

PREÂMBULO

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) tem como acontecimento central das suas actividades regulares a realização de um congresso de dois em dois anos. Nestes congressos tem sido nosso objectivo a criação de um espaço de encontro entre académicos e profissionais da psicologia que, nas diversas interfaces que a Psicologia e a Saúde comportam, desenvolvem as suas investigações e/ou as suas actividades profissionais.

Este ano, o 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, decorre no ISPA em Lisboa, nos dias 11, 12 e 13 de Fevereiro e propõe como tema “Sexualidade, Género e Saúde”, razão pela qual os conferencistas convidados, a comissão científica que se encarregou de organizar a maioria dos simpósios e muitas das comunicações apresentadas oralmente ou sob a forma de poster, tenham caído neste âmbito.

Como habitualmente, no primeiro dia do Congresso ficam disponíveis os resumos submetidos e revistos pela Comissão Científica, e as Actas do Congresso em que são apresentadas os trabalhos que os participantes quiseram submeter, e foram aprovados para publicação, sobre o essencial das suas apresentações.

Este ano, além desses materiais, resolvemos lançar um livro que reúne um conjunto de textos que, tendo sido submetidos como actas o foram igualmente aos prémios de “investigador de mérito” e de “jovem investigador de mérito”. Estes prémios, que há vários anos a SPPS patrocina, pretendem distinguir trabalhos que, pela sua qualidade podem, e devem, servir de referência para anos vindouros.

Os resumos são publicados num número especial da revista “Psicologia, Saúde & Doenças” e as Actas deste congresso surgem, pela primeira vez, em formato digital.

O curto espaço que decorre entre a entrega dos textos para publicação e o Congresso e a necessidade de composição dos mesmos, exigiria da parte

dos colegas que desejam ver os seus trabalhos publicados, um cuidado e rigor que, nem sempre se verificam.

O nosso pedido expresso que as publicações obedçam a critérios APA, não é muitas vezes respeitado, tal como não é o tamanho dos textos, o número de textos enviados, a congruência de títulos e mesmo de autores entre os resumos submetidos e os textos depois enviados para publicação, os prazos em que são enviados, já para não falar do não pagamento atempado da inscrição.

Embora as actas não sejam, assumidamente, uma publicação de primeira linha, devem no entanto, ter a dignidade e a observação dos critérios científicos estabelecidos que continuem a justificar a sua publicação.

Assim, cabe aos organizadores destas actas a ingrata tarefa de por um lado recusar linearmente muitos textos que não preenchem estes quesitos e, também, editar muitos outros para que possam ser publicados. Tudo isto num espaço de tempo muito curto.

Estas observações tornam-se pertinentes na circunstância habitual de os autores se confrontarem com a não inclusão de textos que enviaram e que não vão encontrar aqui publicados e, também, de verificarem que quadros ou imagens enviadas não puderam, por razões técnicas, ser reproduzidos.

Ainda assim, são muitos os textos publicados. Tivemos em atenção a qualidade e pertinência do material submetido para não aplicarmos rigidamente princípios estipulados que deixariam de fora ainda mais textos.

Neste percurso, de mais de quinze anos de publicações regulares de actas dos congressos, consideramos que a qualidade do material apresentado tem, genericamente, melhorado pelo que esperamos que os desafios com que a comunidade científica, em geral, e a psicologia da saúde em particular, se confrontam, possibilitem, além de uma melhoria crescente de qualidade do material publicado o espelhar dos contextos de intervenção e investigação que se vão oferecendo à psicologia da saúde.

Os organizadores

INDICADORES PSICOMÉTRICOS DA ESCALA DE
EXPECTATIVAS/ESPERANÇAS
APLICADA A UNIVERSITÁRIOS DO AMAZONAS/BRASIL

*Alessandra Querino da Silva¹ / Suely A. do N. Mascarenhas² /
Denise Machado Duran Gutierrez² / Rosenir de Souza Lira² /
José L. Pais Ribeiro³ / Fabiano Gomes Mota²*

¹Universidade Federal da Grande Dourados;

²Universidade Federal do Amazonas; ³Universidade do Porto

Esperança é um fenômeno humano entendido como sentimento ou atitude que se caracterizam pela adoção de idéias consideradas otimistas com relação a resultados futuros. No sentido matemático seria a probabilidade de ocorrência de um sucesso aleatório fundado em circunstâncias específicas (Currás & Dossil, 2001). Em geral, a esperança pode ser entendida como aspiração a algo a partir de uma situação de privação difícil de suportar. Dirige-se a algo que não está ao alcance do indivíduo, não exige que existam evidências para que o desejado aconteça. Conta com a probabilidade do que se deseja aconteça. Também pode ser entendida como um princípio filosófico e de abertura indefinida ou expectativas para com o futuro. Como expectativa pode basear-se em experiências ou conhecimentos anteriores, todavia é sempre acompanhada um grau de tensão e incerteza (Dorsch, 2002). Também definida como a espera de que algo possa acontecer para satisfazer aspirações do indivíduo (Martí, 2003). Entendida ainda como sentimento de fé no futuro, confiança (Bueno, 1986), e também ato ou efeito de se esperar um bem que se deseja (Oliveira, 1971).

No domínio da psicologia da saúde, o estudo do fenômeno da esperança justifica-se pela adoção do paradigma de que saúde, em sentido amplo, inclui um comportamento predominantemente positivo diante da vida na perspectiva de superar as adversidades e conquistar os objetivos pessoais e coletivos (Ribeiro, 2005, 2007), conforme o ditado popular a esperança é a última a morrer (Reis, 1995, p. 9).

Este trabalho é um estudo sobre a avaliação do sentimento de esperança verificado entre universitários da Amazônia. É uma investigação em caráter transversal, continuação de estudos anteriores (Ribeiro, Pedro, & Marques, 2006; Silva, Mascarenhas, Nogueira, Lira, & Ribeiro, 2009; Mascarenhas, Lira, Ribeiro, & Caminha, 2009) que tem como objetivo ampliar a oferta de informações sistematizadas sobre a temática.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 442 sujeitos, dos quais 63,8% do sexo feminino e 36,2% do sexo masculino; com idades compreendidas entre 18 e 55 anos ($M=25,20$; $DP=1,35$); destes 84,6% são estudantes e 15,4% professores e estudantes. Quanto à declaração de etnia, 22,2% declararam-se brancos, 10,4% negros, 54,8% pardos, 2% indígenas, 0,5% brasileiros e 10,2% não declararam a etnia. Quanto ao estado civil, 74,4% são solteiros, 16,1% casados, 1,8% divorciados e 7,7% mantêm-se em união estável. 49,3% praticam atividades físicas e 50,7% não praticam. Em relação a condição de trabalho, 36,2% estão empregados, 30,5% desempregados, 5,7% estagiários, 7,7% bolsistas, 0,5% são autônomos, 2,0% realizam trabalhos temporários e 0,2% aposentado.

Material

O instrumento utilizado para coleta dos dados analisados neste estudo é a escala de expectativa e esperança na versão apresentada por Ribeiro, Pedro, e Marques (2006). A escala é constituída por 12 itens dos quais quatro são distratores (3,5,7 e 11), quatro itens que medem o fator iniciativa (2, 9, 10 e 12) e quatro o fator caminhos (1, 4, 6 e 8). Os itens são respondidos numa escala tipo likert de 8 pontos: 1, totalmente falsa; 2 quase totalmente falsa; 3, em parte falsa; 4, ligeiramente falsa; 5, ligeiramente verdadeira; 6, em grande parte verdadeira; 7, quase totalmente verdadeira; e 8, totalmente verdadeira.

Procedimentos

Os dados analisados nesta investigação de caráter transversal foram coletados nos exercícios do calendário acadêmica do segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009, em horário de aula cedido pelos professores junto a estudantes que concordarem em participar voluntariamente após serem informados dos seus objetivos, observando procedimentos éticos vigentes. O tempo de resposta variou de 5 a 15 minutos, média 10 minutos.

RESULTADOS

A fiabilidade da escala de expectativas/esperança aplicada à amostra em estudo (método *alpha de cronbach*) foi de 0,76, podendo ser considerado um indicador positivo para a investigação nas ciências humanas. Conforme Gable e Wolf (1993), coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas.

Foi realizada uma análise *Anova* identificando diferença estatisticamente significativa de gênero ($F=4,12$; $p=0,04$) favorável ao sexo masculino.

No Quadro 1 é possível constatar a estrutura fatorial obtida a partir do modelo proposto por Ribeiro, Pedro e Marques, 2006.

Quadro 1

Estrutura fatorial Escala Expectativas e Esperança n=442 – Amazônia

Item	Características	Fator 1 Iniciativa	Fator 2 Caminhos
10	Tenho tido bastante sucesso na vida	0,80	
12	Alcanço os objetivos que defini para mim próprio/a	0,81	
9	Minha experiência de vida preparou-me para o futuro	0,69	
2	Persigo os meus objetivos com muita energia	0,37	(0,54)
4	Qualquer problema tem muitas soluções		0,72
1	Consigno pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas		0,71
6	Consigno pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim	(0,49)	0,47
8	Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema	(0,62)	0,40
	Valor próprio	2,81	1,11
	Variância % por fator	35,64%	14,53%
	Variância total 2 fatores: 50,17%		

Nota. Método de extracción: Análisis de componentes principales; Método de rotación: ormalización Varimax con Kaiser; a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

O Quadro 2 refere-se aos valores indicadores das médias e desvio padrão do total de itens válidos da escala de Esperança (1, 2, 4, 6, 8, 9, 10 e 12), onde se verificou diferença significativa para a variável de agrupação gênero, favorável ao sexo masculino no item 4. *Qualquer problema tem muitas soluções* ($M=5,54$; $DP=1,99$).

Quadro 2

Média e desvio padrão dos itens da Escala de Esperança
N= 442 – variável de agrupação gênero

Item	Características	Sexo	N	M	DP
1	Consigno pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas	Fem.	282	5,50	2,05
		Mas.	160	5,79	1,85
2	Persigo os meus objetivos com muita energia	Fem.	282	6,45	1,66
		Mas.	160	6,41	1,66
4	Qualquer problema tem muitas soluções	Fem.	282	5,13	2,08
		Mas.	160	5,54	1,99
6	Consigno pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim	Fem.	282	6,54	1,90
		Mas.	160	6,42	1,80
8	Mesmo quando os outros perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema	Fem.	282	6,20	1,67
		Mas.	160	6,08/	1,78
9	Minha experiência de vida preparou-me para o futuro	Fem.	282	5,91	1,95
		Mas.	160	6,10	1,73
10	Tenho tido bastante sucesso na vida	Fem.	282	5,98	1,70
		Mas.	160	5,82	1,67
12	Alcanço os objetivos que defini para mim próprio/a	Fem.	282	6,15	1,74
		Mas.	160	5,90	1,68

DISCUSSÃO

A totalidade dos dados analisados replicam resultados de outros estudos transversais realizados em outros contextos culturais. As propriedades psicométricas indicam que o instrumento atende ao objetivo a que se propõe é medir o fenômeno psicológico entendido como esperança.

Os objetivos foram atingidos satisfatoriamente e sinalizam para a pertinência da continuidade de investigações neste domínio no sentido de ampliar a validade dos resultados podendo o estudo ser estendido a outros grupos e contextos amostrais de acordo com interesses de pesquisadores interessados.

REFERÊNCIAS

- Bueno, F. da S. (1986). *Dicionário escolar da língua portuguesa*, 11ª edição, Rio de Janeiro, FAE. Currás, C.F., & Dossil, A.M. (2001). *Diccionario de psicología e educación*, Santiago de Compostela, Grafanova S.A.

- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de psicología* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Gable, R., & Wolf, M. (1993). *Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.
- Martí, I.C. (2003). *Diccionario enciclopédico de educación*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Mascarenhas, S.A. do N., Lira, R. de S., Ribeiro, J.L.P., & Caminha, I.S. (2009). Diferenças de gênero verificadas na Escala Expectativas/Esperança aplicada a universitários da Amazônia (Amazonas/Brasil). In *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 108-117). Faro: APPS
- Oliveira, C.M.M. (1971). *Dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Grafipar.
- Reis, J.A. (1995). *Provérbios e ditos populares*. Lisboa: Litexa.
- Ribeiro, J.L., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da Escala de Esperança (de futuro). In Leal, Ribeiro, & Jesus (Eds.), *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75-81). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Silva, A.Q. da., Mascarenhas, S.A. do N., Nogueira, E.L., Lira, R. de S., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Escala de Expectativas/Esperança aplicada a universitários do Amazonas/Brasil. *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 118-124). Faro: APPS.
- Snyder, C., Harris, C., Anderson, J., Holleran, S., Irving, L. Sigmon, S., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

AValiação DO TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA
APLICADOS A UNIVERSITÁRIOS DE DOURADOS
DO MATO GROSSO DO SUL/BRASIL

*Alessandra Querino da Silva*¹ / *Suely A. do N. Mascarenhas*² /
*Luciano A. de Oliveira*¹

¹Universidade Federal da Grande Dourados;

²Universidade Federal do Amazonas

O otimismo está diretamente relacionado ao bem estar psicológico e físico das pessoas, principalmente no que diz respeito a capacidade de enfrentar situações estressantes e à manutenção da saúde (Scheier & Carver, 1987, 1992).

No contexto educacional uma orientação otimista da vida está relacionada com a capacidade de adaptação e desempenho escolar. Pessoas mais otimistas tendem a enfrentar de melhor maneira as dificuldades encontradas no ambiente acadêmico. Uma melhor abordagem desta temática pode ser encontrada em Scheier Carver (1987, apud Bandeira et al., 2002).

No sentido psicológico, Scheier Carver (1985, 1992) consideram que o otimismo é uma tendência global para acreditar que as pessoas terão normalmente bons resultados na vida em vez de maus. Desta forma o otimismo é explicado pela psicologia positiva como a disposição para ver tudo pelo lado bom. Neste sentido, focaliza-se sempre os aspectos positivos dos fenômenos da existência, bem como a tendência cognitiva de ver as coisas e julgá-las a partir de seu aspecto mais favorável.

Concernente com as idéias apresentadas, pode-se dizer que o otimismo leva o indivíduo a confiar nas próprias habilidades, constituindo-se então em um dos principais propulsores da tomada de decisões, uma vez que sustenta a autoconfiança do sujeito nas próprias habilidades e talentos (Lira et al., 2009). Ser otimista, nestas perspectivas, não se reduz apenas a pensamentos positivos. Seu fundamento se encontra na maneira como se pensa sobre as causas (Seligman, 1995, apud Bandeira et al., 2002). A diferença entre a visão otimista e pessimista está na forma de se explicar a causa de eventos ruins ou bons que acontecem no dia a dia do sujeito. Enquanto a orientação otimista está relacionada com saúde física e mental, a orientação pessimista se relaciona com depressão, ansiedade e práticas de comportamentos de risco (Bandeira et al., 2002).

Este trabalho é um estudo sobre a avaliação do sentimento de otimismo verificado entre universitários do município de Dourados/MS. Tem como objetivo conhecer resultados psicométricos obtidos a partir de um

instrumento psicológico de medida para a avaliação do otimismo aplicado a universitários da Universidade Federal da Grande Dourados/Brasil.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 298 estudantes universitários da Universidade Federal da Grande Dourados. Destes 46,3% são do sexo feminino e 53,7 do sexo masculino.

Material

O instrumento utilizado para coleta dos dados analisados neste estudo foi o Teste de Orientação para a Vida (TOV) na versão apresentada por Scheier e Carver (1985), Scheier e Carver (1992), com tradução feita pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ. A escala está organizada de forma que reflita os principais comportamentos que caracterizam os fenômenos psicológicos do otimismo e orientação para a vida. É constituída por 10 itens dos quais quatro são distratores (2, 5, 6 e 8), três itens estão orientados positivamente (1, 4 e 10) e três itens orientados negativamente (3, 7 e 9). Os itens são respondidos numa escala tipo likert de 5 pontos: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) neutro, (4) concordo e (5) concordo totalmente.

RESULTADOS

Na verificação de propriedades psicométricas do instrumento de acordo com objetivos deste trabalho, realizou-se análise fatorial, análise *Anova* e descritiva dos dados.

Da análise da *Anova* realizada identificou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero sexo, para os itens 3. *Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer* ($F=5,03$; $p=0,02$) e 7. *Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria* ($F=11,66$; $p=0,001$).

No Quadro 1 que se refere a média e desvio padrão dos itens, observa-se que os itens 10. *De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais*

coisas boas do que ruins ($M=4,22$; $DP=0,963$), 4. *Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro* ($M=3,85$; $DP=1,10$) e 1. *Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor* ($M=3,54$; $DP=0,90$) tiveram as maiores médias. Estes itens referem-se às dimensões de caráter otimista. O item 9. *Raramente eu espero que coisas boas aconteçam* apresentou a menor média ($M=1,97$; $DP=0,91$). De forma geral, observa-se que os universitários apresentaram pensamentos positivos em relação a seu futuro, indicando boa perspectiva de vida.

Quadro 1

Média e desvio padrão para os itens da Escala Orientação Para a Vida
N=298 – Universitários de Dourados/Ms, Brasil

Característica do item	M	DP
1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor	3,54	0,90
3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer	2,38	1,20
4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro	3,85	1,10
7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria	2,35	1,04
9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo	1,97	0,91
10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que ruins	4,22	0,96

Observando os dados correspondentes ao teste TOV, verifica-se que a análise de fiabilidade obtida a partir da amostra de 298 participantes proporciona o coeficiente (*Alfa de Cronbach*) de 0,53. Considerando as dimensões fatoriais do teste e as dimensões e características da amostra exploratória utilizada para o estudo, o coeficiente é qualificado como aceitável para o domínio da investigação psicossocial desta natureza. O que também indica a necessidade de estudos futuros

Para os dados do teste TOV, tem-se o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,56, que indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados na análise fatorial. Neste caso, indica uma perspectiva aceitável na aplicação da análise fatorial dos dados.

No Quadro 2, registram-se os resultados da solução fatorial rotação *varimax* regra *Kaiser*, matriz de componentes principais, que aponta para a existência de 2 fatores que explicam uma variância total de 61,74%. Verificam-se 2 componentes: o primeiro com dimensão otimista (itens 10, 4 e 1) e o segundo com dimensão pessimista (itens 9, 7 e 3).

Quadro 2

*Estrutura fatorial do teste TOV aplicada aos universitários da
Universidade Federal da Grande Dourados, 2009 – N= 298*

Características do item	Componentes	
	Fator 1	Fator 2
10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que ruins.	0,89	
4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro.	0,86	
1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor	0,64	
9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo		0,82
7. quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria.		0,77
3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer		0,47
Variância explicada por fator	35,52%	26,22%

Nota. Variância total explicada por 2 fatores: 61,74%; Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

DISCUSSÃO

De forma geral, observou-se que os participantes da pesquisa apresentaram uma boa perspectiva de vida, indicando que estes possuem uma visão positiva em relação ao seu futuro.

Os oito itens do Teste TOV, que analisam o construto de otimismo, em termos de expectativas em relação a eventos futuros, foram agrupados em dois fatores, permitindo verificar indicadores de otimismo e pessimismo dos participantes da pesquisa.

As propriedades psicométricas indicam que o instrumento atende ao objetivo a que se propõe que é medir o fenômeno psicológico entendido como otimismo.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, M., Bekou, V., Lott, K.S., Teixeira, M.A., & Rocha, S.S. (2002). Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia*, 7(2), 251-258.
- Lira, R. de S., Mascarenhas, S.A. do N., Silva, A.Q. da, Caminha, IS., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Avaliação do otimismo de universitários da Amazônia/Brasil. In

Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde (pp. 125-134).
Faro, APPS.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimistic on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research 16*(2), 201-228.

EU E TU DEPOIS DO CANCRO

Andreia Coutinho / Margarida Varela

Instituto Piaget, ISEIT, Viseu, Portugal

O cancro é uma das principais causas de morte em crianças com menos de quinze anos, assim como, entre indivíduos com mais de sessenta e cinco e é a segunda maior causa de morte nos países industrializados (Pais-Ribeiro, 1998). Entre os vários tipos de cancro que existem, o cancro da mama é o mais comum entre as mulheres (Holland, 1990).

Apesar da eficácia cada vez maior dos métodos de tratamento do cancro, materializada na sobrevivência crescente, os doentes têm que fazer face a uma doença potencialmente debilitante, à dor, à alteração da auto-imagem, à perda de funções fisiológicas e à morte (Andrade, 2000).

A vivência do cancro envolve uma diversidade de stressores, que vão desde o diagnóstico; ao tratamento; à recuperação e à sobrevivência a longo prazo (Deep & Leal, 2000). Todas estas etapas apresentam uma série de desafios que contribuem para a elevada morbidade psicológica destes indivíduos (Moyer & Salovey, 1999; Moyer, 2000). Várias investigações empíricas têm colocado em evidência a presença de distúrbios de ansiedade e depressivos nesta população (Burgess, Morris & Pettingale, 1988; Baider e col., 1997; Compas & Osowiescki, 1999), excessiva preocupação com a doença, medo de recorrências, sentimento de dano físico, (Holland, 1990), modificações nas relações com os pares, amigos e família e alterações na imagem corporal (Perez & Gáldon, 2002).

A imagem corporal corresponde à forma como o indivíduo percebe o seu próprio corpo e cria uma imagem mental desta percepção (Maturana, 2004). Cunha (2004) destaca que esta imagem corporal é construída dinamicamente sofrendo constantes alterações.

Segundo May (1981) as cirurgias a que a mulher com cancro da mama é sujeita, embora sejam uma forma de tratamento, constituem uma ameaça à sua integridade corporal tendo implicações na forma como esta percebe o seu corpo.

O impacto do cancro da mama na imagem corporal da mulher está directamente relacionado com a qualidade e satisfação com o relacionamento conjugal (Coutinho, 2006; May, 1981). Sendo possível identificar no decurso da doença a confluência de dificuldades conjugais pré-existentes à doença (Marques & Vicente, 2003).

May (1981) destaca a importância do parceiro para a adaptação da mulher à sua nova imagem. Contudo, verifica-se que a resposta sexual dos

parceiros pode ser inibida pela dificuldade em confrontar-se com uma nova imagem corporal da mulher e em integrar estas alterações no relacionamento sexual (Schain, 1988; cit. por Lopes, 2004).

Embora o estudo da imagem corporal e relacionamento conjugal em mulheres com cancro da mama seja uma temática amplamente investigada, verifica-se que o recurso a estudos de carácter causal-comparativo que permitam identificar em que áreas da imagem e do relacionamento conjugal as mulheres com cancro da mama diferem das demais mulheres é praticamente inexistente em Portugal.

Neste sentido, procurou-se com este trabalho, comparar a imagem corporal e o relacionamento conjugal de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia para tratamento do cancro da mama com a imagem corporal e o relacionamento conjugal de mulheres saudáveis.

Os objectivos específicos do presente trabalho, são:

- 1) Averiguar se existem diferenças entre os dois grupos em estudo no que concerne às dimensões da imagem corporal: avaliação da aparência; orientação da aparência; avaliação do *fitness*; orientação do *fitness*; avaliação da saúde; orientação para a saúde; orientação da doença; satisfação com as áreas do corpo; preocupação com o excesso de peso; auto-classificação do peso.
- 2) Averiguar se existem diferenças entre os dois grupos em estudo no que se refere às dimensões da satisfação com o relacionamento conjugal: distorção idealística; satisfação marital; comunicação; orientação religiosa; resolução de conflitos; relação sexual.

MÉTODO

O presente estudo classifica-se como uma investigação causal-comparativa e transversal, tendo-se procedido à comparação de um grupo de mulheres ($n=37$) com cancro da mama submetidas a cirurgia com um grupo de mulheres ($n=28$) sem história clínica desta doença relativamente às variáveis imagem corporal e satisfação com o relacionamento conjugal.

Participantes

A amostra deste estudo envolveu 65 mulheres com companheiro, sendo que destas 37 têm cancro da mama e foram submetidas a cirurgia e 28 mulheres sem qualquer história clínica desta doença. A idade média da

amostra é de 55 anos, na sua maioria são casadas ($n=53$, 81,5%), com filhos ($n=55$, 84,6%), com o 1º ciclo de escolaridade ($n=20$, 30,8%) e mantêm relações sexuais nessa relação ($n=58$, 89,2%).

Material

O protocolo de investigação utilizado compôs-se por três questionários, a saber: Questionário Sócio-Demográfico; Questionário de Imagem Corporal (MBSRQ – The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire); Questionário de Relacionamento Conjugal (ENRICH – Enriquecimento & Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade).

Questionário Sócio-Demográfico: Este instrumento permitiu a recolha de informação que permitiu a caracterização da amostra. Contém questões com idade; habilitações literárias; existência de relacionamento afectivo; tipo de relacionamento afectivo; duração do relacionamento afectivo; existência de filhos.

Questionário de Imagem Corporal (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – MBSRQ): Este questionário foi criado por Cash em 2000, sendo que a versão utilizada para este estudo foi traduzida para português por Gonçalves e Lucas (2004).

Trata-se de um questionário composto por 69 itens que pretendem analisar aspectos atitudinais da imagem corporal de indivíduos adolescentes ou adultos. Os 69 itens do questionário distribuem-se por dez factores: avaliação da aparência; orientação da aparência; avaliação do *fitness*; orientação do *fitness*; avaliação da saúde; orientação para a saúde; orientação da doença; satisfação com as áreas do corpo; preocupação com o excesso de peso; auto-classificação do peso.

Questionário de Relacionamento Conjugal (ENRICH – Enriquecimento & Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade): Este instrumento foi criado por Olson, Fournier, e Druckman em 1983 e foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Marques, Silva, e Relvas (2000). Trata-se de um instrumento de medida que permite descrever as dinâmicas conjugais. É constituído, na sua versão original por 100 itens que se distribuem por dez sub-escalas: distorção idealística; satisfação marital; aspectos relacionados com a personalidade; comunicação; resolução de conflitos; administração financeira; actividades de lazer; relação sexual; filhos e matrimónio; família e amigos; igualdade de papéis; orientação religiosa.

Para o presente estudo foram utilizadas apenas as sub-escalas: distorção idealística; satisfação marital; comunicação; orientação religiosa; resolução de conflitos; relação sexual.

Procedimento

No primeiro momento deste trabalho procedeu-se à realização da revisão da literatura sobre o tema em estudo.

No segundo momento procedeu-se ao delineamento de investigação e à selecção dos instrumentos mais adequados para alcançar os objectivos definidos. Foi elaborado o Questionário Sócio-Demográfico tendo em consideração às variáveis que importava conhecer para caracterizar a amostra e constituir os dois grupos em estudo.

De seguida, procedeu-se à recolha da amostra. No que respeita às mulheres com cancro da mama, procedeu-se ao contacto das mesmas através de carta, tendo sido fornecido o projecto com os objectivos do estudo. O protocolo de investigação foi enviado por correio e junto a este seguia um envelope para que fosse possível o retorno do mesmo. As mulheres sem cancro da mama foram contactadas presencialmente.

Posteriormente, foi elaborada uma base de dados onde foram introduzidos os dados, estes foram analisados com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0. Antes de se proceder à análise estatística, foram calculados os valores de cada escala e das subescalas que as constituem (seguindo as instruções e recomendações dos autores das escalas). Para determinar quais os procedimentos estatísticos a utilizar foi necessário, em primeiro lugar, determinar qual a estatística adequada a utilizar (paramétrica/não paramétrica) tendo-se de seguida efectuado os cálculos estatísticos necessários de acordo com os objectivos a testar. Assinale-se que se consideraram como estatisticamente significativos os testes estatísticos que tiveram articulados um valor de $p < 0.05$, de $p < 0.01$ ou de $p < 0.001$.

RESULTADOS

A imagem corporal das mulheres com cancro da mama difere da das mulheres sem cancro em algumas das suas modalidades (avaliação da aparência, avaliação do *fitness*, avaliação da saúde e satisfação com as áreas do corpo), podendo-se, desta forma, concluir que o cancro da mama, e todo

o processo que se inicia desde o diagnóstico até ao fim dos tratamentos e mesmo depois destes, influencia a imagem corporal das mulheres.

Quadro 1

*Diferenças de médias na imagem corporal em função do grupo –
Estatística paramétrica*

	Média		<i>t</i>	<i>p</i>
	Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37)	Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28)		
Orientação do fitness	2,83	3,02	-1,22	0,22
Avaliação da saúde	2,94	3,40	-3,11	0,003

Quadro 2

*Diferenças de médias na imagem corporal em função do grupo –
Estatística não-paramétrica*

	Média		<i>U</i>	<i>p</i>
	Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37)	Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28)		
Avaliação da aparência	29,01	38,27	370,50	0,05
Orientação da aparência	30,04	36,91	408,50	0,14
Avaliação do fitness	28,18	39,38	339,50	0,01
Orientação para a saúde	32,01	34,30	481,50	0,62
Orientação para a doença	33,61	32,20	495,50	0,76
Satisfação com o corpo	27,74	39,98	322,50	0,009
Preocupação com excesso de peso	34,19	31,43	474,00	0,55
Auto-classificação do peso	33,36	32,52	504,50	0,85

A modificação da imagem corporal é um problema que surge quando o indivíduo é incapaz de perceber ou adaptar-se a uma mudança de aparência física, estrutural ou funcional do corpo (Correia, 2004). Verificando-se que as alterações da imagem corporal são uma preocupação em indivíduos com doença crítica ou crónica (Brundage & Broadwell, 1991). O estigma da doença e perda, no caso específico do cancro da mama, de uma parte do corpo que marca a feminilidade são factores agravantes, que provocam alterações da imagem corporal e no processo de enfrentamento (Rodrigues & Silva, 2001, cit. por Marques & Vicente, 2003).

Os efeitos do cancro da mama sobre a auto-estima podem ser devastadores, principalmente nas mulheres que baseiam o seu auto-conceito nos seus atributos físicos e que se consideram mais mulheres, mais bonitas e

atractivas, e no geral, melhores pessoas se não têm falta de nenhum órgão, principalmente, dos peitos (Tavares, 2005). Isto permite-nos compreender melhor os resultados obtidos para as modalidades avaliação da aparência e avaliação do *fitness*, em que as mulheres com cancro da mama se encontram menos satisfeitas com a sua aparência física e com as suas capacidades físicas e de *fitness* do que as mulheres sem esta patologia.

A situação de se ter cancro requer, como foi dito anteriormente, uma adaptação às mudanças biológicas relacionadas com a aparência física, actividade hormonal e saúde no geral. O cancro também afecta a visão sobre a vida, e durante o tratamento os indivíduos podem desenvolver mais preocupações com a saúde (Faddis et col., 1999).

No presente estudo, as mulheres com cancro da mama avaliam a sua saúde de uma forma mais negativa do que as mulheres sem cancro da mama.

Outras das consequências do tratamento para o cancro podem ser perda do apetite, perda de peso, fraqueza muscular (Faddis et col., 1999), e remoção do órgão afectado. A satisfação com as áreas do corpo (rosto, cabelo, parte baixa do dorso, parte média do dorso, parte alta do dorso, tónus muscular e peso) entre as mulheres com patologia da mama encontra-se igualmente diminuída relativamente às mulheres sem cancro.

Quadro 3

Diferenças de médias no relacionamento conjugal em função do grupo – Estatística paramétrica

	Média		<i>t</i>	<i>p</i>
	Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37)	Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28)		
Distorção idealística	15,57	17,64	-2,83	0,006
Satisfação marital	33,65	36,39	-1,54	0,12
Resolução de conflitos	28,76	32,61	-2,02	0,04

Quadro 4

Diferenças de médias no relacionamento conjugal em função do grupo – Estatística não-paramétrica

	Média		<i>U</i>	<i>p</i>
	Grupo de mulheres com cancro da mama (<i>n</i> =37)	Grupo de mulheres sem cancro da mama (<i>n</i> =28)		
Comunicação	26,39	41,73	273,50	0,001
Relação sexual	26,92	41,04	293,00	0,003
Orientação religiosa	36,27	28,68	397,00	0,10

Após a análise estatística dos dados obtidos concluímos também que existem diferenças entre os grupos em estudo para algumas modalidades do relacionamento conjugal, a saber: distorção idealística, comunicação, resolução de conflitos e relação sexual.

Os resultados encontrados indicam que, as mulheres com cancro da mama fazem menos idealizações sobre o par do que as que não têm cancro. Esta menor idealização pode estar associada a algum nível de depressão encontrado entre esta população, resultante quer do diagnóstico, quer do tratamento do cancro da mama (Lopes & Pereira, 2002).

A comunicação é necessária para que o casal realize adequadamente as suas tarefas, e para que seja capaz de gerir as pressões internas e externas a que está sujeito (Relvas, 2004). As pressões externas, podem ser no caso específico deste estudo, todas as alterações que a mulher está sujeita quando lhe é diagnosticado cancro da mama, que resultam do próprio diagnóstico e do respectivo tratamento (p.e. alterações da imagem corporal resultantes da cirurgia). Compreende-se desta forma que as mulheres sem cancro avaliem a comunicação que têm com os seus companheiros de uma forma mais positiva do que as mulheres com cancro da mama, como demonstram os resultados encontrados.

Relacionada com a comunicação está a forma como o casal resolve os seus desentendimentos (Relvas, 1996), modalidade representada no questionário com a designação resolução de conflitos. Através desta relação compreende-se, o resultado obtido para este factor, que apresenta uma diferença entre o grupo das mulheres com cancro e o das mulheres sem cancro, sendo que no primeiro grupo existe uma menor satisfação com as formas que o casal desenvolve para resolver os seus conflitos e com as respostas encontradas.

De acordo com Seltzer (1987, cit. por Lopes, 2004) as mulheres com cancro da mama preocupam-se com a sua atractividade sexual. Já os seus companheiros preocupam-se com o poderem estar ou não a magoá-las durante as relações sexuais. Contudo, nenhum deles diz ao outro o que o preocupa, o que acaba por gerar momentos de tensão entre o casal.

Outra dimensão considerada importante no relacionamento conjugal é a modalidade relação sexual. A este respeito refira-se que Shell (2000) advoga que a identidade sexual feminina, a função sexual e as relações sexuais podem ser muito afectadas pelas alterações e desafios que a mulher com cancro da mama tem que enfrentar, entre os quais as mudanças resultantes do tratamento. Também no nosso estudo se conclui que as mulheres com cancro da mama estão menos satisfeitas com a

relação de afecto e com a relação sexual com o seu parceiro, do que as mulheres sem cancro da mama.

Em suma, a investigação veio confirmar os pressupostos indicados na literatura sobre a influência do diagnóstico e tratamento do cancro da mama na imagem corporal e no relacionamento conjugal das pacientes.

REFERÊNCIAS

- Andrade, T. (2000). *Escutar o mar dentro da concha: Descritores do funcionamento psicossomático oncológico*. Tese de mestrado em Psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Baider, L., Perry, S., Sison, A., & Holland, J. (1997). The role of psychological variables in a group of melanoma patients. *Psychosomatics*, 38, 45-53.
- Burgess, C. Morris, T., & Pettingale, K. (1988). Psychological response to cancer diagnosis II – Evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 253-262.
- Compas, B., & Osowiecki, D. (1999). A prospective study of coping, perceived control and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Coutinho, S. (2006). *Imagem corporal e relacionamento conjugal da mulher mastectomizada* (Monografia de Licenciatura). Viseu: Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget.
- Cunha, M. (2004). *A imagem corporal – Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magresa para as adolescentes*. Azeitão: Autonomia.
- Deep, C., & Leal, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. *Actas do 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Holland, J. (1990). Developmental stage and adaptation: Adult model. In J. Holland & J. Rowland (Ed.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- May, H. (1981). Integration of sexual counselling and family therapy with surgical treatment of breast cancer. *Family Relations*, 30(2), 291-295.
- Moyer, A. (2000). Breast cancer. In G. Finck (Ed.), *Encyclopedia of Stress*. New York: Academic Press.

- Moyer, A., & Salovey, P. (1999). Predictors of social support and psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology, 4*(2), 177-191.
- Pais-Ribeiro, Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*(2), 231-247.
- Perez, S., & Galdón, M. (2002). Transtorno de estrés postraumático y cáncer. In M. Dias & E. Durá (Orgs.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 493-525). Lisboa: Climepsi Editores.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Shell, J. (2000). Impacto do cancro na sexualidade. *Enfermagem em Oncologia, 13*, 25-29.
- Ulacia, J. (1988). Sexualidade y paciente oncológico. *Revista Rol. De Enfermagem, Ano XI*(116), 27-31.

AS CONSEQUÊNCIAS DOS ABUSOS SEXUAIS EM MENORES

Adriana Correia (drina.cor@hotmail.com)

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Hoje em dia são cada vez mais as notícias e os estudos sobre os abusos sexuais, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos. No entanto, muitos e muitos casos permanecem silenciados...

Helander (2008) realizou um estudo em 82 países, demonstrando a gravidade dos números oficiais de casos de abusos sexuais a menores e das estatísticas globais, uma vez que se estimam 2250 milhões de crianças (33%) abusadas, havendo uma maior predominância nas crianças de sexo feminino. O autor define como abuso sexual todo e qualquer envolvimento de uma criança em actividades sexuais em que ele ou ela não compreenda na totalidade ou em que, face às quais, não seja capaz de dar um consentimento informado ou não esteja preparada em termos desenvolvimentais para essa actividade, não a podendo consentir, ou que viole as leis e tabus da sociedade.

Outros autores especificam o conceito de abuso sexual como qualquer contacto ou interacção, heterossexual ou homossexual, entre uma criança/adolescente e alguém com um estágio de desenvolvimento psicosexual mais avançado, no qual a criança/adolescente é usado para estimular sexualmente o abusador, seja com toques, carícias, sexo oral, relações com penetração (digital, genital ou anal), ou até mesmo as situações nas quais não há contacto físico, como o voyeurismo, assédio e exibicionismo. Os abusadores sexuais podem levar a criança/adolescente a estas interacções sexuais por imposição através da violência física, ameaças ou indução da sua vontade (Azevedo & Guerra, 1989; Thomas, Eckenrode & Garbarino, 1997, cit. por Habigzang et al., 2005).

O abuso sexual também pode ser definido e diferenciado em categorias dependendo do contexto em que ocorre: dentro ou fora do ambiente familiar. Quando ocorre dentro de casa, o abuso é denominado de intrafamiliar ou incestuoso, pois, as crianças/adolescentes são abusadas por pessoas que lhes são próximas e que, muitas vezes, desempenham um papel de cuidador para com elas (Braun, 2002; Cohen & Mannarino, 2000a; Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004, cit. por Habigzang et al., 2005). Assim, mesmo que não existam laços de consanguinidade entre a criança e o adulto responsável, estas relações são consideradas incestuosas (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997; Cohen & Mannarino, 2000a; Thomas & cols., 1997, cit. por Habigzang et al., 2005),

envolvendo, por exemplo, madrastas, padrastos, tutores, meio-irmãos, avós, tios(as) ou até namorados(as) ou companheiros(as) do pai ou mãe.

A maioria dos abusos sexuais são deste tipo – cometidos por pessoas directamente ligadas às vítimas, sobre as quais exercem alguma forma de poder ou de dependência. No entanto, é também este tipo de abuso sexual o mais difícil de se suspeitar e o mais difícil de se confirmar (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Uma vez que a familiaridade entre a criança e o abusador implica fortes laços afectivos, sejam positivos ou negativos, as consequências dos abusos sexuais incestuosos são mais nefastas a nível cognitivo-comportamental, quer para a criança quer para a sua família, determinando uma lesão muito mais grave a nível psicológico do que se a agressão fosse causada por estranhos (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Estas consequências também serão mais graves quanto mais velha for a criança, sendo que o impacto é ainda maior quando a criança já é adolescente (Rodrigues et al., 2006).

Qualquer que seja o abuso sexual, ele trará consequências negativas para o desenvolvimento cognitivo, afectivo e social da vítima e da sua família (Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang & Caminha, 2004; Osofsky, 1995, cit. por Habigzang et al., 2005), que a curto, quer a longo prazo. As consequências para as vítimas podem variar dependendo das suas características pessoais, do apoio social e afectivo que recebem por pessoas significativas e pelos órgãos de protecção e até mesmo das próprias características do abuso sexual. Por isto mesmo, “o gradiente das consequências no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental pode variar desde efeitos menores até transtornos psicopatológicos de alta gravidade” (Habigzang et al., 2008, p. 286). Quando falamos dos factores intrínsecos à criança, falamos de vulnerabilidade e resiliência (temperamento, resposta ao nível do desenvolvimento neuropsicológico); quando falamos de factores extrínsecos à criança, falamos da existência de factores de risco e de protecção (recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso ao tratamento), sendo que quando criança não dispõe de uma rede social e afectiva, algumas consequências são exacerbadas (Brito & Koller, 1999; Saywitz & cols., 2000, cit. por Habigzang et al., 2005). Em suma, os factores que influenciam o impacto do abuso sexual são: saúde emocional prévia, crianças com saúde emocional positiva antes do abuso tendem a sofrer menos efeitos negativos; tipo de actividade sexual, alguns dados sugerem que formas de abuso mais intrusivas, como a penetração, resultam em

mais consequências negativas; duração e frequência dos episódios abusivos; reacção dos outros, a resposta negativa da família ou dos pares à descoberta do abuso acentuam efeitos negativos (família, amigos e juizes atribuindo a responsabilidade à criança); dissolução da família depois da revelação; criança responsabilizando-se pela interacção sexual; e, quando a vítima recebe recompensa pelo abuso e o perpetrador nega que o abuso aconteceu (Amazarray & Koller, 1998; Deblinger & Heflin, 1992/1995; Gabel, 1997; Mattos, 2002; Rouyer, 1997, cit. por Habigzang et al., 2005, p. 342).

O momento e a forma de revelação do abuso sexual também podem fazer a diferença. Segundo Nagel, Putnan, Noll, e Trickett (1997, cit. por Fávero, 2003) a revelação pode ser intencional, acidental ou a partir de um evento causador, sendo que, quando a criança não tem responsabilidade na revelação da sua experiência de abuso sexual, tem tendência a apresentar reacções mais favoráveis e menos graves; ao contrário da criança que toma iniciativa na revelação, que experiencia maiores níveis de ansiedade e o sentimento de falta de capacidade de superar a situação, mesmo que a reacção do meio seja positiva.

Quanto à reacção do meio, Kilpatrick (1992, cit. por Fávero, 2003) diz-nos que existem quatro factores, relacionados entre si, que podem agravar as consequências do abuso sexual: o segredo imposto à criança, os efeitos da revelação, o clima da resposta ambiental e a ênfase na condenação do agressor. Por parte da criança, o segredo é mantido devido à culpabilização, medo das consequências, medo que não acreditem nela e porque a dissociação da realidade que faz para se defender psicologicamente não lhe permite perceber a realidade como realidade e nomear a experiência de abuso como abuso (Fávero, 2003). Segundo Furniss (1993, cit. por Habigzang et al., 2005) o “Síndrome de Segredo” faz parte da dinâmica intrafamiliar complexa que desencadeia e mantém o abuso sexual incestuoso, a par com o “Síndrome de adição”. Ambos estão directamente relacionados com a psicopatologia do agressor (pedofilia) que, pela hipótese de gerar uma intensa repulsa social, tende a proteger-se numa teia de segredo, mantido à custa de ameaças e negociações/manipulações com a criança abusada, ao mesmo tempo que, por ser um comportamento compulsivo, na presença do estímulo (a criança), o abusador não se controla e usa-la para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência. Frequentemente, existe um pacto familiar de silêncio (Pfeiffer & Salvagni, 2005) que mantém o abuso sexual e, quando surge uma denúncia, surge também uma

ruptura em todo o equilíbrio familiar a que as pessoas se impõem. Este pacto de silêncio tem lugar porque, muitas vezes e principalmente nas famílias patriarcais, a mãe ocupa o papel de *silent partner*, participando caladamente no quadro geral de violência. Isto acontece, consciente ou inconscientemente, porque elas têm um forte complexo feminino de inferioridade e porque tentam, a todo o custo, manter a estabilidade e a segurança da família. Em consequência, delegam o seu pesado papel de esposa e mãe à filha, em todos os seus aspectos (Felizardo et al., 2003, cit. por Pfeiffer & Salvagani, 2005) e, quando o abuso sexual é revelado, reagem com ciúmes, como rivais, passando a culpar a filha pelo ocorrido, pois, o contrário – reconhecer o incesto – seria admitir o seu fracasso enquanto mãe e esposa (Hirsch, 1990, cit. por Pfeiffer & Salvagani, 2005). Rodrigues et al. (2006) acrescenta que, se os pais fornecerem à criança o apoio de que ela necessita, algumas das consequências observadas, como a ansiedade visível nos problemas para dormir e no medo do agressor, tendem a diminuir com o passar do tempo. Mas, se não houver nenhuma intervenção terapêutica, outras consequências podem intensificar-se, como as preocupações relacionadas com a sexualidade. Em qualquer dos casos, é de salientar que a denúncia, mesmo trazendo exposição da família envolvida, consequências na estrutura familiar, modificações emocionais, e (não raras as vezes) sentimentos de humilhação e medo entre as pessoas envolvidas, é a única solução para que os episódios de abuso sexual não continuem a ocorrer ou para que não se tornem mais frequentes e para que a vítima não permaneça exposta aos efeitos da vitimização e ao agravamento dos seus sintomas.

O tipo de actividade sexual demonstra-se também um factor importante para o agravamento das consequências, principalmente quando o abusador tenta provocar uma resposta sexual na criança (sendo mais grave do que simplesmente utilizá-la para se masturbar), quando o acto sexual é mais intrusivo, implicando contacto físico e quando os contactos são genitais (Fávero, 2003) – ocasionando sintomas físicos como hematomas, hemorragias, inflamação e infecção nas regiões oral, genital e rectal, dores ao urinar ou uberar, enurese, encoprese, vômitos e dores se cabeça sem explicação médica, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, doenças psicossomáticas e desconforto em relação ao corpo, que devem chamar a atenção de pais, professores, médicos e outros profissionais de saúde (Sanderson, 2005, cit. por Habigzang et al., 2008; Aded et al., 2006). Alguns indicadores demonstram também que o abuso é mais grave se o agressor for do mesmo sexo que a vítima, sendo que os rapazes

apresentam mais problemas como homofobia e confusões de orientação do desejo sexual (Fávero, 2003). Quando a vítima é abusada por mais do que um agressor, as consequências e a recuperação psicológica também se agravam, uma vez que a culpabilização é maior e o tempo que levam a denunciar a situação é mais longo, devido à vergonha que sentem (*ibid*). A curto prazo (até ao segundo ano após a situação de abuso), a criança irá sentir e experienciar dificuldades no campo das relações sexuais, culpabilização, pensamentos suicidas, medo, auto-condenação, vergonha, dificuldades escolares (Azevedo et al., 1993, cit. por Fávero, 2003) pelo déficit de linguagem e aprendizagem, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, dificuldades de se ajustar e de adaptação interpessoal pelo isolamento social, distúrbios de conduta e baixa auto-estima (Gerko et al., 2005; Meyerson et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006). Mais especificamente, e segundo Habingzang et al. (2008), ao nível das consequências cognitivas, a criança vai sofrer uma diminuição da concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas que se revelam pela percepção de culpa pelo abuso, diferença em relação aos seus pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais vão-se manifestar pelos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade. E, ao nível das consequências comportamentais destacam-se a conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões do sono e da alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como auto-mutilação e tentativas de suicídio (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Haugaard, 2003; Jonzon & Lindblad, 2004; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003, cit. por Habingzang, 2008).

Perante o agressor e/ou os familiares, há um turbilhão de sentimentos confusos, pois, quando o agressor é o pai, a criança continua a sentir que gosta dele (porque é o seu pai) e que o meio não a protegeu – logo, sente-se merecedora da agressão. Deste modo, os sentimentos de raiva e de ódio são depositados no progenitor não abusador, que não a protegeu, sendo que, quando o abusador não pertence à família, a culpa é depositada em ambos os pais (Sgroy, Porter, & Blick, cit. por Fávero, 2003).

Dependendo da idade da criança abusada, os comportamentos são diferentes, mantendo-se sempre, no entanto, os sentimentos de insegurança pelo medo que o abuso se repita, temendo os outros e as situações (Fávero, 2003). Assim, o estabelecimento de relações com homens (que se apresentam a maioria dos abusadores) é recusado pelas crianças,

“possivelmente devido ao medo da intimidade e ao receio de reviver experiências traumáticas com o agressor, uma vez que a intimidade sugere envolvimento sexual”, o que dificulta a adaptação interpessoal (Azevedo, 1989, cit. por Rodrigues et al., 2006). As crianças mais pequenas manifestam-se agressivas contra os colegas e agressivas sexualmente (Fávero, 2003), sendo que as atitudes que demonstram um conhecimento sobre sexo e um comportamento sexual inadequado são mais comuns em crianças pequenas vítimas de abuso sexual (Brilleslijper-Kater et al., 2004; O’Keefe, 2004; Biheler, 2002, cit. por Aded et al. 2006). Por sua vez, as crianças mais crescidas adoptam comportamentos delinquentes, passando pela expressão da agressividade, roubos, consumo de drogas, etc. (Fávero, 2003). Neste campo, a influência da família e a sua desestruturação tornam-se preditores fundamentais da criminalidade, do abuso de substâncias e das perturbações da saúde mental (Gover & MacKenzie, 2003; Craissati et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006) e está provado que os jovens delinquentes que são mantidos frequentemente em instituições penais provêm de famílias caracterizadas pelo abuso sexual, negligência e outras experiências traumatizantes (Gover e MacKenzie, 2003, cit. por Aded et al. 2006), pois, “o abuso sexual na infância é considerado um factor de risco independente para um comportamento delincente (Swanston *et al.* 2003), com maior prevalência entre os abusadores sexuais reincidentes (Hanson & Harris, 1998, *apud* Aylwin et al., 2003)” (cit. por Aded et al., 2006, p. 206). Mais precisamente, num estudo de Widom (2000, cit. por Helander, 2008), com crianças abusadas e/ou negligenciadas seguidas desde a infância até aos 33 anos, demonstra que 55% foram presos enquanto jovens, sendo 96% das detenções por crimes violentos. Crianças abusadas/negligenciadas tornaram-se 1,6 vezes mais ofensores crónicos do que as não abusadas/negligenciadas. Outro estudo (Engqvist, 2007, cit. por Helander, 2008), com 1400 pacientes que receberam cuidados na infância e adolescência entre 1975 e 1990 e que foram seguidos até 2003, demonstra que durante esse período, 1 a cada 2 homens e 1 a cada 5 mulheres entraram no registo criminal. Um estudo com um grupo mais novo que foi seguido durante 20 anos mostrou que a criminalidade cresceu severamente, tendo duplicado nos rapazes e aumentado 7 vezes mais nas raparigas (Helander, 2008). Deste modo, os abusos sexuais estão relacionados com a prática de delitos, mais especificamente aos crimes sexuais (Radosh, 2002; Lindsay et al., 2001, cit. por Aded et al., 2006) porque muitos dos sobreviventes do abuso sexual repetem o ciclo de vitimização, cometendo o abuso sexual

intergeracional com os seus próprios filhos e fazendo do abuso sexual um legado passado à próxima geração de vítimas (Hornor, 2002, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). Perpetua-se, então, o processo de identificação com o agressor, como uma forma psíquica de sobreviver ao abuso – a vítima iguala-se ao seu agressor e converte-se em abusadora, transitando da passividade da sua experiência para a actividade, aplicando no mundo externo a agressão que lhe foi feita (desforra/vingança) (Scherer et al., 2003, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). “De outra forma, poderá apresentar a possibilidade de estabelecer uma relação abusiva consigo mesmo, como acontece nos casos de revitimização” (Pfeiffer & Salvagni, 2005, p. 198), adoptando comportamentos muito sexualizados, que fazem com que corram um maior risco de se tornarem de novo vítimas (Bagley et al., 1997, cit. por Fávero, 2003). No caso dos adolescentes, é muito frequente o abandono do lar como estratégia (Fávero, 2003) para se tentarem ver livres da situação de abuso sexual. No entanto, como a culpa os persegue, a vitimização continua. Independentemente da actuação familiar, o abuso sexual na infância é um factor de risco para a vitimização na idade adulta (Messman-Moore & Brown, 2004, cit. por Aded et al. 2006). Um estudo realizado nos Estados Unidos, com prostitutas que actuavam em Miami ($n=325$) demonstrou que 50,5% das mulheres entrevistadas tinham sido vítimas de abuso sexual em crianças. Um total de 51,7% dessas mesmas mulheres referiu ter sofrido violência (espancamento, estupro, ameaça com armas) por parte dos seus clientes no ano em que iniciaram o trabalho nas ruas (Surrat et al., 2004, cit. por Aded et al., 2006).

Segundo Fávero (2003), o tónus afectivo das crianças abusadas sexualmente é predominante a ansiedade, a angústia e a depressão. Ao nível da ansiedade ocorrem um conjunto de reacções físicas, psicológicas e comportamentais com efeito a curto prazo que, se não for resolvido, poderá reflectir-se a longo prazo e em consequências mais profundas (Wheler & Berliner, 1989, cit. por Fávero, 2003).

Sabe-se que as crianças vítimas de abuso sexual sofrem efeitos psicológicos que poderão ser devastadores e que, enquanto adultos, os problemas decorrentes do abuso persistem nas suas vidas (Berliner & Conte, 1995, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). As variáveis envolvidas no impacto do abuso sexual na criança são muitas e complexas, mas é certo que esta experiência é considerada um importante factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Saywitz et al., 2000, cit. por Habigzang et al., 2006), sendo que os quadros de depressão, perturbações de ansiedade,

perturbações alimentares, dissociação, hiperactividade e déficit de atenção, perturbação de personalidade borderline e perturbação de stress pós-traumático (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Duarte & Arboleda, 2004; Habigzang & Caminha, 2004; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002, cit. por Habigzang et al., 2006) são consequências que se podem observar a longo prazo. A psicopatologia mais citada como consequência do abuso sexual é a perturbação do stress pós-traumático, pois, estima-se que os seus sintomas ocorram em mais de metade das crianças vítimas de abuso (Cohen, 2003, cit. por Habigzang et al., 2008), entre os quais: “experiência contínua do evento traumático, ou seja, lembranças intrusivas, sonhos traumáticos, comportamento de reconstituição, angústia nas lembranças traumáticas; evitamento e entorpecimento de pensamentos e lembranças do trauma, amnésia psicogénica, desligamento; e excitação aumentada, verificada por meio de transtorno do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autónoma a lembranças traumáticas” (American Psychiatric Association, 2002, cit. por Habigzang, 2008, p. 286).

Assim como a ansiedade na infância, a tristeza pode também levar à depressão no adulto – e ambas têm sido relacionadas com o abuso sexual (Conway et al., 2004; Hill et al., 2001, cit. por Aded et al., 2006). Desta forma, a depressão é outra das patologias que pode surgir a longo prazo, principalmente quando a criança é exposta a um acumular de riscos estruturais e sociais (Arboleda-Flórez & Wade, 2001; Meyerson et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006), faltando-lhe apoio. São característicos os sentimentos de culpa e a baixa auto-estima, visto que os factos negativos têm um *locus* interno (“aconteceu por minha culpa, se eu não fosse/me comportasse assim nada disto teria acontecido”) enquanto que os factores positivos têm um *locus* externo (“aconteceu por azar, porque facilitaram a ocorrência de determinada situação”) (Fávero, 2003).

Para evitar as memórias e os afectos associados ao abuso sexual, as vítimas adoptam comportamentos e perturbações como: dissociação – despersonalização, falta de realização e de compromisso, paralisação emocional (*ibid*); fobias; ideação paranóide; perturbação obsessivo-compulsiva; conversões – especialmente em pacientes com história de abuso sexual de longa duração em relações incestuosas (Ystgaard et al., 2004; Roelofs et al., 2002, cit. por Rodrigues et al., 2006); suicídio – Bagley, Bolito, e Bertrand (cit. por Fávero, 2003) observaram que 15% das raparigas que são alvo de assédio, por parte dos colegas de escola, têm

mais comportamentos suicidas e Martin et al. (2004, cit. por Aded et al., 2006) consideram que meninos que sofram abuso sexual poderão apresentar maior risco de comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio, mesmo em ausência de depressão ou sentimentos de desesperança, ao contrário das meninas; e consumo de drogas, tudo para eliminar as recordações associadas ao abuso (Fávero, 2003). Denota-se também que as vítimas de abuso sexual se tornam adultos solitários, sendo o grupo de amigos reduzido e as relações sociais pobres por terem dificuldades em iniciar e manter relações, principalmente íntimas, devido à permanente desconfiança e medo em que vivem. Também dos seus pais se demonstram distantes a nível relacional (*ibid*), muito provavelmente devido ao sentimento de falta de protecção. A sexualidade é afectada, uma vez que têm medo de se envolver com um indivíduo do sexo oposto e medo do acto sexual, não se sentindo à vontade diante do outro (Rodrigues et al., 2006). As ideias sobre a sexualidade são, muitas vezes, equivocadas (*ibid*), confundindo amor e sexo, havendo um aumento da actividade sexual ao mesmo tempo que se sentem sexualmente insatisfeitas com o(a) companheiro(a) (Fávero, 2003), sendo que “a exploração sexual na infância pode levar a vítima a desenvolver uma visão sexualmente degradada de si mesma” (Aded et al., 2006, p. 207).

Conscientes das suas fracas capacidades na criação de laços afectivos tornam-se, novamente, vítimas de abuso – como é o caso de 60% das prostitutas entrevistadas no estudo de Silbert e Pines (1981, cit. por Fávero, 2003), que foram vítimas de abuso sexual antes dos 16 anos, revelando-se 10% também agredidas por desconhecidos, e o caso da maior parte das vítimas se envolver em relacionamentos insatisfatórios, dolorosos e nocivos, inclusive com parceiros que as exploram (Azevedo, 1989, cit. por Rodrigues et al., 2006); ou, tornam-se elas próprias abusadoras, a par da dificuldade no relacionamento que têm com os seus próprios filhos (Roberts et al., 2004, cit. por Rodrigues et al., 2006) e das consequências psicológicas que perduraram.

Porém, o abuso sexual não se limita aos danos psicológicos, verificando-se também consequências físicas a longo prazo, uma vez que o impacto do stress em excesso pode deixar marcas irreparáveis na estrutura e na função do hipocampo e do hemisfério esquerdo (Teicher, 2002, cit. por Rodrigues et al., 2006), verificando-se uma atrofia de várias partes do cérebro (Helander, 2008).

Em suma, considera-se que nem todas as crianças reagem da mesma maneira nem apresentam os mesmos sintomas face ao abuso. Contudo,

devido ao cenário negro em que pode culminar uma história de abuso sexual infantil (o que tantas vezes acontece), considero que a relevância dada ao assunto em Portugal devia ser maior, apostando tanto em estudos, como na prevenção primária e na intervenção, uma vez que se verifica que os órgãos sociais podem ser um factor de protecção nas consequências vividas pela criança, quer actuando perante as situações consumadas de abuso (interrompendo-as, de forma a que as consequências não se agravem), quer sensibilizando a sociedade, que é também família, para este problema (evitando-o).

Devido ao silêncio em que ficam impregnadas as vítimas, os educadores, professores, médicos pediatras e outros profissionais, tanto de saúde como da justiça, deveriam ser alertados para o problema dos abusos sexuais e terem formação para actuarem de forma eficaz, apostando no trabalho e na comunicação interdisciplinar que muitas vezes falha. Sublinha-se, ainda, a importância da sensibilidade por parte de todos os profissionais, no sentido de não agravarem a situação, conseguindo ser de facto um factor de protecção e não de agravamento das consequências.

Por seu turno, um acompanhamento psicológico ou mesmo uma psicoterapia poderão ajudar as vítimas e os seus familiares a desconstruírem todos os sentimentos, emoções e pensamentos que, certamente, continuam emaranhados, contribuindo para a diminuição dos efeitos do abuso sexual a curto e a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- Aded, N., Dalcin, B., Moraes, T., & Cavalcanti, M. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- Einar Helander. Comunicação pessoal, nas aulas da cadeira de Psicopatologia da criança e do adolescente II. Lisboa, 2º semestre do ano lectivo 2008/2009).
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais de menores*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Habigzang, L., Koller, S., Azevedo, G., & Machado, P. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Habigzang, L., Azevedo, G., Koller, S., & Machado, P. (2006). Factores de risco e de protecção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386.

- Habigzang, L., Koller, S., Stroehrer, F., Hatzenberger, R., Cunha, R., & Ramos, M. (2008). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 285-292.
- Helander, E. (2008). *Children and violence – The world of the defenceless*. London: Palgrave Macmillan.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5, supl), 197-204.
- Rodrigues, J., Brino, R., & Williams, L. (2006). Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paideia*, 16(34), 229-240.

CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO NA DOENÇA ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO DO CONCEITO

Ana Catarina Ramos (acatarina.barge@gmail.com) / Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

A potencial natureza traumática da doença oncológica tem sido investigada ao longo da última década (Cordova et al., 2007). O cancro, identifica-se como um acontecimento traumático, ao apresentar características que se inserem na definição psicológica de trauma ou stressor traumático extremo: experiência pessoal directa com um acontecimento que envolve morte, ameaça de morte ou outra ameaça ao bem-estar e integridade física do próprio ou de alguém significativo (American Psychiatric Association [APA], 2004).

O acontecimento traumático pode despoletar a vivência individual de emoções negativas em resposta à circunstância traumática, como ansiedade, culpa, raiva e irritabilidade, que se traduzem, por vezes, na manifestação da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) (Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008). A experiência psicofisiológica do cancro, pode englobar o diagnóstico desta perturbação, merecendo assim especial atenção por parte do médico e equipa hospitalar (Turner & Cox, 2004).

Diversos autores concluíram que o desenvolvimento de PSPT no decurso do cancro estaria relacionado com variados factores, como, idade, educação, quantidade de estímulos stressores quotidianos, suporte social, traços de personalidade, conhecimento da doença, índice de recorrência da doença, gravidade da doença, distância entre o diagnóstico e o término dos tratamentos e diagnósticos recorrentes (Cordova et al., 2007). Neste sentido, a doença oncológica pode ser vivenciada como mais ou menos traumática de acordo com a experiência individual.

A responsabilidade que é atribuída ao indivíduo na elaboração das experiências de vida, positivas ou negativas, conduz-nos para a compreensão de que é a forma como o sujeito enfrenta a adversidade nomeadamente, a doença orgânica que determina os efeitos na vida do indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 1998).

O susto, o impacto e os estímulos altamente stressantes de um acontecimento traumático, onde suposições fundamentais e valores individuais são severamente desafiados, são terreno fértil para resultados inesperados que podem ser observados nos sobreviventes (Tedeschi & Calhoun, 2004). Embora, o trauma pode destabilizar a vida dos sobreviventes, as relações e os papéis sociais, assim como os valores e crenças individuais, todo o

processo de confronto com estas perdas ou rupturas pode também alargar as perspectivas individuais, promover novas estratégias de coping e desenvolver recursos pessoais e sociais que maximizam a adaptação a uma nova vida (Mytstakidou, Tilika, Galanos, & Vlahos, 2008; Park, Cohen, & Murch, 1996).

“After my first cancer, even the smallest joys in life took on a special meaning – watching a beautiful sunset, a hug from my child, a laugh with Dorothy. That feeling has not diminished with time. After my second and third cancers, the simple joys of life are everywhere and are boundless, as I cherish my family and friends and contemplate the rest of my life, a life I certainly do not take for granted” (Hamilton Jordan, 2000, cit. por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 1). “Looking back, I wouldn’t change anything” (Becker, 1998, cit. por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 1).

Este relato transmite-nos que apesar dos aspectos negativos inerentes, uma doença oncológica, potencialmente traumática, é fonte de aspectos positivos que são integrados na experiência individual futura. São duas vivências distintas mas concomitantes, isto é, é plausível um doente com cancro sentir a dor dos efeitos secundários dos tratamentos e sentir simultaneamente, uma maior proximidade com os seus filhos e maior convívio com amigos ou familiares (Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007).

A capacidade humana permite, assim, perante o confronto com acontecimentos stressantes, a percepção de um conjunto de mudanças positivas que se desenvolvem após o desafio de circunstâncias específicas. Estas mudanças transmitem ao sujeito, na auto-avaliação, a perspectiva de crescimento, de aumento de conhecimento (Mytstakidou et al., 2008). O crescimento individual após uma situação de stress ou de trauma extremo tem sido denominado por vários conceitos, como benefícios percebidos (Cordova et al., 2007; Sumalla et al., 2008; Thornton, 2002), mudanças psicológicas positivas, descoberta de significado positivo, emoções positivas, reinterpretação positiva (Tedeschi & Calhoun, 2004). Park (1996) desenvolveu o conceito de crescimento relacionado com o stress (“stress-related growth”) para identificar as alterações, a longo-prazo na filosofia de vida e na personalidade, mudanças nas relações sociais (incluindo uma maior valorização das relações da família e amigos) e comportamentos de coping mais adaptativos.

Numa abordagem mais subjectiva e de valorização das capacidades emocionais e de pensamento humano, Tedeschi e Calhoun (1996) criaram o conceito de crescimento pós-traumático para caracterizar uma avaliação positiva da própria vida e estabelecimento de novas prioridades; maior

intimidade nos relacionamentos sociais; percepção de grande força individual; enriquecimento espiritual e reconhecimento de novas oportunidades para o desenvolvimento pessoal. De acordo com os autores, este conceito será aquele que melhor representa a essência do fenómeno de crescimento individual (Tedeschi & Calhoun, 2004). O crescimento pós-traumático é um conceito necessariamente complexo, uma vez que envolve a subjectiva mudança individual. Ao longo deste artigo será abordado o seu processo, as suas teorias explicativas bem como a implicação deste conceito no processo da doença oncológica.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

A experiência individual passa pela construção de um conjunto de crenças e valores básicos que direccionam o indivíduo na execução dos seus comportamentos, na interpretação dos acontecimentos e na atribuição de significado às suas causas e efeitos. Um acontecimento traumático envolve mudanças profundas nas capacidades individuais e na forma de observar, pensar e agir perante o mundo exterior. Estas mudanças potenciam o crescimento individual, que resulta, maioritariamente da capacidade combativa do sujeito na resolução do acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). O confronto com as circunstâncias de crise envolve, inquestionavelmente experiências negativas, contudo a força individual determina o desenvolvimento de resultados significativamente positivos (Calhoun & Tedeschi, 2004). Está assim presente, na resposta ao trauma, uma ambivalência de critérios (Neimeyer, 2004). A literatura sobre o crescimento pós-traumático demonstra claramente que o crescimento pós-traumático não é independente da vivência negativa do trauma, mas sim consequência directa do envolvimento cognitivo e afectivo do indivíduo (Tedeschi et al., 2007).

Existe uma percepção clara por parte do sujeito de que as mudanças que ele próprio identifica na sua vida quotidiana são devidas ao envolvimento pessoal, cognitivo e emocional durante a resolução da situação traumática e que, o crescimento individual só foi possível porque ocorreu o trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004). Com frequência, é percebido pelos sobreviventes um “antes e depois” o acontecimento traumático (Calhoun & Tedeschi, 1998).

O conceito de crescimento pós-traumático descreve a experiência de indivíduos cujo desenvolvimento individual superou, pelo menos em algumas áreas, o existente antes do acontecimento traumático. O indivíduo não apenas sobreviveu, como também experienciou mudanças significativas. O crescimento pós-traumático não é somente um retorno à rotina e às condições habituais antes do trauma, é a experiência de uma melhoria profunda a vários níveis que, em alguns casos pode ser extremamente enriquecedora (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI – Posttraumatic Growth Inventory), foi desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996) com o objectivo de quantificar a experiência subjectiva após o trauma. O crescimento pós-traumático é, assim, descrito em 5 dimensões: (1) novas possibilidades – descoberta individual da possibilidade de uma diferente orientação para a vida, de novas direcções; (2) relação com os outros – melhoria nas relações interpessoais e percepção de maior proximidade com os outros; (3) força individual – reconhecimento de força individual e percepção de maior capacidade para lidar com as diversas situações (4) apreciação da vida – mudança na apreciação da vida em geral e alteração das prioridades e do que é verdadeiramente importante na vida; (5) mudança espiritual – um maior entendimento sobre questões existenciais e um maior envolvimento em domínios espirituais e filosóficos (Calhoun & Tedeschi, 1998; Mystakidou et al., 2008; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Na construção individual do crescimento pós-traumático, vários factores interferem no processo de desenvolvimento, nomeadamente, as características individuais, o processamento cognitivo e a integração da experiência na narrativa individual (Tedeschi & Calhoun, 2004). Determinadas características de personalidade como a extroversão, a abertura à experiência e o optimismo parecem estar relacionadas com maior aptência individual para a elaboração de crescimento pós-traumático.

O envolvimento do sujeito no processamento cognitivo é uma das características pessoais mais relevantes, para que após um período de interpretação das emoções, o sujeito adquira a capacidade para elaborar a perda cognitivamente, modificar os esquemas cognitivos e permitir o crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). As relações sociais e familiares ao permitirem a discussão frequente sobre as consequências do acontecimento traumático facilitam, por sua vez, a expressão emocional, a construção de narrativas e o aumento da consciência individual dos efeitos do acontecimento (Tedeschi & Calhoun, 1996). Como qualquer experiência de vida, o crescimento pós-traumático emerge em resultado de um processamento

cognitivo, integrando-o na construção da narrativa individual (Neimeyer, 2004). O processamento cognitivo referente à vivência do acontecimento traumático consiste na ruminância de pensamentos frequentes acerca das causas e consequências do trauma que permite a reconstrução das suposições, valores, esquemas e narrativas pessoais (Nolen-Hocksema & Davis, 2004).

TEORIAS EXPLICATIVAS

O crescimento pós-traumático é compreendido, através da teoria pioneira de Tedeschi e Calhoun (1996), como o resultado inesperado e não intencional da capacidade cognitiva individual que se desenvolve na consequência de um trauma. Janoff-Bulman (1992, cit. por Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009) corrobora esta perspectiva sócio-cognitiva ao definir que os esquemas pessoais são modificados na tentativa de acomodação dos mesmos nas representações individuais, para se processar uma mudança positiva na identidade.

Por outro lado, a Teoria de Comparação Temporal de Albert e a Teoria de Adaptação Cognitiva de Taylor (Sumalla et al., 2009) representam outra perspectiva, na qual se defende que em situações traumáticas o indivíduo pretende manter determinada continuidade e consistência interna nos seus valores e sentimentos.

Apesar das intensas transformações, em situações de crise, são identificadas as discrepâncias entre a identidade anterior e a identidade após a situação traumática, numa vertente de assimilação. O crescimento pós-traumático é compreendido como um mecanismo de coping, sendo que, o indivíduo que o desenvolve alcança a capacidade de lidar eficazmente com a situação traumática, de alterar o seu estilo de coping, contudo sem produzir alterações na sua identidade pessoal, como confirma o modelo de “Janus-Face” de Zoellner e Maercker (2006).

CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO E CANCRO

Na literatura evidencia-se o estudo do crescimento pós-traumático como consequência do confronto com a doença oncológica. Estudos que

comparam o total de mudanças positivas e negativas em vários domínios, concluem que os sobreviventes de cancro descrevem mais benefícios do que danos ou injúrias como resultado da experiência com o cancro (Thornton, 2002). Dois estudos realizados com sobreviventes de cancro colon-rectal (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009) e de cancro da próstata (Thornton & Perez, 2006) sugerem que o crescimento pós-traumático está relacionado com a experiência de cancro e coping. O crescimento pós-traumático das mulheres sobreviventes de cancro de mama e as condições que o possibilitam tem, vindo a merecer uma atenção particular da investigação psico-oncológica (Bellizzi & Blank, 2006; Tomich, Helgeson, & Vache, 2005; Weiss, 2004b). Também a experiência deste fenómeno tem sido considerado em cônjuges de mulheres com cancro da mama. A investigação realizada (Manne et al., 2004; Weiss, 2002, 2004a) sugere que a idade, a percepção de trauma, o suporte social, elevado crescimento pós-traumático na mulher e bom ajustamento marital são variáveis psicossociais preditoras do crescimento pós-traumático destes homens.

Em suma, a percepção de ameaça, ambivalência e incerteza associada ao diagnóstico e tratamentos da doença oncológica determinam um maior ou menor envolvimento individual no confronto com a situação traumática. Contudo, é com o desenvolvimento do crescimento pós-traumático que o sujeito integra a experiência negativa e promove capacidades para absorver as experiências positivas também promovidas pela vivência pessoal, familiar e social da própria doença.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues, 34*(2), 357-371.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*(1), 93-102.

- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and post-traumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*, 308-319.
- Linley, P.A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(8), 877-891.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626-653.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L, Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic Growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*, 442-454.
- 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.
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry, 15*, 53-59.
- Nolen-Hocksema, S., & Davis, C.G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 60-64.
- Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*(1), 71-105.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or ilusion? *Clinical Psychology Review, 29*, 24-33.
- 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, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G., & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review, 56*(3), 396-406.
- Thornton, A.A. (2002). Perceived benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*, 153-165.
- Tomich, P.L., Helgeson, V.S., & Vache, E.J.N. (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5 years later. *Psycho-Oncology, 14*, 1018-1029.

- Turner, S., & Cox, H. (2004). Facilitating post traumatic growth. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 34-43.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 2002, 65-80.
- Weiss, T. (2004a). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 260-268.
- Weiss, T. (2004b). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746.

SEXUALIDADE E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS: UM ESTUDO QUALITATIVO

Ana Costa¹ / Ivone Patrão^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²ACES Odiveelas, Coordenadora URAP

Os dados, ao longo dos anos, têm vindo a indicar um aumento do número de novos casos diagnosticados com cancro da mama, e um decréscimo no número de óbitos pela mesma patologia e, por conseguinte, um aumento no número de sobreviventes (American Cancer Society, 2007; Direcção Geral de Saúde, 2002).

O diagnóstico e o tratamento do cancro da mama podem ser fontes de grande *stress*, pois muitas vezes o prognóstico é incerto e os tratamentos são dolorosos, chegando mesmo a provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis. O tratamento do cancro pode resultar em grandes alterações da imagem corporal devido à perda de uma parte do corpo, pelo desfiguramento e pela cicatriz (Hopwood, 2001).

Para a mulher, a mama é um símbolo da sexualidade e feminilidade. Uma ameaça a este órgão leva a uma perda de auto-estima trazendo sentimentos de inferioridade e rejeição. A mastectomia acarreta grandes perdas narcísicas, que afectam o relacionamento sexual e levam a alterações significativas na relação emocional devido à diminuição da auto-estima (Estapé, 2002). Segundo Lopez, Polaino, Arranz, Granda, e Calero (1991) existe uma estreita relação entre as mudanças na sexualidade e a dificuldade em aceitar a nova imagem corporal resultante da mastectomia. Estapé (2002) afirma que a diminuição da auto-estima na mulher mastectomizada influencia a sua auto-imagem, afectando a sua sexualidade. De igual modo, Sheppard e Ely (2008) referem que a mastectomia, pelos distúrbios que causa na imagem corporal, oblitera as relações sexuais por um período de tempo significativo. Há uma interrupção na vida sexual que se traduz em menos desejo, menos excitação, ausência de orgasmo e menos satisfação sexual. Anderson e Golden-Kreutz (2000) afirmam que a frequência das relações sexuais diminui significativamente após os primeiros tempos de tratamento e que se mantém dessa forma durante o primeiro ano de recuperação. Contudo, Shover (1991) afirma que só uma minoria das pacientes com cancro da mama apresenta disfunções sexuais. Ressalva, no entanto, que as mulheres que apresentam problemas sexuais são aquelas que já os tinham antes de lhes ser diagnosticado o cancro ou as que dão maior importância à sua aparência.

Embora a temática da sexualidade seja pertinente, poucos estudos têm sido realizados em Portugal. Por outro lado, a existência de estudos contraditórios traduz a necessidade de se investigar esses aspectos. Neste sentido, o objectivo deste trabalho foi estudar a satisfação ao nível da sexualidade e da imagem corporal em mulheres mastectomizadas há mais de um ano.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 30 mulheres mastectomizadas, que realizaram a cirurgia há mais de um ano, com idades compreendidas entre os 34 e os 62 anos, com companheiro e que referem estar activas sexualmente.

Material

Os instrumentos utilizados foram os seguintes: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Costa & Patrão, 2008) e um Guião de Entrevista (Costa & Patrão, 2008).

Procedimento

A amostra foi recolhida no Movimento Vencer e Viver e as entrevistas seguiram um guião pré-estabelecido (Costa & Patrão, 2008). Para analisar as mesmas optou-se pela análise de conteúdo (Bardin, 2004). Após a leitura dos relatos, procedeu-se à codificação das perguntas sobre a imagem corporal e a sexualidade. De seguida, efectuou-se a respectiva categorização que consistiu em agrupar as unidades de registo (frases) por temáticas, nomeando-as posteriormente.

RESULTADOS

A análise das variáveis secundárias é feita mediante as frequências e as percentagens obtidas em cada um dos sub-grupos das variáveis (Quadro 1 e 2). No que respeita à idade das participantes, a maioria da mesma encontra-se

no intervalo dos 51 aos 55 anos (26,6%). O nível de escolaridade predominante é o ensino secundário (33,3%) e a maioria não se encontrava a trabalhar (53,3%).

Quadro 1

Análise descritiva das variáveis sócio-demográficas

Variáveis	N	%
Idade		
<35	1	3,3
35-39	4	13,3
40-45	3	10
46-50	5	16,7
51-55	8	26,6
56-60	5	16,7
>60	4	13,3
Habilitações literárias		
1º Ciclo	8	26,7
3º Ciclo	6	20
Ensino secundário	10	33,3
Ensino superior	6	20
Situação profissional		
Activo	14	46,7
Não activo	16	53,3

Quadro 2

Análise descritiva das variáveis clínicas

Variáveis	N	%
Tempo decorrido após a mastectomia		
1-6	18	60
7-12	8	26,7
13-18	4	13,3
Realização actual de tratamentos		
Sim	9	30
Não	21	70
Classificação da relação sexual pré-mastectomia		
Nada satisfatório	2	6,7
Pouco satisfatório	2	6,7
Satisfatório	17	56,7
Muito satisfatório	9	30
Importância da imagem corporal pré-mastectomia		
Nenhuma importância	1	3,3
Pouca importância	1	3,3
Alguma importância	17	56,7
Muita importância	11	36,7

A maioria das participantes realizou a mastectomia entre 1 a 6 anos atrás (60%). Relativamente à realização actual de tratamentos verificou-se que a maior parte das participantes não se encontrava a fazer nenhum tipo de tratamento (70%). Quanto à classificação da relação sexual antes da cirurgia constatou-se que a maioria das participantes classificou a sua relação sexual como “Satisfatória” (56,7%). Por último, no que diz respeito à importância dada à imagem corporal antes da cirurgia, a maioria das participantes atribuía “Alguma Importância” à mesma (56,7%).

Análise de conteúdo – Imagem corporal e sexualidade

Apresenta-se de seguida as categorias encontradas e a respectiva descrição (Quadro 3 e 4).

Quadro 3

Análise categorial da imagem corporal

Categorias	Número por resposta		N por resposta	
		%		%
Reacção negativa à mastectomia	23	14,2	19	63,3
Reacção positiva à mastectomia	14	8,6	12	40
Relação negativa com o eEspelho	25	15,4	22	73,3
Relação negativa com o corpo	22	13,6	19	63,3
Percepção alterada de si própria	21	13	15	50
Estratégias de compensação da perda	18	11,1	16	53,3
Importância positiva da reconstrução mamária	10	6,2	10	33,3
Importância negativa da reconstrução mamária	5	3,1	5	17,7
Tempo de adaptação	13	8	13	43,3
Olhar do outro	7	4,3	7	23,3
Limitações estéticas	3	1,9	3	10
Limitações físicas	1	0,62	1	3
Total	162	100		

Como se observa no Quadro 3, a grande maioria das mulheres desta amostra (63,3%) refere ter sentido um choque emocional quando foi submetida à mastectomia (Reacção negativa à mastectomia). Contudo, algumas delas (40%) relatam que perder uma mama não foi significativo perante a possibilidade de vir a morrer (Reacção positiva à mastectomia). Muitas das participantes afirmam que olhar para o espelho acarreta grande sofrimento, evitando assim, o contacto com o mesmo (Relação negativa com o espelho). Para algumas destas mulheres, o facto de observarem o corpo em que falta uma das mamas provocou sentimentos de estranheza, descontentamento e muito sofrimento (Relação negativa com corpo). Os

relatos de metade das entrevistas apontam para grandes mudanças na forma como estas mulheres se sentem em relação a si próprias (Percepção alterada de si própria). Referem ter perdido a identidade e feminilidade. Todavia, a reconstrução mamária foi apontada por 33,3% das mulheres como uma possibilidade de recuperarem a sua feminilidade, sensualidade e auto-estima (Importância positiva da reconstrução mamária). Não obstante, outras participantes (17,3%) recusam a ideia da reconstrução por esta implicar mais cirurgias (Importância negativa da reconstrução mamária). Para minimizar o sofrimento provocado pela mastectomia, algumas participantes (53,3%) afirmam ter arranjado estratégias para lidar com este facto, nomeadamente, recomeçar a trabalhar e usar sempre *soutien* para não encarar o corpo. Estes factos são descritos na categoria Estratégias de compensação da perda.

A noção do tempo necessário até a nova imagem corporal ser assimilada é descrita na categoria Tempo de adaptação em que algumas mulheres (43,3%) referem que os dois primeiros anos são os de maior sofrimento. Na categoria Olhar do outro as participantes relatam a forma como encaram o olhar das outras pessoas, podendo observar-se que interiorizam o estigma da doença. Por último, as categorias Limitações estéticas e Limitações físicas dão conta das dificuldades consequentes da mastectomia sentidas pelas participantes, sendo que, a primeira prende-se com as roupas decotadas e a segunda centra-se nas limitações que um possível linfedema pode acarretar.

Quadro 4

Análise categorial da sexualidade

Categorias	Número de respostas	%	N por resposta	
				%
Mudanças no comportamento sexual	38	36,5	22	73
Reacção positiva do companheiro	16	15,4	16	53,3
Reacção negativa do companheiro	9	8,7	7	23,3
Influência negativa da imagem corporal na sexualidade	15	14,4	14	46,7
Estratégias	9	8,7	9	30
Tempo de adaptação	5	4,8	5	17
Acontecimentos negativos prévios	5	4,8	5	17
Efeitos positivos da mastectomia no casal	5	4,8	5	17
Total	104	10		

Pela análise do Quadro 4, a grande maioria da amostra (73%) refere alterações na sua sexualidade após a mastectomia. Estas alterações são

descritas na categoria Mudanças no comportamento sexual e passam, essencialmente, pela diminuição do desejo. No entanto, a maioria das mulheres (53,3%) refere que os companheiros estiveram muito presentes, constituindo um bom suporte (Reacção positiva do companheiro). Havendo, contudo, 23,3% da amostra que refere uma Reacção negativa do companheiro que se traduz em rejeição e evitamento.

A mastectomia causa sofrimento devido às dificuldades em assimilar a nova imagem corporal repercutindo-se na sexualidade, facto descrito por 46,7% da amostra que verificou uma Influência negativa da imagem corporal na sexualidade. Para minimizar o desconforto e a inibição durante a actividade sexual algumas mulheres (30%) referem arranjar formas de ocultar a mama mutilada (Estratégias de minimização do desconforto).

A noção do tempo em que a sexualidade permanece alterada foi relatada na categoria Tempo de adaptação em que os 2/ 3 primeiros anos são descritos como difíceis. Acontecimentos negativos prévios à mastectomia foram descritos como influenciadores de aspectos negativos ao nível da sexualidade. É o caso da perda de um filho, da menopausa, de problemas conjugais que com a doença se agravaram, levando mesmo à ruptura do casamento. Contudo, 17% da amostra relata Efeitos positivos da mastectomia no casal, sendo que a qualidade do relacionamento conjugal anterior à cirurgia tem um peso importante para que este facto se verifique.

DISCUSSÃO

Segundo os resultados obtidos, a maioria das participantes apresenta problemas ao nível da valorização da sua aparência e alterações a nível sexual após a mastectomia. No que concerne à imagem corporal, os resultados vão ao encontro dos estudos realizados sobre o impacto da mastectomia na imagem corporal das mulheres (Hopwood, 1993; Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002; Sheppard & Ely, 2008). Diz Hopwood (1993) que a mastectomia constitui uma ameaça à integridade corporal e à satisfação da paciente com o seu corpo pelas grandes alterações que provoca na imagem corporal. A análise do discurso das participantes na maioria das categorias encontradas vem corroborar os estudos desta autora. É patente nos seus relatos o sofrimento que a mastectomia lhes trouxe (Reacção negativa à mastectomia) e a insatisfação com o corpo (Reacção negativa com o corpo, Reacção negativa com o espelho e Percepção alterada de si).

Analisando a categoria Mudanças no comportamento sexual é possível verificar que, segundo as participantes, há uma quebra na sexualidade após a mastectomia. Afirmam existir uma diminuição do desejo, menos disponibilidade, inibição sexual, menos espontaneidade. Preferindo, assim, a dimensão afectiva da sexualidade. Estes resultados inserem-se nos estudos que indicam que a dimensão sexual é um dos aspectos que sofre sempre com o impacto da doença (Crawford & Cardoso, 2000).

Parece, assim, existir uma forte relação entre as mudanças na sexualidade e a rejeição da nova imagem corporal resultante da mastectomia, tal como afirma López et al. (1991) e é corroborado pela categoria Influência negativa da imagem corporal na sexualidade. A mulher mastectomizada sente-se diferente e com vergonha de permanecer assim diante do seu parceiro. Sofre um “golpe” na sua imagem corporal. O “golpe” é maior quanto maior for o investimento na aparência/imagem corporal (Craver et al., 1998). As mulheres valorizam as mamas como indicadores da sua feminilidade e sexualidade e sentem que a sua identidade sexual foi afectada pelo tratamento do cancro da mama. A perda de uma mama pode ser difícil para uma mulher de qualquer idade e para o seu parceiro (Ogden, 2004).

Intervir junto destas mulheres é essencial. Não só para ajudá-las a aceitar a cicatriz e aprender a lidar com a nova imagem corporal, mas também para desenvolver estratégias de *coping*, de forma a enfrentar a perda corporal e enfrentar as dificuldades no relacionamento sexual. A intervenção psicológica é também fundamental nesta área, que, por vezes, é um tema que causa embaraço a muitas mulheres, donde, é importante informar a doente das dificuldades sexuais que podem surgir, o que indica a importância da compreensão de dificuldades antes da cirurgia e do acompanhamento pós-cirurgia.

A intervenção precoce pode ser a chave para minimizar o sofrimento e a dor de muitas destas mulheres, por isso, identificar quem são as pacientes com cancro da mama que estão em risco moderado ou elevado de vir a sofrer de disfunções sexuais e de perturbações da imagem corporal será uma prioridade. É necessário reafirmar a sexualidade destas mulheres e para isso o parceiro não deve ser excluído. Juntos devem fazer novas aprendizagens, que esta nova condição pressupõe, tem que haver um reajustar a novos papéis. E assim, é necessário ouvir o casal e fomentar a comunicação entre ambos.

Este estudo alerta, de facto, para esta problemática e para a importância da intervenção, reforçando a necessidade desta área continuar a ser objecto de estudo.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society. (2007). *Cancer facts and figures 2007*. Atlanta, GA: ACS.
- Andersen, L.B., & Golden-kreutz, D. (2000). Sexual self-concept for women with cancer. In L. Blaider, C.L. Cooper, & A. Kaplan De-Nour (Eds.), *Cancer and family* (2nd ed., pp.311-334). England: John Wiley & Sons.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Craver, C., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Harris, S., Derhagopian, R., Robinson, D., & Moffat, F. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage of breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 168-174.
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Dias, M.R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro da mama no “seio” da família. In M.R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (1ª ed., pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Direcção Geral da Saúde. (2002). *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Lisboa: DGS.
- Estapé, T. (2002). Disfunciones sexuales en pacientes de cancer. In M.R. Dias & E. Dura (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 235-263). Lisboa: Climepsi.
- Hopwood, P. (1993). The assesment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29A(2), 276-281.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197.
- Lopez, M.D., Polaino, A., Arranz, P., Granada, M.J., & Calero, F. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clinica y Salud*, 2(3), 271-278.
- Ogden, J. (2004). *Comprender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA- A Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120.
- Sheppard, L., & Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.