Total	68	100,0		

**Teve ou tem acompanhamento psicológico?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	44	64,7	64,7	64,7
Valid Sim	24	35,3	35,3	100,0
Total	68	100,0	100,0	

## Anexo K

### Análise Inferencial

#### Tests of Normality

Já terminou os tratamentos?		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MINIMAC_D1_DF	Não	,098	37	,200*	,957	37	,164
	Sim	,237	30	,000	,798	30	,000
MINIMAC_D2_PA	Não	,116	37	,200*	,973	37	,493
	Sim	,153	30	,070	,930	30	,050
MINIMAC_D3_EL	Não	,171	37	,008	,922	37	,012
	Sim	,194	30	,005	,906	30	,012
MINIMAC_D4_EC	Não	,137	37	,075	,961	37	,221
	Sim	,148	30	,092	,938	30	,078
MINIMAC_D5_FA	Não	,172	37	,008	,951	37	,103
	Sim	,128	30	,200*	,965	30	,405

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MINIMAC_D1_DF	Based on Mean	,734	1	65	,395
	Based on Median	1,058	1	65	,307
	Based on Median and with adjusted df	1,058	1	58,070	,308
	Based on trimmed mean	,972	1	65	,328
MINIMAC_D2_PA	Based on Mean	,582	1	65	,448
	Based on Median	,254	1	65	,616
	Based on Median and with adjusted df	,254	1	59,382	,616
	Based on trimmed mean	,481	1	65	,490
MINIMAC_D3_EL	Based on Mean	,073	1	65	,788
	Based on Median	,063	1	65	,802
	Based on Median and with adjusted df	,063	1	57,104	,802
	Based on trimmed mean	,131	1	65	,718
MINIMAC_D4_EC	Based on Mean	2,356	1	65	,130
	Based on Median	1,641	1	65	,205
	Based on Median and with adjusted df	1,641	1	61,860	,205
	Based on trimmed mean	2,487	1	65	,120
MINIMAC_D5_FA	Based on Mean	,000	1	65	,996
	Based on Median	,020	1	65	,889
	Based on Median and with adjusted df	,020	1	62,522	,889
	Based on trimmed mean	,000	1	65	,991

### Group Statistics

	Já terminou os tratamentos?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
MINIMAC_D1_DF	Não	38	14,21	4,237	,687
	Sim	30	11,47	3,893	,711
MINIMAC_D2_PA	Não	37	19,43	4,758	,782
	Sim	30	15,67	5,486	1,002
MINIMAC_D3_EL	Não	38	13,00	2,242	,364
	Sim	30	14,23	1,870	,341
MINIMAC_D4_EC	Não	38	10,95	2,681	,435
	Sim	30	9,03	3,316	,605
MINIMAC_D5_FA	Não	38	15,26	2,127	,345
	Sim	30	15,33	2,023	,369

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
MINIMAC_D1_DF	Equal variances assumed	,614	,436	2,747	66	,008	2,744	,999	,750	4,738
	Equal variances not assumed			2,775	64,437	,007	2,744	,989	,769	4,719
MINIMAC_D2_PA	Equal variances assumed	,582	,448	3,008	65	,004	3,766	1,252	1,266	6,266
	Equal variances not assumed			2,963	57,837	,004	3,766	1,271	1,222	6,310
MINIMAC_D3_EL	Equal variances assumed	,041	,839	-2,420	66	,018	-1,233	,510	-2,251	-,216
	Equal variances not assumed			-2,473	65,777	,016	-1,233	,499	-2,229	-,237
MINIMAC_D4_EC	Equal variances assumed	2,788	,100	2,633	66	,011	1,914	,727	,462	3,366
	Equal variances not assumed			2,568	55,136	,013	1,914	,745	,420	3,408
MINIMAC_D5_FA	Equal variances assumed	,019	,891	-,138	66	,891	-,070	,508	-1,085	,945
	Equal variances not assumed			-,139	63,687	,890	-,070	,505	-1,080	,940

**Tests of Normality<sup>c,d</sup>**

	Qual o estado civil	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SSS_TOTAL	Solteira	,150	8	,200 <sup>+</sup>	,956	8	,767
	Casada	,104	43	,200 <sup>+</sup>	,944	43	,037
	União de Facto	,260	2	.			
	Divorciada	,225	9	,200 <sup>+</sup>	,825	9	,040
	Viúva	,198	6	,200 <sup>+</sup>	,920	6	,503
SSS_D1_SA	Solteira	,242	8	,187	,863	8	,128
	Casada	,175	43	,002	,902	43	,001
	Divorciada	,167	9	,200 <sup>+</sup>	,947	9	,656
	Viúva	,277	6	,168	,809	6	,071
SSS_D2_IN	Solteira	,191	8	,200 <sup>+</sup>	,884	8	,205
	Casada	,110	43	,200 <sup>+</sup>	,955	43	,088
	União de Facto	,260	2	.			
	Divorciada	,257	9	,088	,896	9	,229
	Viúva	,145	6	,200 <sup>+</sup>	,971	6	,901
SSS_D3_SF	Solteira	,380	8	,001	,726	8	,004
	Casada	,307	43	,000	,718	43	,000
	Divorciada	,262	9	,074	,703	9	,002
	Viúva	,291	6	,121	,839	6	,128
SSS_D4_AS	Solteira	,230	8	,200 <sup>+</sup>	,808	8	,035
	Casada	,153	43	,013	,948	43	,050
	União de Facto	,260	2	.			
	Divorciada	,208	9	,200 <sup>+</sup>	,904	9	,274
	Viúva	,209	6	,200 <sup>+</sup>	,964	6	,847

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

c. SSS\_D1\_SA is constant when Qual o estado civil = União de Facto. It has been omitted.

d. SSS\_D3\_SF is constant when Qual o estado civil = União de Facto. It has been omitted.

**Test of Homogeneity of Variance<sup>a,b</sup>**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SSS_TOTAL	Based on Mean	,443	1	49	,509
	Based on Median	,495	1	49	,485
	Based on Median and with adjusted df	,495	1	47,941	,485
	Based on trimmed mean	,452	1	49	,505
SSS_D1_SA	Based on Mean	,722	3	62	,543
	Based on Median	,513	3	62	,675

	Based on Median and with adjusted df	,513	3	57,606	,675
	Based on trimmed mean	,601	3	62	,617
	Based on Mean	,577	1	49	,451
	Based on Median	,546	1	49	,464
SSS_D2_IN	Based on Median and with adjusted df	,546	1	47,897	,464
	Based on trimmed mean	,584	1	49	,448
	Based on Mean	,215	3	62	,886
	Based on Median	,229	3	62	,876
SSS_D3_SF	Based on Median and with adjusted df	,229	3	59,973	,876
	Based on trimmed mean	,224	3	62	,879

a. SSS\_D1\_SA is constant when Qual o estado civil = União de Facto. It has been omitted.

b. SSS\_D3\_SF is constant when Qual o estado civil = União de Facto. It has been omitted.

#### Group Statistics

	Qual o estado civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SSS_TOTAL	Solteira	8	59,63	10,141	3,585
	Casada	43	56,35	12,579	1,918
SSS_D1_SA	Solteira	8	19,75	5,148	1,820
	Casada	43	19,12	5,001	,763
SSS_D2_IN	Solteira	8	16,00	3,338	1,180
	Casada	43	14,28	4,014	,612
SSS_D3_SF	Solteira	8	13,63	1,996	,706
	Casada	43	13,40	2,392	,365
SSS_D4_AS	Solteira	8	10,25	3,370	1,191
	Casada	43	9,56	3,246	,495

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SSS_TOTAL	Equal variances assumed	,443	,509	,694	49	,491	3,276	4,721	-6,211	12,763
	Equal variances not assumed			,806	11,425	,437	3,276	4,066	-5,633	12,186
SSS_D1_SA	Equal variances assumed	,113	,738	,328	49	,745	,634	1,934	-3,252	4,520
	Equal variances not assumed			,321	9,625	,755	,634	1,973	-3,787	5,054
SSS_D2_IN	Equal variances assumed	,577	,451	1,139	49	,260	1,721	1,511	-1,316	4,758
	Equal variances not assumed			1,294	11,138	,222	1,721	1,329	-1,201	4,643
SSS_D3_SF	Equal variances assumed	,128	,723	,255	49	,800	,230	,901	-1,580	2,040
	Equal variances not assumed			,289	11,110	,778	,230	,794	-1,516	1,976
SSS_D4_AS	Equal variances assumed	,039	,844	,550	49	,584	,692	1,257	-1,834	3,218
	Equal variances not assumed			,536	9,578	,604	,692	1,290	-2,200	3,584

**Tests of Normality**

Já terminou os tratamentos?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
CPT_D1_PRCP	Não	,102	38	,200	,941	38	,044
	Sim	,168	30	,030	,913	30	,018
CPT_TOTAL	Não	,140	38	,057	,964	38	,254
	Sim	,233	30	,000	,875	30	,002
CPT_D2_NPW	Não	,126	38	,132	,923	38	,012
	Sim	,171	30	,025	,913	30	,018
CPT_D3_FRP	Não	,158	38	,017	,958	38	,170
	Sim	,309	30	,000	,804	30	,000
CPT_D4_DE	Não	,129	38	,115	,966	38	,300
	Sim	,137	30	,159	,948	30	,154

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
CPT_D1_PRCP	Based on Mean	6,191	1	66	,015
	Based on Median	5,742	1	66	,019
	Based on Median and with adjusted df	5,742	1	52,636	,020
	Based on trimmed mean	6,081	1	66	,016
CPT_TOTAL	Based on Mean	9,860	1	66	,003
	Based on Median	9,081	1	66	,004
	Based on Median and with adjusted df	9,081	1	63,081	,004
	Based on trimmed mean	10,072	1	66	,002
CPT_D2_NPW	Based on Mean	11,294	1	66	,001
	Based on Median	7,789	1	66	,007
	Based on Median and with adjusted df	7,789	1	65,929	,007
	Based on trimmed mean	11,350	1	66	,001
CPT_D3_FRP	Based on Mean	,012	1	66	,913
	Based on Median	,174	1	66	,678
	Based on Median and with adjusted df	,174	1	63,476	,678
	Based on trimmed mean	,114	1	66	,737
CPT_D4_DE	Based on Mean	,181	1	66	,672
	Based on Median	,231	1	66	,633
	Based on Median and with adjusted df	,231	1	63,751	,633
	Based on trimmed mean	,204	1	66	,653

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of CPT_D1_PRCP is the same across categories of Já terminou os tratamentos?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of CPT_D2_NPVV is the same across categories of Já terminou os tratamentos?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,023	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of CPT_D3_FRP is the same across categories of Já terminou os tratamentos?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,006	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of CPT_D4_DE is the same across categories of Já terminou os tratamentos?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,312	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of CPT_TOTAL is the same across categories of Já terminou os tratamentos?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,002	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Correlations**

		MINIMAC_D3 _EL	SSS_TOTAL	SSS_D1_SA	SSS_D2_IN	SSS_D3_SF	SSS_D4_AS
MINIMAC_D3_EL	Pearson Correlation	1	,301*	,258*	,322**	,257*	,144
	Sig. (2-tailed)		,012	,033	,007	,034	,240
	N	68	68	68	68	68	68
SSS_TOTAL	Pearson Correlation	,301*	1	,860**	,888**	,645**	,834**
	Sig. (2-tailed)	,012		,000	,000	,000	,000
	N	68	68	68	68	68	68
SSS_D1_SA	Pearson Correlation	,258*	,860**	1	,675**	,358**	,585**
	Sig. (2-tailed)	,033	,000		,000	,003	,000
	N	68	68	68	68	68	68
SSS_D2_IN	Pearson Correlation	,322**	,888**	,675**	1	,500**	,683**
	Sig. (2-tailed)	,007	,000	,000		,000	,000
	N	68	68	68	68	68	68
SSS_D3_SF	Pearson Correlation	,257*	,645**	,358**	,500**	1	,478**
	Sig. (2-tailed)	,034	,000	,003	,000		,000
	N	68	68	68	68	68	68
SSS_D4_AS	Pearson Correlation	,144	,834**	,585**	,683**	,478**	1
	Sig. (2-tailed)	,240	,000	,000	,000	,000	
	N	68	68	68	68	68	68

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

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

**Correlations**

		MINIMAC_D3 _EL	CPT_TOTAL	CPT_D1_PR CP	CPT_D2_NPV V	CPT_D3_FRP	CPT_D4_DE
MINIMAC_D3_EL	Pearson Correlation	1	,499**	,522**	,430**	,418**	,187
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,127
	N	68	68	68	68	68	68
CPT_TOTAL	Pearson Correlation	,499**	1	,894**	,890**	,878**	,529**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	68	68	68	68	68	68
CPT_D1_PRCP	Pearson Correlation	,522**	,894**	1	,717**	,760**	,315**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,009
	N	68	68	68	68	68	68
CPT_D2_NPVW	Pearson Correlation	,430**	,890**	,717**	1	,662**	,335**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,005
	N	68	68	68	68	68	68
CPT_D3_FRP	Pearson Correlation	,418**	,878**	,760**	,662**	1	,398**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,001
	N	68	68	68	68	68	68
CPT_D4_DE	Pearson Correlation	,187	,529**	,315**	,335**	,398**	1
	Sig. (2-tailed)	,127	,000	,009	,005	,001	
	N	68	68	68	68	68	68

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

**Correlations**

		CPT_TOTAL	CPT_D1_PR CP	CPT_D2_NPV V	CPT_D3_FRP	CPT_D4_DE	MINIMAC_D1 _DF	MINIMAC_D2 _PA	MINIMAC_D4 _EC	MINIMAC_D5 _FA
CPT_TOTAL	Pearson Correlation	1	,894	,890	,878	,529	-,478	-,385	-,130	,458
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,001	,289	,000
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
CPT_D1_PRCP	Pearson Correlation	,894	1	,717	,760	,315	-,590	-,529	-,278	,330
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,009	,000	,000	,022	,006
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
CPT_D2_NPVV	Pearson Correlation	,890	,717	1	,662	,335	-,382	-,264	-,098	,420
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,005	,001	,031	,425	,000
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
CPT_D3_FRP	Pearson Correlation	,878	,760	,662	1	,398	-,395	-,336	-,072	,305
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,001	,001	,005	,559	,012
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
CPT_D4_DE	Pearson Correlation	,529	,315	,335	,398	1	-,089	-,037	,123	,526
	Sig. (2-tailed)	,000	,009	,005	,001		,469	,765	,317	,000
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
MINIMAC_D1_DF	Pearson Correlation	-,478	-,590	-,382	-,395	-,089	1	,678	,440	-,352
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,001	,469		,000	,000	,003
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
MINIMAC_D2_PA	Pearson Correlation	-,385	-,529	-,264	-,336	-,037	,678	1	,557	-,213
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,031	,005	,765	,000		,000	,084
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
MINIMAC_D4_EC	Pearson Correlation	-,130	-,278	-,098	-,072	,123	,440	,557	1	,002
	Sig. (2-tailed)	,289	,022	,425	,559	,317	,000	,000		,986
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68
MINIMAC_D5_FA	Pearson Correlation	,458	,330	,420	,305	,526	-,352	-,213	,002	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,000	,012	,000	,003	,084	,986	
	N	68	68	68	68	68	68	67	68	68

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

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

**Correlations**

		SSS_TOTAL	SSS_D1_SA	SSS_D2_IN	SSS_D3_SF	SSS_D4_AS	CPT_TOTAL	CPT_D1_PR CP	CPT_D2_NPV V	CPT_D3_FRP	CPT_D4_DE
SSS_TOTAL	Pearson Correlation	1	,860	,888	,645	,834	,320	,375	,240	,419	-,128
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,008	,002	,049	,000	,299
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
SSS_D1_SA	Pearson Correlation	,860	1	,675	,358	,585	,336	,375	,323	,372	-,146
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,003	,000	,005	,002	,007	,002	,235
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
SSS_D2_IN	Pearson Correlation	,888	,675	1	,500	,683	,323	,375	,254	,396	-,104
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,007	,002	,037	,001	,398
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
SSS_D3_SF	Pearson Correlation	,645	,358	,500	1	,478	,108	,195	-,027	,262	-,123
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000		,000	,380	,111	,827	,031	,317
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
SSS_D4_AS	Pearson Correlation	,834	,585	,683	,478	1	,206	,223	,118	,312	-,035
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,092	,067	,340	,010	,780
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
CPT_TOTAL	Pearson Correlation	,320	,336	,323	,108	,206	1	,894	,890	,878	,529
	Sig. (2-tailed)	,008	,005	,007	,380	,092		,000	,000	,000	,000
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
CPT_D1_PRCP	Pearson Correlation	,375	,375	,375	,195	,223	,894	1	,717	,760	,315
	Sig. (2-tailed)	,002	,002	,002	,111	,067	,000		,000	,000	,009
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
CPT_D2_NPVV	Pearson Correlation	,240	,323	,254	-,027	,118	,890	,717	1	,662	,335
	Sig. (2-tailed)	,049	,007	,037	,827	,340	,000	,000		,000	,005
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
CPT_D3_FRP	Pearson Correlation	,419	,372	,396	,262	,312	,878	,760	,662	1	,398
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,001	,031	,010	,000	,000	,000		,001
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
CPT_D4_DE	Pearson Correlation	-,128	-,146	-,104	-,123	-,035	,529	,315	,335	,398	1
	Sig. (2-tailed)	,299	,235	,398	,317	,780	,000	,009	,005	,001	
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68

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

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